令和８年度診療報酬改定について
【全体概要版】

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。
※　本資料は、ＨＰ掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

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

①Ｒ９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

①Ｒ８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

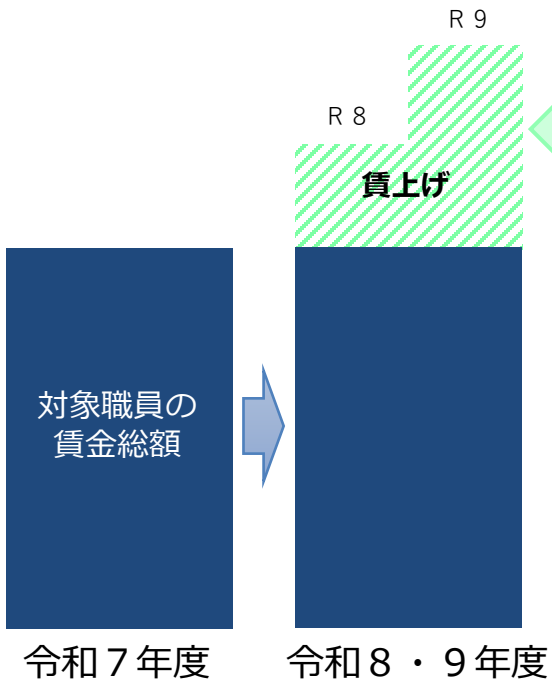
令和８年度診療報酬改定

１. 賃上げ・物価対応

賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

賃上げ対応

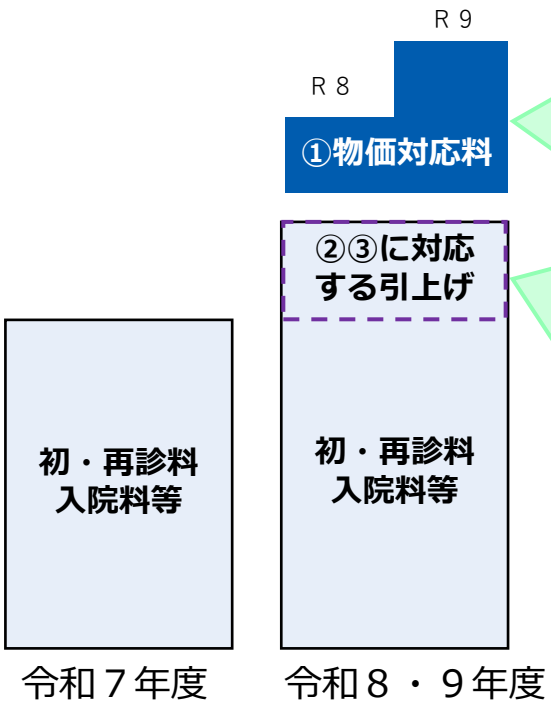


新水準のベースアップ評価料等による支援

■ 賃上げ余力の回復・確保のための特例的な対応を含む必要な措置を講じるとともに、医療現場での生産性向上の取組みと併せ、必要な措置を講じることで、以下のベースアップ実現を支援。

医療機関等の対象職員
令和８年度：＋3.2%
令和９年度：＋3.2%
（看護補助者・事務職員は＋5.7%）

物価対応



■ **物価対応料を新設**
（令和９年度は令和８年度の２倍となる予定）
①令和８年度以降の物価上昇への対応分

■ **入院料等に包括**
②令和６年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分
③高度機能医療を担う病院（大学病院を含む）への特例的な対応分

■ それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき配分を行う。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

【令和８年度以降の対応】

■ 令和８年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。

■ 実際に支給される給与（賞与を含む）に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。

■ 実際の経済・物価の動向が令和８年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和９年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整（特例的な対応分を除く）を行う。

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。
  - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）
- 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。

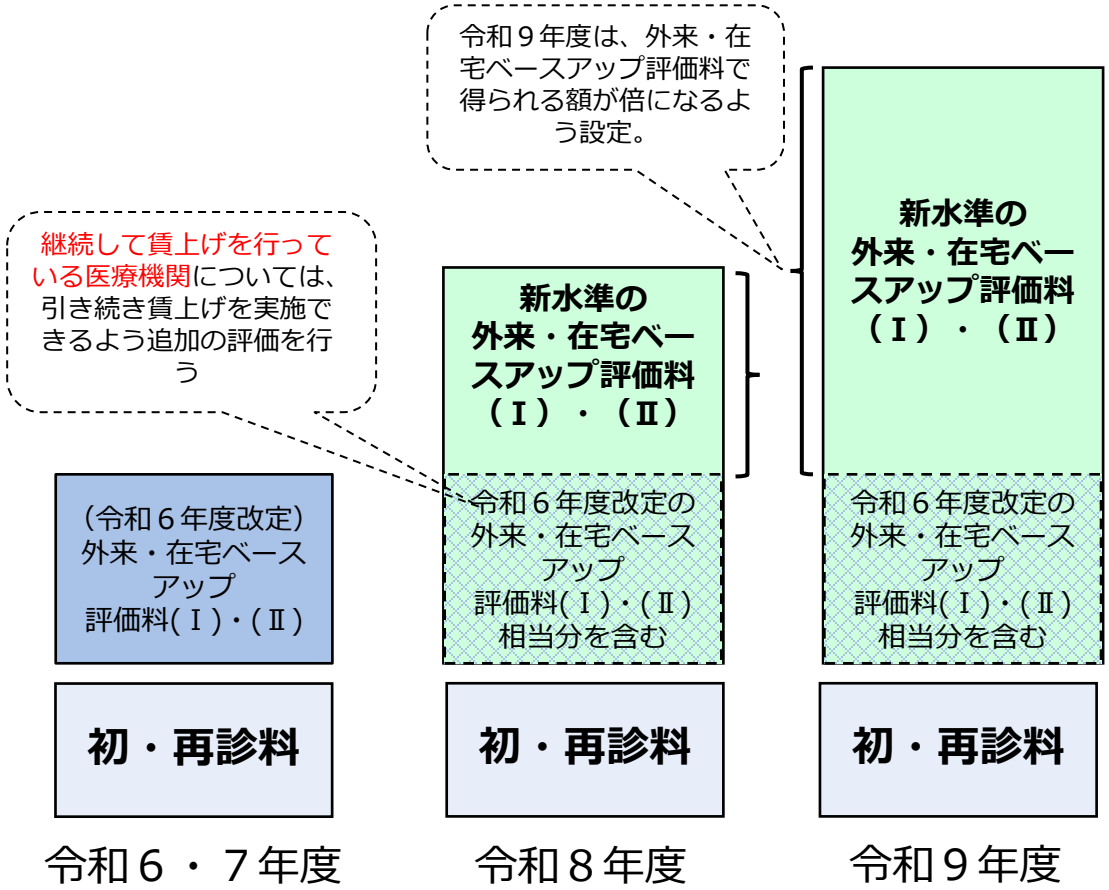
賃上げに係る評価の使途の見直し

- 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。

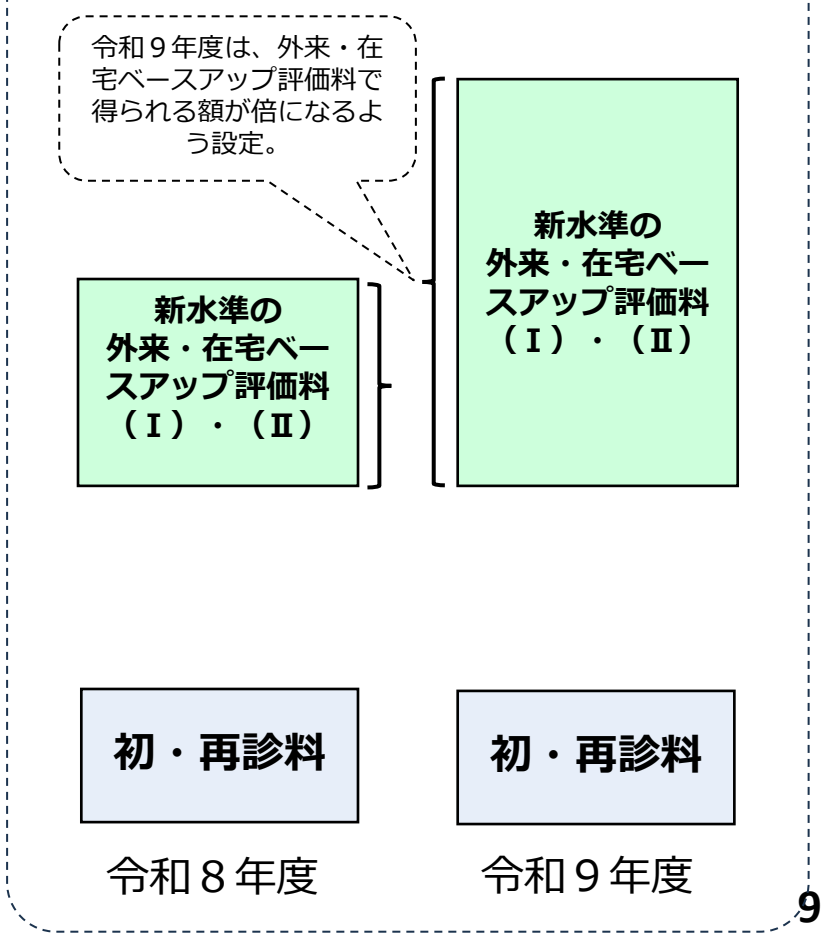
令和８年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- 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



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

【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】
1　初診時　6点
2　再診時等　2点
3　訪問診療時
　イ　同一建物居住者等以外の場合　28点
　ロ　イ以外の場合　7点
［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。

［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。

改定後

【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】
1　初診時　**17点**
2　再診時等　**4点**
3　訪問診療時
　イ　同一建物居住者等以外の場合　**79点**
　ロ　イ以外の場合　**19点**
［算定要件］(抜粋)
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)
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

【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
　イ　初診又は訪問診療を行った場合　8点
　ロ　再診時等　1点
～
8　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）　8
　イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点
　ロ　再診時等　8点

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

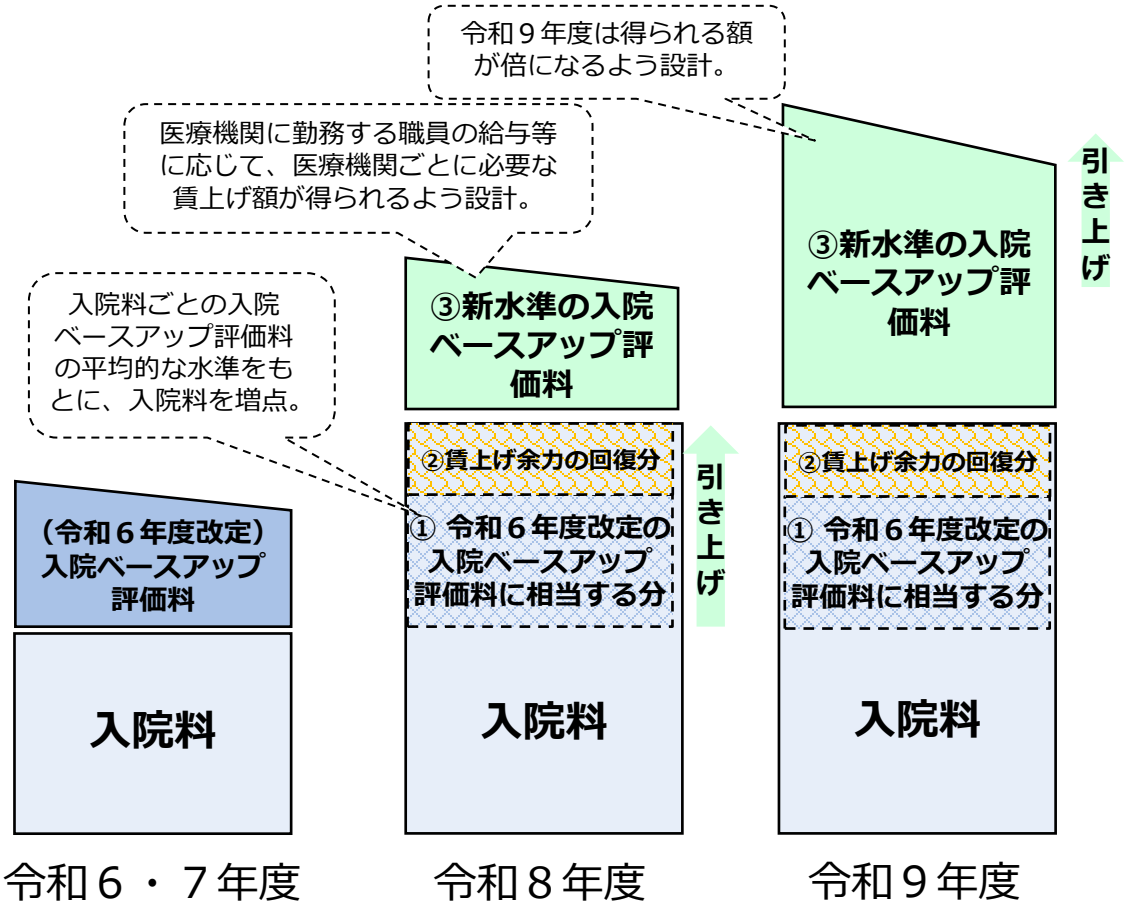
- **継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価**を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、**令和８年度及び令和９年度において段階的な評価**とする。

	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	ロ	イ	ロ	イ	ロ	イ	ロ
区分1	8点	1点	16点	2点	8点	1点	16点	2点
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・	・・・
区分12	96点	12点	160点	20点	96点	12点	128点	16点
・・・	－	－	－	－	・・・	・・・	・・・	・・・
区分24	－	－	－	－	192点	24点	256点	32点

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。

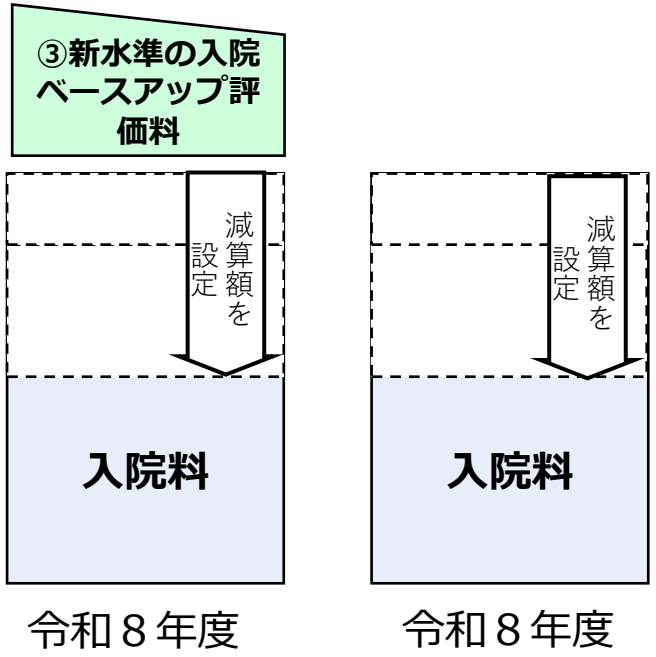
令和７年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



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６・７年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満た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

【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
～
165　入院ベースアップ評価料165　165点

［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。

改定後

【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
～
250※　入院ベースアップ評価料**250**　**250点**
※令和９年６月以降は、500区分まで拡大する。

［算定要件］(抜粋)
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

（例）【一般病棟入院基本料】
急性期一般入院料１　1,688点

改定後

（例）【一般病棟入院基本料】
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（１日あたり）

［施設基準］以下のいずれかを満たす保険医療機関以外は、減算の対象となる。
- ○　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。

ベースアップ評価料に関する主な変更点①（内容）

➢ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○賃上げの目標 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	○賃上げの目標 **令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）**、令和９年度に**さらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す**
○対象となる施設 保険医療機関、訪問看護ステーション	○対象となる施設 保険医療機関、**保険薬局**、訪問看護ステーション
○対象となる職員 主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。） 例）薬剤師・看護師・看護補助者　　等	○対象となる職員 **当該保険医療機関に勤務する職員**（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。） 例）左記の対象職員に加え、**40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員**　　等
○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院ＢＵ評価料の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の１月あたりの平均値の2.3% （外来・在宅ＢＵ評価料(Ⅱ)、訪看ＢＵ評価料(Ⅱ)）の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の１月あたりの平均値の1.2%	○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院ＢＵ評価料の場合）以下を合計したもの ◆医師・歯科医師以外 **「月額賃金総額」（基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計）に、定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じた額** ◆40歳未満の医師・歯科医師 **常勤・非常勤（22時間以上）ごとの人数に、定められた額を乗じた額** （外来・在宅ＢＵ評価料(Ⅱ)、訪看ＢＵ評価料(Ⅱ)）の場合） **上記を２で割ったもの**
○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分	○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分 **※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜勤手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。**
○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分	○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 ※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。 「**賃金改善前（令和８年３月又は５月時点）の給与体系**を、**当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額**」と、「**当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額**」との差分

ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

- 入院ＢＵ評価料、外来・在宅ＢＵ評価料（Ⅱ）、訪問看護ＢＵ評価料（Ⅱ）等では、届出時に、区分決定のために、**「賃金改善算定基礎額」**（＝ベースアップ評価料により当該医療機関に支払われる見込みとなる賃金改善原資の月当たりの総額に相当）の算出が必要。
  ※外来・在宅ＢＵ評価料（Ⅰ）、訪問看護ＢＵ評価料（Ⅰ）、調剤ＢＵ評価料では算出は不要。
- 「賃金改善算定基礎額」は、対象職員の月額賃金総額、40歳未満の医師・歯科医師数に基づいて算出する。

月額賃金総額
・基本給又は毎月決まって支払われる手当
＋
・毎月、月ごとに変動して支払われる手当
（賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない）

×

40歳未満の医師・歯科医師の人数
（常勤・非常勤別、経営者・役員を除く）

×

	「厚生労働省が定める数」		
	R8.6～R9.5	R9.6～R10.5	
下記以外の対象職員	1.29×3.2%	1.29×6.4%	＝●
看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%	＝●
常勤	27,021円／人	54,042円／人	＝●
非常勤(週22時間以上)	9,244円／人	18,487円／人	＝●

1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの
・事業主が負担する法定福利費
・月額給与に伴って変動する賞与

これらを足したものが
「賃金改善算定基礎額」

- 「賃金改善算定基礎額」を、ＢＵ評価料の算定見込み回数（入院では延べ入院患者数、外来では初診料・再診料等算定回数）で割ることにより、届け出ることのできる区分が決定される。

ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

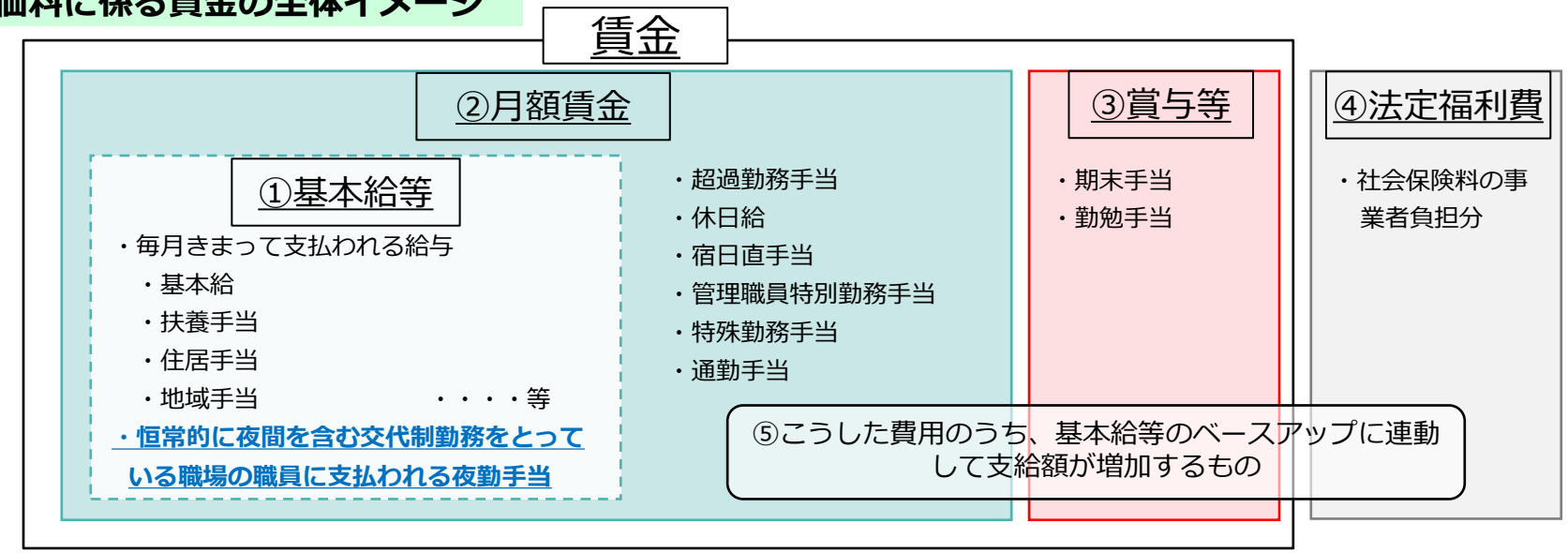
- 評価料により得られる収入は、対象職員の「**基本給等の引上げ（ベア等）**」及び「**ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む）等の増加分**」に用いる。
- 令和８年度診療報酬改定より、**恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員**に支払われる**夜勤手当の増加額**についても、毎月決まって支払われる手当に準じて、基本給等に含めることができる。

賃金に関する用語の定義

賃金に関する用語の定義について

- 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料における、「基本給等」「月額賃金」の定義は、下記の図の範囲のものである。
- 届出時には、区分決定のための**賃金改善算定基礎額の算出に当たって、②月額賃金を用いる**。
- **本評価料で得られる収入**については、①**基本給等の引上げ**、⑤それに伴う**賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む。）の増加分**に充てることとなっている。
  - その際、恒常的に夜間を含む交代制勤務をとっている職場の職員に支払われる**夜勤手当**については、毎月支払われる手当に準じて**①基本給等に含めて差し支えない**。
  - 賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書においては、①⑤の増加額を報告することとなる。

本評価料に係る賃金の全体イメージ



中間・実績報告書に含めることのできるベースアップの範囲

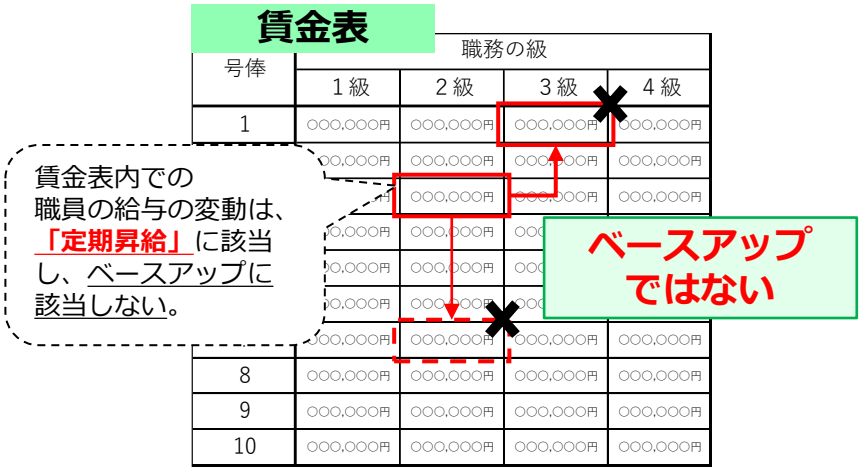
ベースアップとは

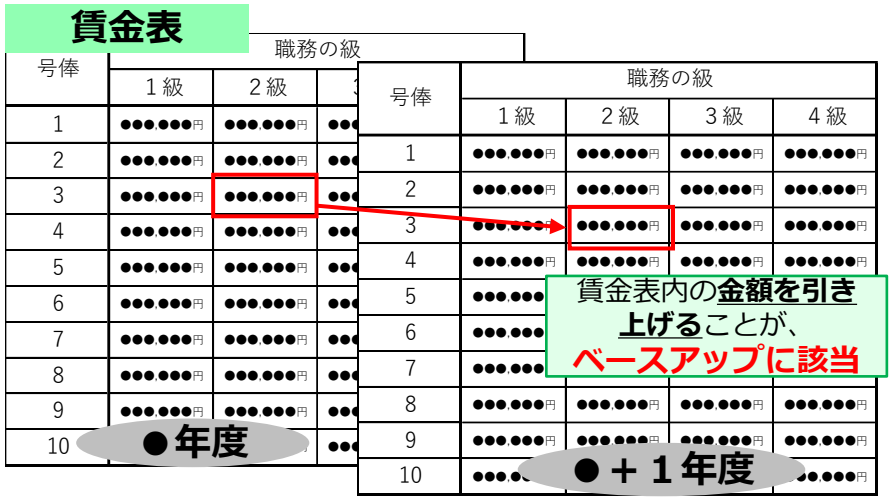
- 医療機関等においては、ベースアップ評価料の算定額を、ベースアップに充てる必要がある。
- ベースアップとは、賃金表の改定により、同じ年齢・職位の者の給与が前年度より引き上がることを意味する。年齢や勤続年数が増加したことによる給与の引き上げ（定期昇給）は、ベースアップに含まれない。
  - ベースアップ評価料の算定額を充てることのできる範囲は、「基本給等」（＝基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）の引き上げや、時間外手当・賞与などのうち基本給等に連動して引き上がる部分、基本給等の増加による法定福利費の事業主負担の増額分が含まれる。

※賞与のうち、業績に連動して引きあがるものについては「基本給等」の対象外である。
※年俸制で１年に１回定められ、毎月均等に支払われる報酬の１月当たり分は「基本給等」に該当する。

ベースアップの考え方（賃金表がある場合）

- 「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいう。





賃金表がない場合

- 賃金表がない医療機関の場合は、給与規定や雇用契約に定める基本給等について、引上げを行う。

継続的に賃上げを実施する保険医療機関への評価

令和７年度以前から継続的に賃上げを実施した保険医療機関への評価

➢ 令和７年度以前から継続的に賃上げを実施し、ベースアップ評価料を届け出ていた医療機関等については、令和８年度診療報酬改定後も、令和６年度改定でのベースアップ評価料の評価を踏まえた報酬額が設定される。

継続的に賃上げを実施した保険医療機関

○　令和８年３月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

○　令和８年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和６年３月時点と比較した場合に、5.5%（看護補助者、事務職員については、８%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

○　令和９年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和６年３月時点と比較した場合に、8.7%（看護補助者、事務職員については、13.7%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

等

外来の場合

○　外来・在宅ベースアップ評価料が段階的に設定され、左記の条件に該当する場合には高い点数となる。

入院の場合

○　入院料の評価に、令和６年度以降のベースアップ評価料に相当する部分が含まれている。

※　このため、左記の条件に該当しない医療機関については、入院料の減算額が設定されている。

令和８年３月までにベースアップ評価料を届け出ていなかったが、相当する賃上げを行った場合の届出方法

○　基本給等総額の改善額について、令和６年３月時点との比較を算出して【様式９８】に記載して届け出る。

○　基本給等総額の改善額については、保険医療機関の勤務職員（医師・歯科医師を除く）について、「看護補助者・事務職員」と「それ以外」の両群で求められる水準（令和８年度であれば、令和６年３月の基本給等総額に対し、前者が5.5%、後者が8%）が異なっているが、両群を合わせた改善額が、両群に求められる額の合計以上となっていればよい。

ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

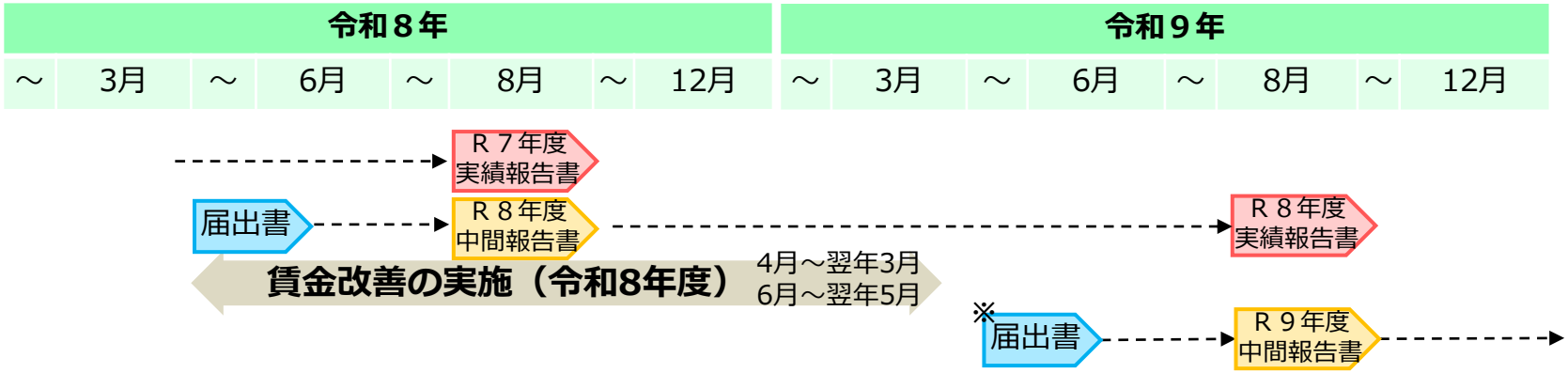
➢ ベースアップ評価料を届け出る際の様式や運用面について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○届出時の提出書類 保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年６月において地方厚生(支)局に届出を行う	○届出時の提出書類 **各評価料に必要な情報（対象職員・評価区分の算出）のみを入力する届出書添付書類**の作成・提出のみ **（賃金改善計画書は作成不要）**
○区分変更時の届出 毎年３、６、９、12月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う	○区分変更時の届出 「**対象職員の数**」又は「**３月毎の外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数**」が１割以上変動し、**区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ**
○実績等の報告 毎年８月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告	○実績等の報告 毎年８月に、**当該年度における賃金改善の状況**を評価するため「**賃金改善中間報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告 算定した年度の翌年の８月に、**前年度における賃金改善の取組状況**を評価するために「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
○同一法人内の複数医療機関の通算 （新設）	○同一法人内の複数医療機関の通算 **同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人**においては、**法人内の複数保険医療機関を通算**して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする
○届出様式の統合 【様式93】看護職員処遇改善評価料 【様式97】入院ベースアップ評価料 それぞれの評価料において、様式の届出が必要	○届出様式の統合 **【様式97】看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料** ・様式を１つに統一 ・様式内で**各評価料における区分計算も自動で算出**できる

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要な手続きの流れ

- 令和８年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の８月に賃金改善中間報告書、翌年度の８月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
  - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
  - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）

  ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和８年度から継続して算定する場合には、令和９年度の届出書の提出は不要。

届出書

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
- 対象職員数

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・入院ベースアップ評価料
- 初再診料等の算定回数、延べ入院患者数
- **月額賃金総額**
- 対象職員数

中間報告書

- ベースアップ評価料の算定収入額
- 対象職種ごとの常勤換算数
- **基本給等総額（給与改善前・後）**
- 賞与の月数の変化

※対象職種を指定して報告：
医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員

報告書

- ベースアップ評価料の算定収入額
- 対象職種ごとの常勤換算数
- **基本給等総額（給与改善前・後）**
- 賞与の月数の変化

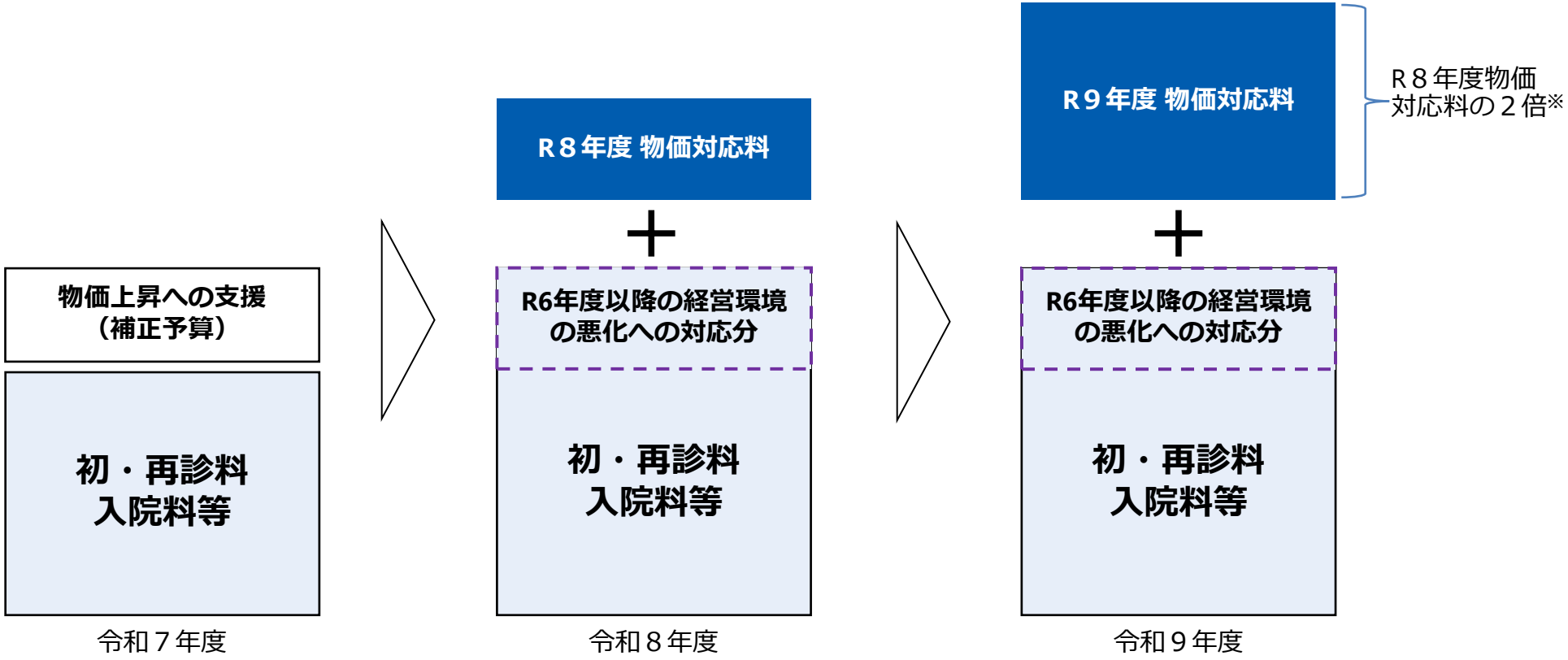
※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（**対象職員数の１割以上の変動**、３月ごとのベースアップ評価料の**算定回数の１割以上の変動**）があり、**再計算をした場合に区分の変化がある場合**には、区分変更の届出が必要。

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、**再診料・入院料等の評価に含める**。



※　実際の経済・物価の動向がR８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

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。

			R８年	R９年
（新）	物価対応料			
	１	外来・在宅物価対応料		
	イ	初診時	２点	４点
	ロ	再診時等	２点	４点
	ハ	訪問診療時	３点	６点
	２	入院物価対応料（１日につき）		
	イ	急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
	ニ	急性期一般入院料１を算定する場合	58点	116点
	ヨ	療養病棟入院料１の入院料１を算定する場合	18点	36点
	イミ	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	13点	26点
	イス	特定機能病院入院基本料の７対１入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※１	84点	168点
	ハケ	地域包括医療病棟入院料１を算定する場合	49点	98点
	ハモ	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	19点	38点
	ニハ	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	27点	54点

［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。

※１　特定機能病院A入院基本料、特定機能病院Ｂ入院基本料及び特定機能病院Ｃ入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※２　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。

		R８年	R９年
（新）	歯科外来物価対応料		
	１　初診時	３点	６点
	２　再診時等	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）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、「物価対応料」の「２　入院物価対応料」と同様に対応する。

		R８年	R９年
（新）	調剤物価対応料（１日につき）	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。

		R８年	R９年
（新）	訪問看護物価対応料（１日につき）		
	１　訪問看護物価対応料１		
	イ　月の初日の訪問の場合	60円	120円
	ロ　月の２日目以降の訪問の場合	20円	40円
	２　訪問看護物価対応料２	20円	40円

［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０２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０４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	
【初診料】	291点	【初診料】	291点
【再診料】	75点	【再診料】	**76点**
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料１	1,688点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料１	**1,874点**
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料１　入院料１	1,964点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料１　入院料１	**2,035点**
【精神病棟入院基本料】 10対１入院基本料１	1,306点	【精神病棟入院基本料】 10対１入院基本料１	**1,471点**
【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）	1,822点	【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）	**2,146点**
【地域包括医療病棟入院料】 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】 地域包括医療病棟入院料１　入院料１	**3,367点**
【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	2,229点	【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	**2,346点**
【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)	2,838点	【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)	**2,955点**

※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
総額（１食当たり）		690円	＋40円 →	**730円**
自己負担（１食当たり）	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（対象は療養病床に入院する65歳以上の者）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
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

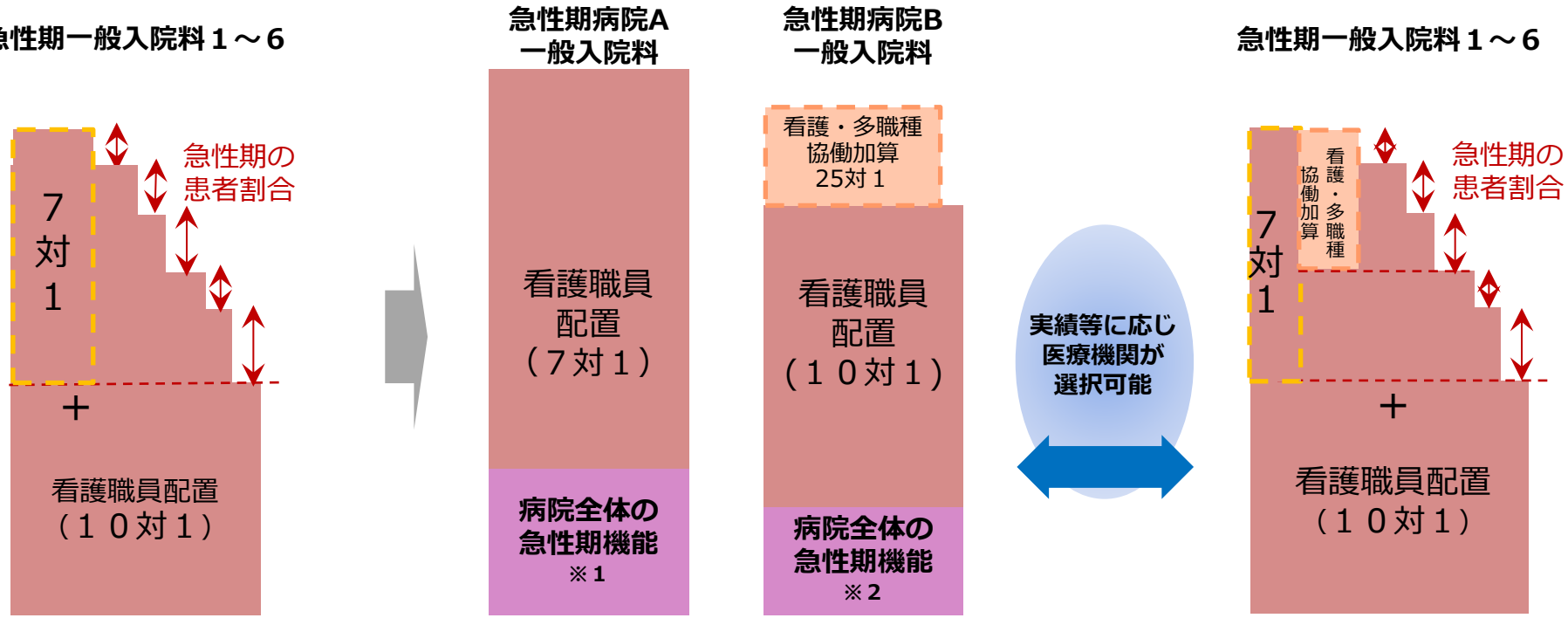
- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

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



※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**。

（新）　急性期病院一般入院基本料

イ　急性期病院A一般入院料	**1,930点**
ロ　急性期病院B一般入院料	**1,643点**

（新）　急性期病院精神病棟入院基本料

イ　急性期病院A精神病棟入院料	
（１）　10対１入院基本料	**1,519点**
（２）　13対１入院基本料	**1,162点**
（３）　15対１入院基本料	**966点**
ロ　急性期病院B精神病棟入院料	
（１）　10対１入院基本料	**1,502点**
（２）　13対１入院基本料	**1,145点**
（３）　15対１入院基本料	**949点**

［病院の機能に係る主な施設基準］

（１）　共通の施設基準

ア　**データ提供加算に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

イ　**DPC対象病院**であること。

ウ　**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。

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　介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。

（２）　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**保険医療機関であること。

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　**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**。

（３）　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　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

ウ　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。

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）	**277点**
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）	**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。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）

○　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。 入院料における看護職員の最小必要数＋本加算による看護職員配置数の**７割以上が看護師**であること。

○　医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。

○　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。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

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×$\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}}$÷当該病棟の病床数

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】
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）

（新設）

（新設）

改定後

1　特定機能病院A入院基本料
　イ　一般病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　2,146点
　　（２）　10対１入院基本料　1,771点
　ロ　結核病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　2,125点
　　（２）～（４）（略）
　ハ　精神病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　1,851点
　　（２）～（４）（略）

2　特定機能病院Ｂ入院基本料
　イ　一般病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　2,136点
　　（２）　10対１入院基本料　1,760点
　ロ　結核病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　2,115点
　　（２）～（４）（略）
　ハ　精神病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　1,841点
　　（２）～（４）（略）

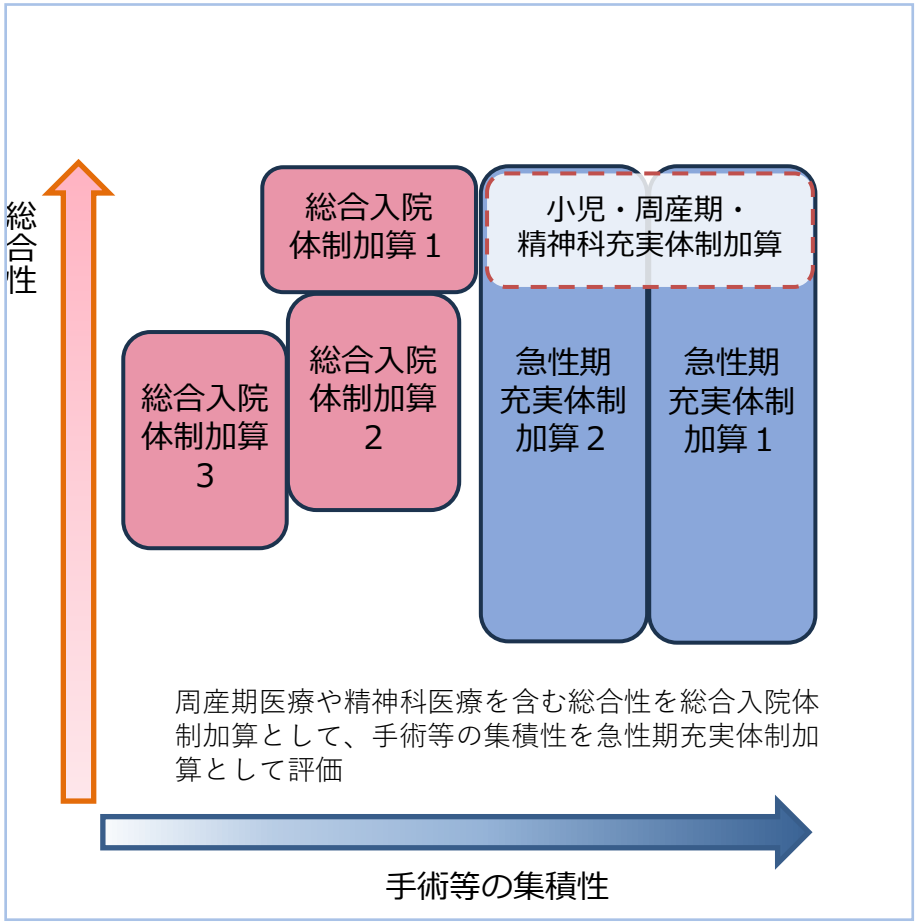
3　特定機能病院Ｃ入院基本料
　イ　一般病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　2,016点
　　（２）　10対１入院基本料　1,642点
　ロ　結核病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　1,995点
　　（２）～（４）（略）
　ハ　精神病棟の場合
　　（１）　７対１入院基本料　1,721点
　　（２）～（４）（略）

［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
　　幅広い診療科を設置し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院であること。
ロ　特定機能病院B入院基本料の施設基準
　①　通則
　　厚生労働大臣の定める中長期目標を設定し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院であること。
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。

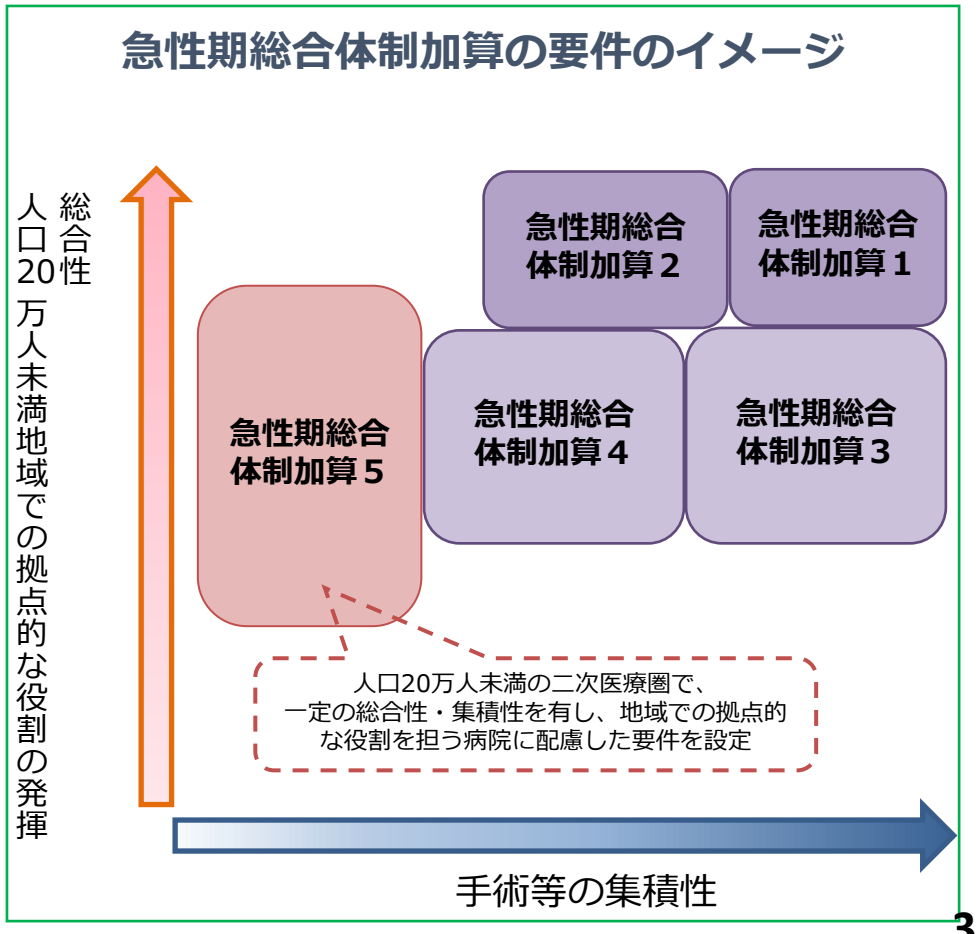
急性期総合体制加算の新設

- 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する。

現行



改定後



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

- 急性期総合体制加算を算定可能な入院料は以下のとおり。

	急性期病院Ａ一般入院料	急性期病院Ｂ一般入院料	急性期病院Ａ精神病棟入院料	急性期病院Ｂ精神病棟入院料
急性期総合体制加算１	○	－	○	－
急性期総合体制加算２	○	－	○	－
急性期総合体制加算３	○	－	○	－
急性期総合体制加算４	○	－	○	－
急性期総合体制加算５	○	○	○	○

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

➢ **救急搬送症例や手術なし症例について適切な評価**を進める観点から、以下の見直しを行う。

- **Ａ項目**「専門的な治療・処置」の項目のうち**「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」**、**Ｃ項目「救命等に係る内科的治療」**、**「別に定める検査」**、**「別に定める手術」**について、**対象となる治療等を追加**する。
- 急性期一般入院料等で使用する一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり**救急搬送受入件数等に応じた係数を加えた指数**を用いる。

病棟における患者の該当割合　＋　**救急患者応需係数**　＝　**基準患者割合に係る指数（割合指数）**

Ａ、Ｂ、Ｃ項目を用いた基準

（例：急性期一般１の割合①ではＡ３点以上、Ｃ１点以上のいずれか）

を満たす患者の割合

A項目：モニタリング及び処置等
悪性腫瘍剤を追加 （ホリナートカルシウム、ラスプリカーゼ）
B項目：患者の状況等
C項目：手術等の医学的状況
新たな治療等を追加 （例：腰椎穿刺、内視鏡的胃・十二指腸ステント留置術 等）

１病床あたりの救急搬送受入件数／年 ×0.005

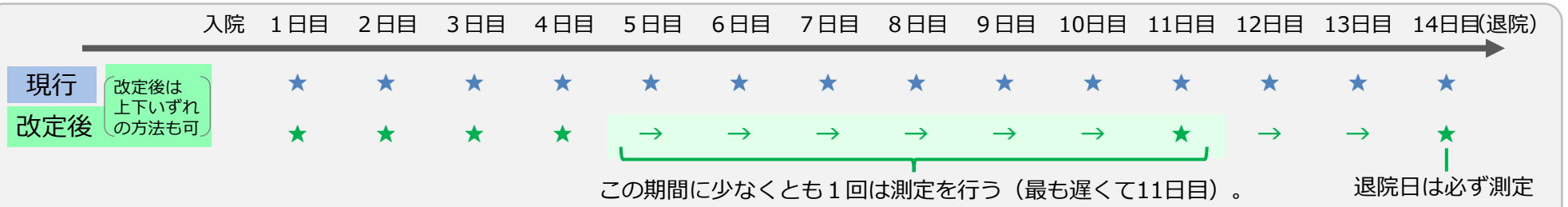
※入院しなかった場合の件数を含む
※割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、入院した救急搬送患者の比率に応じて受入件数を按分
（救急患者応需係数の**上限は１割**）

対象：急性期病院入院基本料（Ａ，Ｂ）
急性期一般入院基本料（１～５）
看護・多職種協働加算
７対１入院基本料（特定）
急性期総合体制加算
地域包括医療病棟入院料

上記以外では引き続き病棟における患者の該当割合を使用

対象：結核病棟７対１入院基本料、専門病院７対１入院基本料、看護必要度加算（１～３）、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料の注７

➢ B項目の**測定に係る負担軽減**の観点から、現行どおり毎日測定するか、**入院５日目以降の測定頻度を７日ごとに１回**（患者の状態に明らかな変化が生じた場合を除く）とし、それ以外の日は直近の評価をもって代替することも可能とする。



（凡例）★★：測定日、→：測定せず直前の測定日の評価を用いる日

※５日目以降の測定は、7日以内に行っていれば、**病棟で曜日を統一して行うことも可能**。
※途中で患者の状態に明らかな変化があった場合等は、７日を待たずに測定することが望ましい。

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

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②

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に伴い、一部の入院料で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
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	８％	７％
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	**割合①：21%** **割合②：28%**	**割合①：20%** **割合②：27%**
看護必要度加算１（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算２（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算３（特定、専門）	13%	12%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	６％	５％
看護補助加算１	４％	３％
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注７	10%	８％

※１　該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

改定後（該当患者割合の基準）

	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	８％	７％
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	**割合①：22%** **割合②：29%**	**割合①：21%** **割合②：28%**
看護必要度加算１（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算２（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算３（特定、専門）	13%	12%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	６％	５％
看護補助加算１	４％	３％
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注７	10%	８％

【該当患者の基準】

７対１入院基本料（専門病院入院基本料）※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
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）、他※b	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
地域包括ケア病棟、特定一般病棟の注７	以下のいずれか ・A得点が１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　看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

救命救急入院料・特定集中治療室管理料の見直し

広範囲熱傷特定集中治療管理料の見直し

- 広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている救命救急入院料１から４まで及び特定集中治療室管理料１から６までの評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

現行	改定後
救命救急入院料２	救命救急入院料１
救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 ロ　広範囲特定集中治療管理料	
救命救急入院料１	救命救急入院料２
救命救急入院料３ イ　救命救急入院料 ロ　広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料１	特定集中治療室管理料１
特定集中治療室管理料２ イ　救命救急入院料 ロ　広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料３	特定集中治療室管理料２
特定集中治療室管理料４ イ　救命救急入院料 ロ　広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料５	特定集中治療室管理料３
特定集中治療室管理料６ イ　救命救急入院料 ロ　広範囲特定集中治療管理料	

！入院料１，２の名称は現行と逆になる

- 広範囲熱傷特定集中治療管理料に代わり、広範囲熱傷管理加算を新設する。

（新）　広範囲熱傷管理加算　　200点

［算定要件］　広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して８日以降60日までの期間に限り、所定点数に加算する。

［施設基準］　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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（１から３までに限る。）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３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３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っては、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っては、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等への対応

➢ 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。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、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・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
・地域医療体制確保加算　620点
（新設）

［施設基準］
1　地域医療体制確保加算の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和６年度においては、1,785時間以下
イ　令和７年度においては、1,710時間以下
（新設）

改定後

【地域医療体制確保加算】
1　地域医療体制確保加算１　620点
2　地域医療体制確保加算２　720点

［施設基準］
1　地域医療体制確保加算１の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和８年度においては、1,635時間以下
イ　令和９年度においては、1,560時間以下

2　地域医療体制確保加算２の施設基準
・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。
・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を３つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
ア　手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
イ　専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
ウ　特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
ア　医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
イ　各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

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。

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、転棟後の期間にかかわらず、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。

急性期医療を担う病院

緊急性・専門性が高い救急患者等

救急患者連携搬送料

地域連携し「下り搬送」を活用する場合の評価を充実
- 民間救急の活用、受入側評価等

包括期医療を担う病院

包括期入院医療

在宅患者・施設入所者の後方支援や円滑な入退院支援を推進
- 包括期充実体制加算の新設
- 緊急入院の入院料や初期加算を引上げ
- 入退院支援加算１の充実
- 介護支援等連携指導料２の新設
- 出来高算定可能範囲を拡大
  ー退院前訪問指導料（回リハ）
  ー退院時共同指導料２等（地ケア）
- 退院直後の訪問栄養食事指導料の新設

慢性期入院医療

より医療の必要性が高い患者の受入を推進
- 悪性腫瘍以外の緩和ケアを受ける患者や重症の医療的ケア児を医療区分２・３に追加
- 一部の医療区分２の処置等を重複して行う患者の評価引上げ

在宅療養支援診療所・病院

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
- 重症患者への対応等、地域で積極的な役割を担う医療機関の評価を充実
- 往診時医療情報連携加算の算定可能な範囲を拡大
- 在支診／在支病の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期見直しを追加
- 医薬品適正処方に向けた医師／薬剤師同時訪問の評価
- 要介護度の低い患者等に一律月２回訪問管理を行う医療機関の評価を適正化

在支診・在支病

自宅・高齢者住まい・居住系介護サービス

慢性期医療を担う病院

訪問看護ステーション

高齢者向け住まい等併設型訪問看護の適切な評価と重症者への対応等を評価
- 同一建物居住利用者数と訪問日数に応じたきめ細やかな見直しと１日あたり包括評価体系の新設
- ICTを活用した地域連携の評価を新設
- 地域で連携し精神障害にも対応する訪問看護STに係る評価を新設

訪問看護ステーション

終末期・緩和ケア医療の充実

- 緩和ケア病棟において末期腎不全患者の受入を可能とする
- 入院／外来／在宅緩和ケア管理に係る評価の対象患者に、末期腎不全・呼吸不全を追加

地域包括医療病棟入院料の見直し①

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Ａ１００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**Ａ１００一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：Ａ１００算定病棟**なし**
地域包括医療病棟入院料２：Ａ１００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②

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

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

	改定前 （変更のない項目は記載を省略）	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対１（７割以上が看護師）	
多職種の配置		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 Ａ３点以上、Ａ２点以上かつ Ｂ３点以上、Ｃ１点以上	以下のいずれかを満たす **Ａ２点以上、Ｃ１点以上**	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ　16% 必要度Ⅱ　15%	**基準該当患者割合に係る指数**（※）として 必要度Ⅰ　**19%** 必要度Ⅱ　**18%**　※該当患者割合＋**救急搬送応需係数**	
初日のB項目が３点以上の患者の割合		５割以上	
平均在院日数	21日	**20日を原則として、85歳以上の患者の割合が２割を増すごとに＋1日** （85歳以上が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	５%未満	**７%未満**（85歳以上の患者の割合が２割未満の場合には５%）	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		５%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算１又は２ 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟１	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　救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者　580点
②　①の患者以外の患者の場合　480点

（２）　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
①　救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者　480点
②　①の患者以外の患者の場合　380点

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。

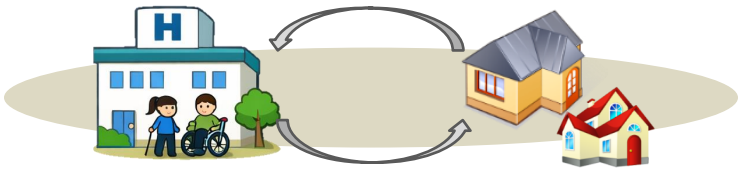
包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

➢ 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の**地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟**で算定可能な**包括期充実体制加算を新設**する。

（新）　包括期充実体制加算（１日につき）　80点

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



［算定要件］

注１　在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して**14日を限度として**所定点数に加算する。

［施設基準］

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

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

※　在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

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、チームに係る加算の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、３日以内に開始した患者が８割以上				入棟患者のうち、３日以内に開始した患者が６割以上
休日リハ実施割合	８割以上	７割以上	８割以上	７割以上	７割以上
ADL低下割合	３％未満	５％未満	３％未満	５％未満	ー（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの算定制限	専従・専任：９単位まで		専従：６単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数（14日間）	150点	90点	110点	50点	30点

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

	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	入院料５ 1,696点
配置基準	・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		
重症患者割合	４割以上		３割以上		
実績指数	40以上		35以上		

改定後

	入院料１ 2,346点	入院料2 2,274点	入院料３ 2,062点	入院料４ 2,000点	入院料５※１ 1,794点
配置基準	・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		
重症患者割合	３割５分以上		２割５分以上		
実績指数	42以上	32以上※２	37以上	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	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五割以上であること。	**【療養病棟入院料２】** ［施設基準］ ・当該病棟の入院患者のうち医療区分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）のハ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
ロ　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
ロ　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
ロ　15日以上30日以内の期間　121点
（新）　ハ　イ及びロ以外　50点

【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・患者ケア体制充実加算１　176点
（２）　看護補助・患者ケア体制充実加算２　161点
（３）　看護補助・患者ケア体制充実加算３　151点
ロ　15日以上30日以内の期間
（１）　看護補助・患者ケア体制充実加算１　151点
（２）　看護補助・患者ケア体制充実加算２　136点
（３）　看護補助・患者ケア体制充実加算３　126点
（新）　ハ　イ及びロ以外
（１）　看護補助・患者ケア体制充実加算１　60点
（２）　看護補助・患者ケア体制充実加算２　55点
（３）　看護補助・患者ケア体制充実加算３　51点

※ 加算の名称の見直しは、「Ⅱ－１－１⑱看護補助者に係る加算の名称の見直し」を参照。

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

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

（新）　身体的拘束最小化推進体制加算（１日につき）　40点

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

［施設基準（抜粋）］

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

令和８年度診療報酬改定

４. 入院に関する共通事項

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が２日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要と**し、**説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。

- **身体的拘束最小化の基準**は、令和６年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（Ｒ６改定～）

・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
・身体的拘束最小化チームの設置
・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（Ｒ８改定で新設）

いずれかを満たすこと
・身体的拘束の実施割合が１割５分以下
・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

［施設基準］
第五　病院の入院基本料の施設基準等　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。

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。

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

入院時の食事療養に係る見直し

嚥下調整食の評価

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

現行

特別食加算　１食につき76円　（１日につき３食を限度）

二　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）
（新設）

改定後

特別食加算　１食につき76円　（１日につき３食を限度）

二　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一)　治療食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

(二)　嚥下調整食

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食

おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食（イメージ）

学会コード（日本摂食嚥下リハビリテーション学会　嚥下調整食分類2021）

嚥下調整食１ｊ	嚥下調整食2－1	嚥下調整食2－2	嚥下調整食３	嚥下調整食４
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	**にんじんのグラッセ** 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	**カレーライス** 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの	**棒々鶏** 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	**鮭とほうれん草のグラタン** 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

（写真）老年栄養ドットコム　https://geriatrics.jp/

［主な算定要件］

○　加算の対象となる嚥下調整食は、
- **安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態**であり、
- 献立として、**常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量**に配慮されたものであること。

○　**定期的に多職種によるミールラウンド**を行い、嚥下調整食の必要性等を確認し、**常食が適している場合は、速やかに食事変更**を行うこと。

［主な施設基準］

○　検食が毎日行われるとともに、**定期的に多職種による試食会やカンファレンス**が開催されていること。

○　**責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士**であること。

業務効率化・負担軽減等に向けた取組の全体像

○　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、病棟の看護職員・看護補助者の数等について**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
• 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 （例）見守りカメラ、スマートグラス 	• 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 （例）スマートフォン、音声入力システム 	• 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 （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

- 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。

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

➢ 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、**平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化**する。

現行

[施設基準（告示）]第一　届出の通則

二　届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準（通知）]（概要）

・　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、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

改定後

[施設基準（告示）]第一　届出の通則

二　届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準（通知）]（概要）

・　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、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

・　**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、看護要員の数と入院患者の比率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ついて、暦月で１か月を超える期間の１割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、３か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（１年に１回に限る。）**

（１）公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

（２）民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

（３）当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

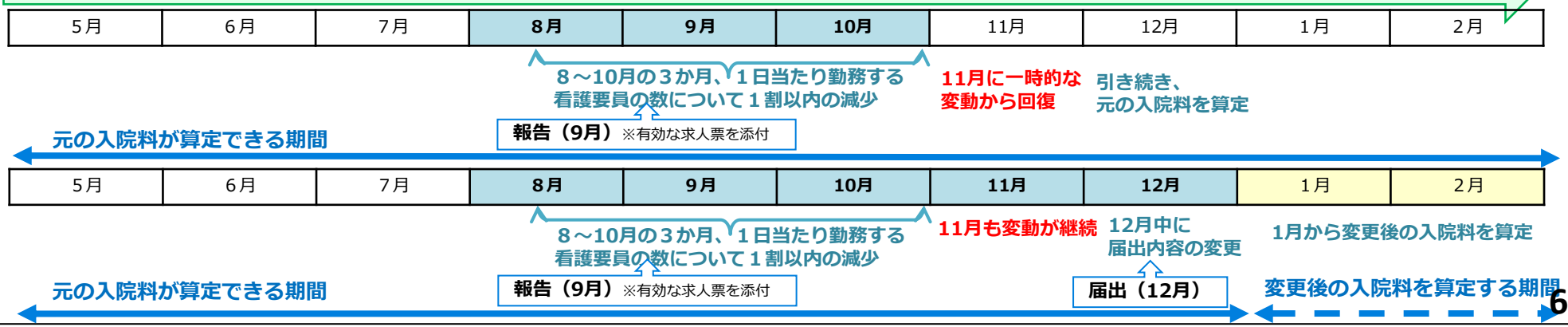
（４）やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

例）８～10月の３か月、１日当たり勤務する看護要員の数について１割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用（民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用）

② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい



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用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に、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。

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**。

外来医師過多区域に関する対応

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。

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（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。
- 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制又は地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有若しくは閲覧できるネットワークを活用する体制を有することが望ましい。

➢ 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

（参考）別表に掲げる人口の少ない地域

人口の少ない地域（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）

都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山
	北渡島檜山
	後志
	南空知
	中空知
	北空知
	西胆振
	日高
	上川北部
	富良野
	留萌
	宗谷
	遠紋
	根室
青森県	西北五地域
	上十三地域
	下北地域
岩手県	胆江
	両磐
	気仙
	釜石
	宮古
	久慈
	二戸
宮城県	仙南
山形県	最上
福島県	県南
	相双
栃木県	県西
群馬県	藤岡
	富岡
	吾妻
	沼田
埼玉県	秩父
東京都	島しょ
新潟県	魚沼
	佐渡
富山県	新川
	砺波
石川県	能登中部
	能登北部

都道府県	二次医療圏
福井県	奥越
	丹南
	嶺南
山梨県	峡東
	峡南
	富士・東部
長野県	上伊那
	飯伊
	木曽
	大北
	北信
岐阜県	飛騨
静岡県	賀茂
愛知県	東三河北部
三重県	東紀州
滋賀県	湖北
	湖西
京都府	丹後
	中丹
	南丹
兵庫県	但馬
	丹波
奈良県	南和
和歌山県	橋本
	有田
	御坊
	田辺
	新宮
鳥取県	中部
島根県	雲南
	大田
	浜田
	益田
	隠岐
岡山県	高梁・新見
	真庭
	津山・英田
広島県	備北
山口県	岩国
	柳井
	長門
	萩

都道府県	二次医療圏
徳島県	南部
	西部
香川県	小豆
愛媛県	宇摩
	八幡浜・大洲
	宇和島
高知県	安芸
	高幡
	幡多
長崎県	五島
	上五島
	壱岐
	対馬
熊本県	鹿本
	阿蘇
	八代
	芦北
	球磨
	天草
大分県	南部
	豊肥
	西部
	北部
宮崎県	延岡西臼杵
	日南串間
	西諸
	西都児湯
	日向入郷
鹿児島県	南薩
	川薩
	出水
	曽於
	肝属
	熊毛
	奄美
沖縄県	北部
	八重山

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第１条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

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。

現行

[対象手術の追加・評価の見直しの例]
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　17,457点
（新設）

⇒

改定後

[対象手術の追加・評価の見直しの例]
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　**18,001点**
Ｋ８７２－３　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　16,876点

➢ 外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、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。

（新）入院手術対応加算（K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術１長径2センチメートル未満）　366点 ※手術毎に異なる加算を設定

［施設基準］（概要）

- 当該保険医療機関における、対象手術の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値が、1.3以上であること。

計算の例

	症例数	外来実施件数	当該病院での外来実施率	全病院での平均的な外来実施率
A手術	100	90	90%	60%
B手術	20	10	50%	80%
計	120	100	83%	-

→

$$\frac{\text{当該医療機関の外来実施率}\ \frac{90+10}{100+20}}{\text{想定される外来実施率}\ \frac{100\times60\%+20\times80\%}{100+20}} \fallingdotseq 1.32$$

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、患者の尊厳の保持及び療養生活の質の向上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。**

令和８年度診療報酬改定

５.外来医療の機能分化・強化等

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%未満　→　（改定後）50%未満	（現行）30‰未満　→　**（改定後）50‰未満**
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%未満　→　（改定後）40%未満	（現行）20‰未満　→　**（改定後）40‰未満**

➢ 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　**<今改定では変更なし>**

［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）

［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

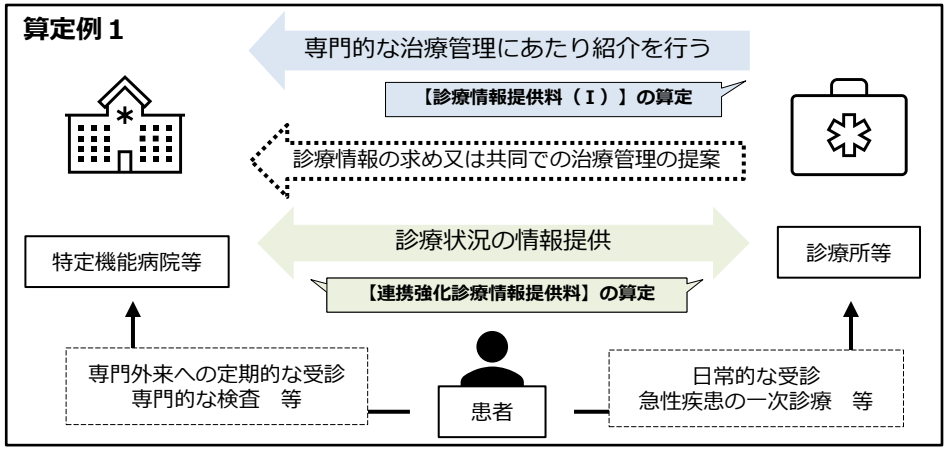
［算定要件］

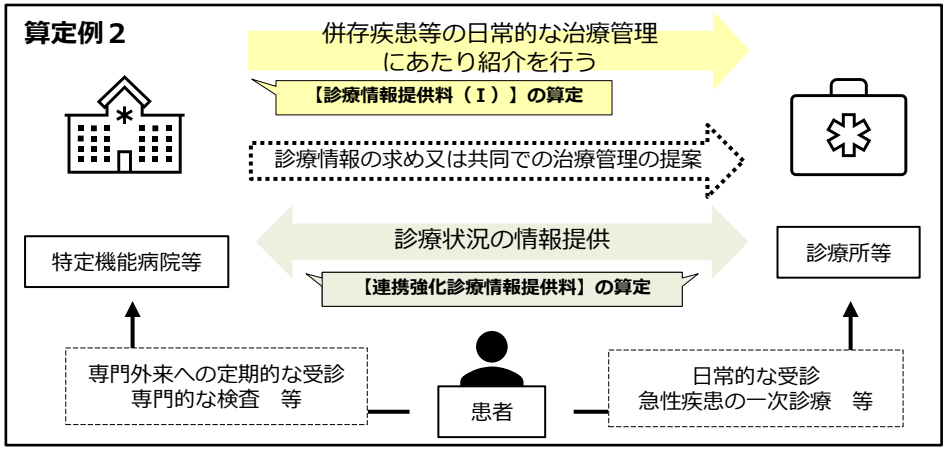
保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合、所定点数に加算する。

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。





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、**医学管理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ことを不要**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、**患家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。**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。**
　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

（参考）引き続き要件である管理料等
- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 生活習慣病管理料（Ⅰ）
- 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

［算定要件］
患者の状態に応じ、28日以上の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日以上の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

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
入院時	1/2	160点/80点

（新）電子的歯科診療情報連携体制整備加算

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①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

➢ 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、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

【医療情報取得加算】

初診時
・医療情報取得加算　１点
再診時（３月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点
調剤時（12月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点

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**

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算１	（１）～（10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算２	（１）～（７)の全てかつ （８）～（10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算３	（１）～（７)の全て

［施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算１）］

（１）　オンライン請求を行っていること。

（２）　**診療報酬明細書を患者に無償で交付**していること。

（３）　オンライン資格確認を行う体制を有していること。

（４）　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。

（５）　**マイナ保険証利用率**が、**30%以上**であること。

（６）　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。

（７）　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等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。

（８）　**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。

（９）　以下のアからウの全て又はエを満たす**電子カルテを有していること**。

ア　厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

イ　電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。

ウ　電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。

エ　厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。

(10)　アを満たす又はイ及びウを満たすこと。

ア　国等が提供する**電子カルテ情報共有サービス**により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。

イ　**地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク**であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。

(イ)　当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が２以上であること。

(ロ)　登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。

(ハ)　当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。

ウ　以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。

(イ)　診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。

(ロ)　当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

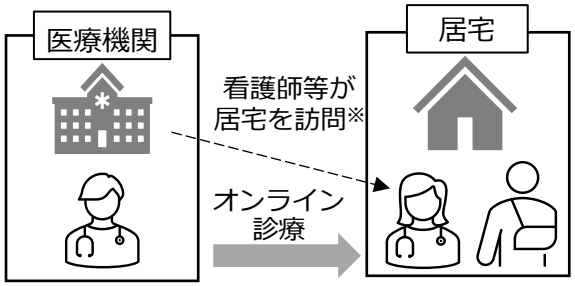
D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

	（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	【医療機関で算定】 • 情報通信機器を用いた診療 • 訪問看護の費用（在宅患者訪問看護・指導料等）	【医療機関で算定】 • 情報通信機器を用いた診療 • **訪問看護遠隔診療補助料**（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	【医療機関で算定】 • 情報通信機器を用いた診療 【訪看ＳＴで算定】 • 指定訪問看護の費用（訪問看護療養費）	＜医療保険の訪問看護対象者＞ • 情報通信機器を用いた診療　【医療機関で算定】 • **訪問看護遠隔診療補助料**　【訪看ＳＴで算定】 ＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞ • 情報通信機器を用いた診療　【医療機関で算定】 • **訪問看護遠隔診療補助料**　【医療機関で算定　※合議精算】

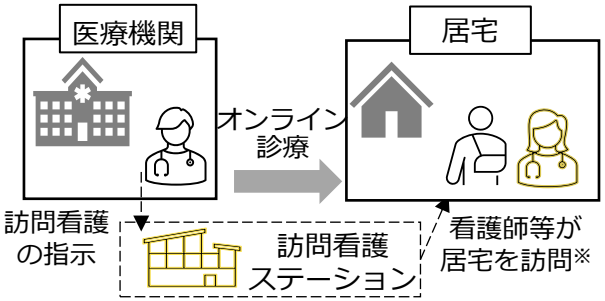
検査：　**看護師等遠隔診療検査実施料**（第３節生体検査料、第４節診断穿刺・検体採取料）　第１節検体検査料は別途算定可
注射：　**看護師等遠隔診療注射実施料**
処置：　**看護師等遠隔診療処置実施料**

薬剤料、特定保険医療材料は別途算定可

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）	✓ 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	✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

令和８年度診療報酬改定

６. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

６－１．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更なる推進

➢ 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を更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**
  患家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、患家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①

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

【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

（１）	単一建物診療患者が１人の場合	400点
（２）	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	200点
（３）	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点
（４）	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点
（５）	（１）から（４）まで以外の場合	75点

【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

（１）	単一建物診療患者が１人の場合	300点
（２）	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	150点
（３）	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
（４）	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
（５）	（１）から（４）まで以外の場合	56点

【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

【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

【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

［施設基準］
在宅緩和ケア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。

改定後

【在宅時医学総合管理料】
在宅医療充実体制加算

（１）	単一建物診療患者が１人の場合	**800点**
（２）	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	**400点**
（３）	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	**200点**
（４）	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	**170点**
（５）	（１）から（４）まで以外の場合	**150点**

【施設入居時等医学総合管理料】
在宅医療充実体制加算

（１）	単一建物診療患者が１人の場合	**600点**
（２）	単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	**300点**
（３）	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	**150点**
（４）	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	**126点**
（５）	（１）から（４）まで以外の場合	**112点**

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】
在宅医療充実体制加算　**200点**

【ターミナルケア加算】
在宅医療充実体制加算　**2,000点**

【在宅がん医療総合診療料】
在宅医療充実体制加算　**300点**

［施設基準］
地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療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。

在宅医療充実体制加算の新設②

在宅医療充実体制加算の施設基準

➢ **地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療**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。

［具体的な要件の概要］

充実した人員等の体制	○ 在宅医療を担当する**常勤換算医師数が３名以上かつ常勤医師数が２名以上配置**していること。 ○ 機能強化型の在支診・病であって、**自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保**していること。
看取り・緩和ケア等の提供機能	○ 過去１年間で、緊急往診の実績を**30**件以上かつ看取りの実績と小児在宅患者数の合計が**30**件以上であること。 ○ **緩和ケア研修を修了している常勤の医師**が、在宅医療を担当していること。 ○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去１年間に２件以上有していること、又は過去に５件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去１年間に10件以上有していること。 ○ 緩和ケア病棟又は在宅での１年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、３か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること。 ○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと。
重症患者の診療体制	○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、**「別表第８の２」に該当する重症度の高い患者と終末期の患者の合計が２割以上**であること。 ○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した**医師数１人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下**であること。
ＩＣＴを活用した多職種連携	○ **在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。**
医師等の教育実績	○ 過去２年度以内に、以下のいずれかの実績があること。（**在宅医療に携わるものに限る。**） ・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした**地域医療実習生**の受入 ・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、**地域医療の研修を目的とした研修医**の受入 ・**内科領域、総合診療領域又は小児科領域**の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、**専門研修を目的とした専攻医**の受入 ・地域枠等の**卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師**（研修医を含む。）の受入
在宅データの提出	○ **在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。**

６－２．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。

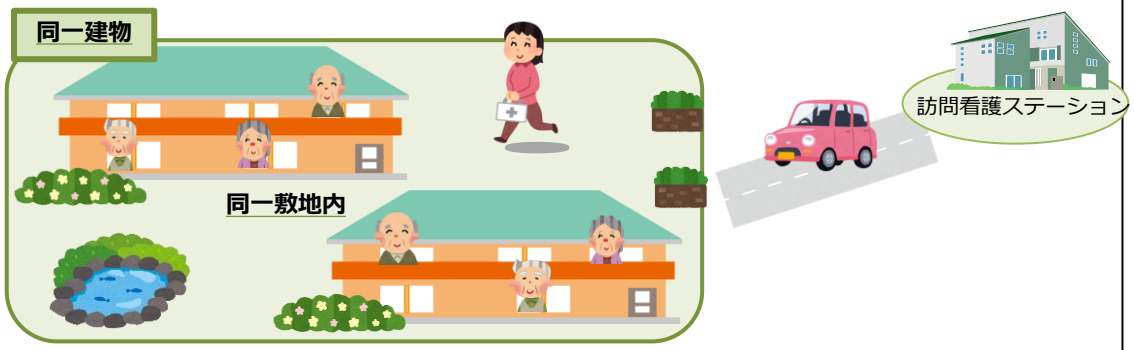
同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し①

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**９人以下**	**10人以上19人以下**	**20人以上49人以下**	**50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	**月20日目まで 2,760円 月21日目以降 2,660円**	**月20日目まで 2,710円 月21日目以降 2,610円**	**月20日目まで 2,610円 月21日目以降 2,510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	**月20日目まで 2,520円 月21日目以降 2,420円**	**月20日目まで 2,470円 月21日目以降 2,370円**	**月20日目まで 2,370円 月21日目以降 2,270円**
ニ　理学療法士等	5,550円	2,780円	**月20日目まで 2,760円 月21日目以降 2,660円**	**月20日目まで 2,710円 月21日目以降 2,610円**	**月20日目まで 2,610円 月21日目以降 2,510円**

※ 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**９人以下**	**同一建物内 10人以上19人以下**	**同一建物内 20人以上49人以下**	**同一建物内 50人以上**
１日に ２回の場合	4,500円	4,000円	4,500円	**4,000円**	**3,700円**	**3,500円**	**3,300円**
１日に ３回以上の場合	8,000円	7,200円	8,000円	**月20日目まで 7,200円 月21日目以降 6,900円**	**月20日目まで 6,300円 月21日目以降 5,200円**	**月20日目まで 4,800円 月21日目以降 3,500円**	**月20日目まで 4,100円 月21日目以降 3,000円**

【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**９人以下**	**同一建物内 10人以上19人以下**	**同一建物内 20人以上49人以下**	**同一建物内 50人以上**
2,100円	2,100円	**月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,900円**	**月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円**	**月15日目まで 1,200円 月16日目以降 950円**	**月15日目まで 1,000円 月16日目以降 800円**

【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**９人以下**	**同一建物内 10人以上19人以下**	**同一建物内 20人以上49人以下**	**同一建物内 50人以上**
4,200円	4,200円	**月15日目まで 4,200円 月16日目以降 4,000円**	**月15日目まで 3,900円 月16日目以降 2,300円**	**月15日目まで 2,100円 月16日目以降 1,500円**	**月15日目まで 1,800円 月16日目以降 1,300円**

※ 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）　０４　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 単一建物居住利用者が20人未満の場合	7,010円	11,010円	14,010円	15,510円
２ 単一建物居住利用者が20人以上50人未満の場合	6,310円	9,910円	13,730円	15,200円
３ 単一建物居住利用者が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単一建物居住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（准看護師を除く。）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方法によって記録し保存すること。
- 包括型訪問看護療養費の１のハ二、２のハ及び二及び３のハ又は二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のハ又は二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（月の初日の訪問の場合）

［施設基準（概要）］
- 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人以上
- 看護職員の割合が６割以上
- 24時間対応体制加算の届出及び休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施
  - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことが可能。
- 重症度の高い利用者の受け入れ
  - 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
  - 精神障害を有する者のうち重点的な支援を要する者
- 保険医療機関との共同
  - 退院時の共同指導の実施
  - 同一敷地内に保険医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上
- 地域における人材育成・連携等
  - 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修の実施
  - 地域の訪問看護ステーションや住民等への情報提供や相談対応
  - 連携機関との会議参加の実績
- 専門の研修を受けた看護師の配置（望ましい）

令和８年度診療報酬改定

７．重点的な対応が求められる分野

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、救急外来を受診した患者に対する初期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		2	夜間休日救急医学管理料	
イ	救急搬送医学管理料１	800点	イ	夜間休日救急医学管理料１	600点
ロ	救急搬送医学管理料２	600点	ロ	夜間休日救急医学管理料２	400点
ハ	救急搬送医学管理料３	200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

［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。

（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。

（参考）救急外来医療に係る評価の再編のイメージ

	現行	改定後	
	夜間・土曜・休日	平日の日中	夜間・土曜・休日
救急搬送の場合	救急搬送看護体制加算 1　400点／2　200点 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 （初診患者のみ）	救急外来緊急検査対応加算 1　300点／2　200点 時間外救急搬送加算 （休日等夜間／平日夜間／休日等日中） 300点／250点／200点 救急搬送医学管理料 1　800点／2　600点／3　200点 （初診・再診患者）	
救急搬送以外の救急患者の場合	院内トリアージ実施料 300点 （トリアージを実施した患者のみ）	救急外来緊急検査対応加算 1　300点／2　200点 院内トリアージ実施体制加算 50点 （初診・再診患者） 夜間休日救急医学管理料 1　600点／2　400点／3　50点 （初診・再診患者）	

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

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

➢ 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

		産科管理加算１（病院）	産科管理加算２（有床診療所）
算定対象		分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）	
算定要件		母子の安定・安全に配慮した産科病棟等の管理とともに、産後ケア事業等の母子保健事業との連携等、妊娠中・産後を含む継続ケアへの対応を行う体制の整備	
主な施設基準	母子の心身の安定・安全の確保できる十分な療養環境	産科病棟に産科の患者・新生児のみを受け入れる病棟 ・看護職員の最小必要数の５割以上が助産師 ・産科病棟に助産師が常時１人以上配置 ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数の配置 産科病棟に産科の患者・新生児と他科の患者を併せて受け入れる病棟 ・産科病棟に助産師が常時１人以上配置 ・産科区域の特定 ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域へ配置 ※産科区域とそれ以外の区域のいずれの患者にも必要な看護が提供できるよう病棟に適切な看護職員数が確保されるよう配慮すること	産科の患者・新生児のみを受け入れる有床診療所 ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数の配置 産科の患者・新生児と他科の患者を併せて受け入れる有床診療所 ・産科区域の特定（可能な限り） ・母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域へ配置
	地域連携	助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を５年以上有する専任の助産師１名以上	助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を５年以上有する専任の助産師１名以上
	外来	・助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施 ・産科病棟または産科区域に、産科外来等において、妊婦健康診査や保健指導等の妊娠期にかかるケア及び指導を行う助産師の配置	・助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施
	院内助産	院内助産が開設されていることが望ましい	
	産後ケア	産後ケア事業が実施されていることが望ましい	

- 病棟内のその他の病室等との間に扉を設ける等の区分が構造上されている
- 少なくとも他科の患者等が通常立ち入ることのないよう視覚的に区域が区分されている

ユニット化：ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用すること
ゾーニング：廊下を含むひと固まりの領域を産科だけの区域とすること

精神医療に係る全体像

地域生活

外来医療 → 入院医療

質の高い外来医療

通院・在宅精神療法
- ◆ 初診の評価の充実
- ◆ 非精神保健指定医に対する評価の見直し
- ◆ 初診における情報通信機器を用いた精神療法への新たな評価

早期診療体制充実加算
- ◆ 診療実績等の要件を見直した評価の新設

患者の状態に応じた入院医療体制の確保

精神科救急医療体制加算
- ◆ 救急受入実績に基づく評価への評価体系の見直し　等

精神科救急急性期医療入院料等
- ◆ 新規入院患者割合要件の見直し 等

精神科急性期医師配置加算
- ◆ クロザピンの新規導入件数の見直し 等

身体合併症への対応体制の充実

(新)精神科慢性身体合併症管理加算
- ◆ 患者の慢性疾患の診療を評価

特定入院料
- ◆ 透析に係る評価を出来高化

総合病院での精神科医療体制の確保

(新)急性期病院精神病棟入院料
(新)急性期総合体制加算

精神科急性期医師配置加算
- ◆ 精神病棟15対1に対象を拡大

精神科リエゾンチーム加算
- ◆ 認知症・せん妄以外の患者への診療について評価の充実

多職種による支援の強化

児童思春期支援指導加算
- ◆ 対象となる医療機関の拡大

心理支援加算
- ◆ 対象疾患の拡大

認知療法・認知行動療法
- ◆ 公認心理師による支援への新たな評価 等

(新)精神病棟看護・多職種協働加算
- ◆ 多職種の病棟配置の評価

退院支援の充実

特定入院料等
- ◆ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し

医療保護入院等診療料
- ◆ 退院支援に対する評価の新設

(新)精神科地域密着多機能体制加算
- ◆ 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小規模多機能病院に係る評価

人口・入院患者が減少する中での、質の高い精神医療・地域包括ケアシステムの確保

精神病床における多職種協働の推進

➢ 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、精神病棟入院基本料等の入院料における看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の協働について評価を行う。

【精神病棟入院料】

（新）　精神病棟看護・多職種協働加算

13対１入院基本料の場合　357点

15対１入院基本料の場合　196点

［施設基準］

○　精神病棟看護・多職種協働加算（13対１入院基本料の場合）の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**10又はその端数を増すごとに１以上であること。**

②　①の規定にかかわらず、**当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、１以上であること。**

③　**当該病棟の入院患者の平均在院日数が60日以内であること。**

○　精神病棟看護・多職種協働加算（15対１入院基本料の場合）の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**13又はその端数を増すごとに１以上であること。**

②　①の規定にかかわらず、**当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、１以上であること。**

③　**当該病棟の入院患者の平均在院日数が100日以内であること。**

※　急性期病院精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）、精神科急性期治療病棟入院料２においても同様の評価を設ける。

精神科地域密着多機能体制加算の新設①

➢ 精神病床に入院する患者数が減少する中で、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将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。

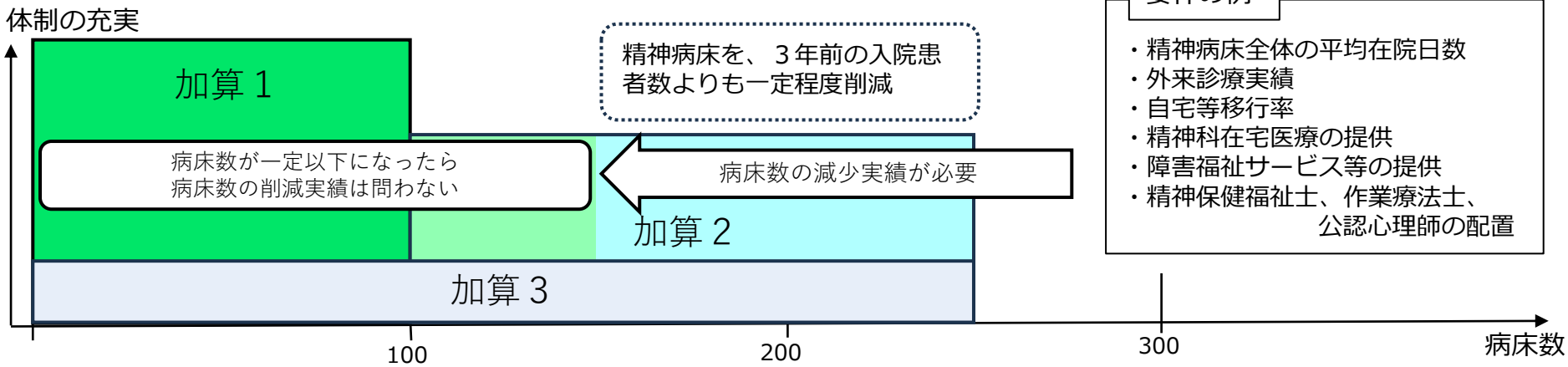
（新）　精神科地域密着多機能体制加算（１日につき）

加算１	**800点**
加算２	**250点**
加算３	**50点**

［対象患者］
・精神病棟入院料（10 対１入院基本料、13 対１入院基本料又は 15 対１入院基本料を算定するものに限る。）
・精神科急性期治療病棟入院料　を算定している患者

［主な施設基準］
（１）通則（抜粋）
○当該医療機関における**許可病床数が350床以下であり**、許可病床数に占める**精神病床の割合が65%以上であること。**
○当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が２名以上配置されていること。
○当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
○当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。

施設基準イメージ



要件の例
・精神病床全体の平均在院日数
・外来診療実績
・自宅等移行率
・精神科在宅医療の提供
・障害福祉サービス等の提供
・精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師の配置

精神科地域密着多機能体制加算の新設②

［施設基準］（概要）

	加算１	加算２	加算３
精神病床の入院患者の平均在院日数	≦150日	≦150日	≦250日
令和８年１月１日以降に新たに精神病床に入院となった患者のうち**６割以上**が、当該保険医療機関に入院した日から起算して**６月以内**に退院し、自宅等へ移行すること。	○	○	－
ア又はイ及びウからカまでのいずれかを満たしていること。※いずれも直近３か月間の算定回数 ア　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）:60回以上 イ　訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費:300回以上 ウ 精神科退院時共同指導料: ３回以上　エ 在宅精神療法:20回以上　オ 精神科在宅患者支援管理料:10回以上 カ　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料:10回以上	○	○	いずれか
当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10km以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。※障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていることでも可	○	○	
過去６か月間の「Ｉ００２」通院・在宅精神療法、「Ｉ００３－２」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数	≧36	≧36	≧27
常勤の精神保健福祉士	≧2名	≧2名	計 2名以上
常勤の作業療法士	≧1名	≧1名	
常勤の公認心理師	≧1名	≧1名	

※　病棟に配置されている（専任の場合を除く）精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師は含めることができない。

○病床数に係る要件

加算１	加算２	加算３
・精神病床≦100床	・101床≦精神病床≦150床 又は以下を全て満たすこと。 ・151床≦精神病床≦250床 ・届出前月及び届け出から１年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。 精神病床の許可病床数/その３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者	・精神病床≦250床 ・届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/その３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数≦0.97 ・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと ・当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から３年前精神病床の許可病床数≦0.95(届け出から１年ごと)
精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≦0.3		精神療養病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≦0.3

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】
心理支援加算　250点（月２回まで）
初回算定日の属する月から起算して２年を限度

○対象患者
心的外傷に起因する症状を有する患者

○実施する公認心理師
精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師

○実施内容等
・対面による心理支援を30分以上実施
・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。

改定後

【通院・在宅精神療法】
心理支援加算　**280点**（月２回まで）
初回算定日の属する月から起算して２年を限度

○対象患者
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

○実施する公認心理師
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**（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。）

○実施内容等
・対面による心理支援を30分以上実施
・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］
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。

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、STEM７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
- 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（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
- 腹腔鏡下仙骨腟固定術
- 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、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（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、腹腔鏡下仙骨腟固定術、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

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

【Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算】
【Ｂ００１　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。

【Ｃ１０８　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

【Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算】
【Ｂ００１　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。

【Ｃ１０８　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ＮＰＰＶ（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ＣＫＤ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。

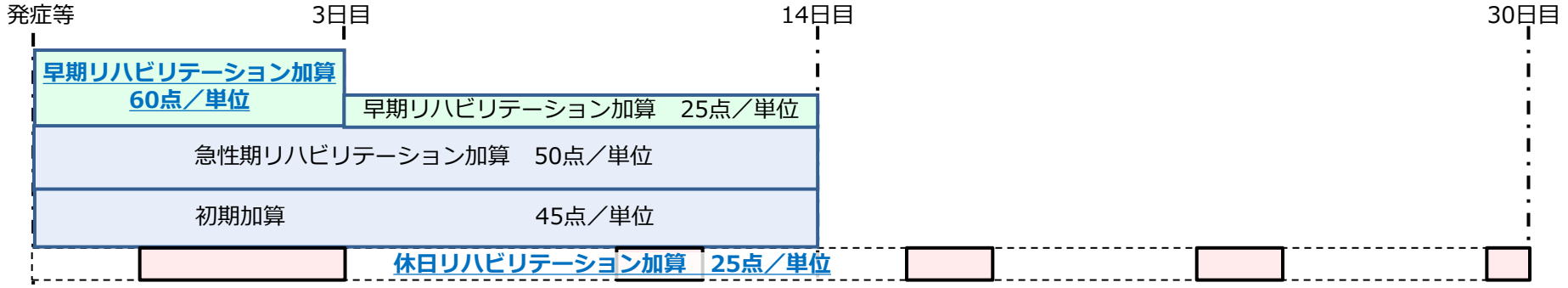
改定後

（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。

残薬対策に関する主な改定項目

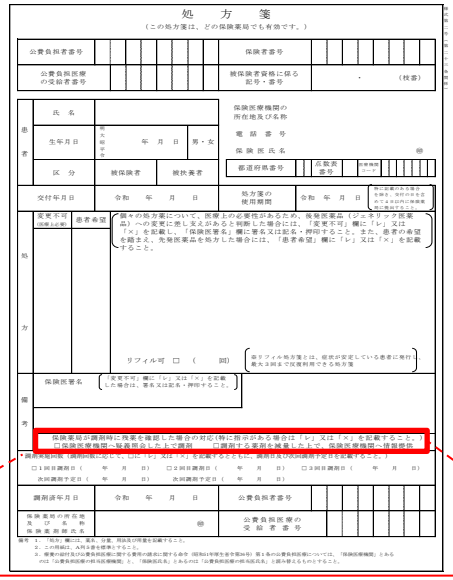
処方時の対応

●処方時の残薬確認

・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

●処方箋様式の見直し

・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。



保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
□　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**

調剤時の対応

● 薬局による残薬の確認と調整の評価

・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評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

在宅訪問時の対応

●訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

・指定訪問看護の提供に当たり、**服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認**も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。

・服薬状況については、**薬局への情報提供**を行うことが望ましいことを規定する。

● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

・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(歯科)

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の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、歯科技工所に所属する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**
  - 都道府県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

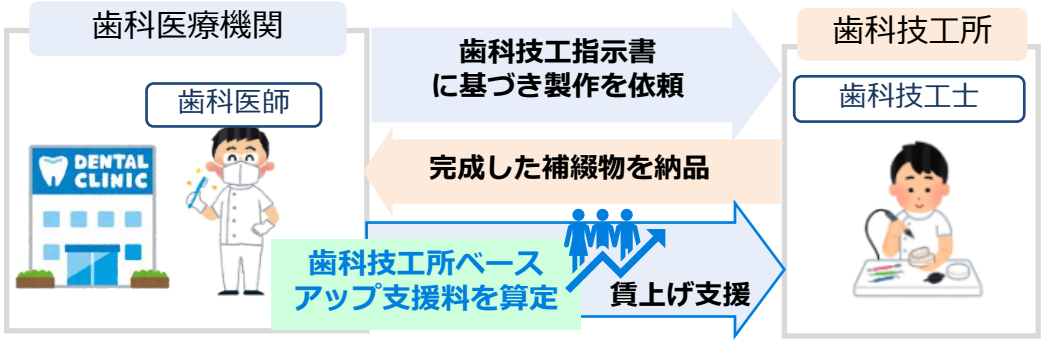
- **障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価**
  - 障害者治療を専門に行う歯科医療機関の特別な歯科医学的管理の評価の新設
- **小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の見直し**
- **継続的・効果的な歯周病治療の推進**

（２．に記載）

- **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**
  - 小児保隙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鋳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抜歯手術の加算（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、歯科技工所に所属する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。

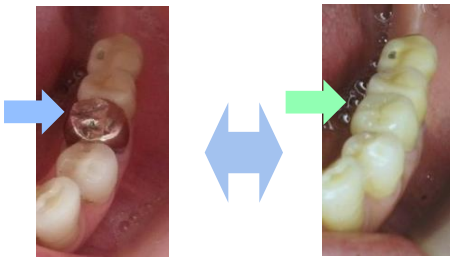
- 歯科用貴金属材料の価格動向や歯科治療の効率化等を踏まえ、患者にとって安心・安全なデジタル治療を進める。

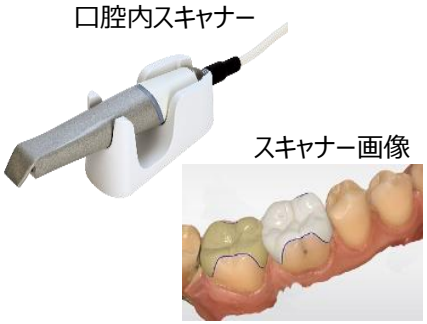
①ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの適応拡大と評価の引き上げ
※大臼歯の咬合要件の撤廃

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

③有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設

（新）３次元プリント有床義歯（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	改定後
【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	【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 初診時 3点

2 再診時等 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）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）

➢ 医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するため、評価を見直す。

現行	改定後
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 1 初診時 10点 2 再診時等 2点 3 歯科訪問診療時 イ 同一建物居住者以外の場合 41点 ロ 同一建物居住者の場合 10点	【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 1 初診時 **21点** 2 再診時等 **4点** 3 歯科訪問診療時 イ 同一建物居住者以外の場合 **66点** ロ 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のロ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

➢ 歯科技工所に所属する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） 歯科技工所に所属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） 歯科技工所に所属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。

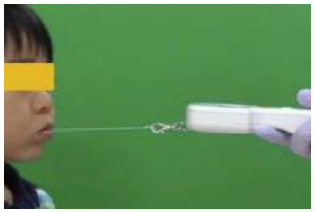
かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の推進

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	改定後
【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料　60点	【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。

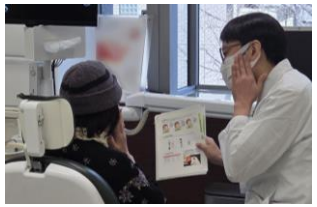
２　**１**については、**口腔機能の評価項目において３項目以上に該当する者に対して、注１に規定する管理をする場合**に当該管理料を算定する。

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	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**

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

【歯周病安定期治療】

1	１歯以上10歯未満	200点
2	10歯以上20歯未満	250点
3	20歯以上	350点

【歯周病重症化予防治療】

1	１歯以上10歯未満	150点
2	10歯以上20歯未満	200点
3	20歯以上	300点

改定後

【歯周病**継続支援**治療】

1	１歯以上10歯未満	**170点**
2	10歯以上20歯未満	**200点**
3	20歯以上	**350点**

（廃止）

[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

【歯周病安定期治療】

歯周病ハイリスク患者加算　80点

[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。

改定後

【歯周病**継続支援**治療】

重症化予防連携強化加算　**100点**

[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、**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。

（医科点数表）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**

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	改定後
【歯科訪問診療料】 （新設）	【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

「日本歯科医師会ビデオ：生涯研修ライブラリー」

➢　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って、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。

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、歯科医師と歯科技工士の連携の更に推進する。

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

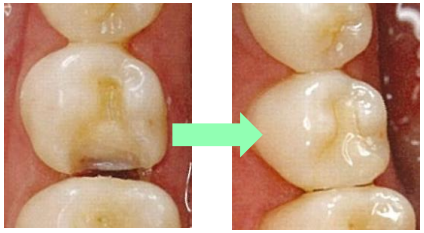
［施設基準（抜粋）］
・歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
・連携体制に関する事項等について、保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

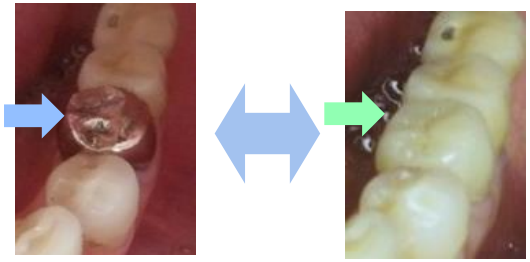
➢ CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーにおける**大臼歯の咬合支持要件を撤廃し、適応症例を拡充**するとともに、**CAD/CAMインレーの評価の引き上げ**を行う。

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**



［窩洞形成］　［インレー装着］

(保存修復学第７版（医歯薬出版株式会社）)**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冠も追加**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作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次元プリント有床義歯（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

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ロ･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

調剤技術料
- 調剤基本料
  - （加算）
    - ・地域支援体制加算
    - ・後発医薬品調剤体制加算
    - ・医療DX推進体制整備加算
    - ・在宅薬学総合体制加算
- 薬剤調製料

薬学管理料
- 調剤管理料
  - （加算）
    - 重複投薬・相互作用等防止加算
    - 調剤管理加算イ・ロ
    - 医療情報取得加算１・２
- 服薬管理指導料
- かかりつけ薬剤師指導料
- かかりつけ薬剤師包括管理料
- 服用薬剤調整支援料
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- 在宅患者オンライン薬剤管理指導料

など

薬剤料

特定保険医療材料料

改定後

調剤技術料
- 調剤基本料
  - （加算）
    - 地域支援・医薬品供給対応体制加算
    - バイオ後続品使用体制加算
    - 在宅薬学総合体制加算
    - 電子的調剤情報連携体制加算
  - （減算）
    - 門前薬局等立地依存減算
- 薬剤調製料

調剤ベースアップ評価料
調剤物価対応料

薬剤料

特定保険医療材料料

薬学管理料
- 調剤管理料
  - （加算）
    - ・調剤時残薬調整加算
    - ・薬学的有害事象等防止加算
- 服薬管理指導料
  - （加算）
    - かかりつけ薬剤師フォローアップ加算
    - かかりつけ薬剤師訪問加算
- 服用薬剤調整支援料
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 複数名薬剤管理指導訪問料
- 訪問薬剤管理医師同時指導料

など

赤字：削除項目　青字：新設項目　黒字：評価/要件変更等

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　▲15点**
- （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**

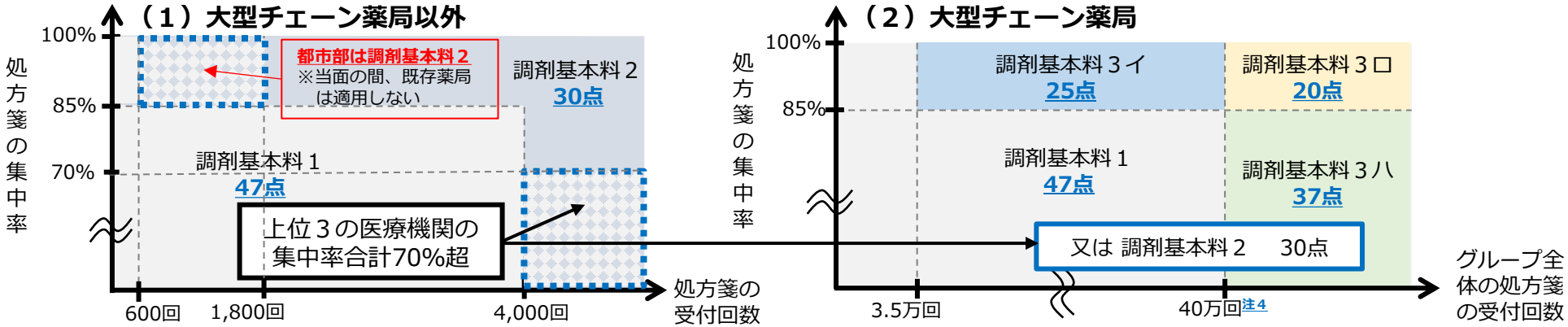
調剤基本料の見直し

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▲15点**）を新設。
- 面分業推進の観点から調剤基本料１と調剤基本料３ハの点数を引上げ。

		処方箋受付回数等及び処方箋集中率	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率[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率が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率の合計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率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率85%超[注4]	**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率85%以下[注4]	**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地点は除く。
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率を計算する。**
注４）令和８年度の調剤報酬の改定にて、**「同一グループの保険薬局の数が300以上」の基準は廃止**した。



※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、実施した指導等に基づく評価の新設・見直し

・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ロ**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**

※ 在宅患者の場合又はかかりつけ薬剤師が実施する場合

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内容

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手続を簡素化。

（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て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

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。

保険医療機関等電子申請・届出等システム　施設基準等届出のオンライン申請

- 各厚生(支)局あての申請・届出の一部については、オンライン申請が可能となっています。
  オンライン申請のメリットをご確認いただき、ぜひご利用をお願いします。

オンライン申請の特徴

- **いつでも申請可能で、即時受付されます。**
  サービス時間内（月曜日～土曜日（8時～21時））であれば、いつでも提出可能です。
  また、オンライン申請した内容は即時に受付され、審査状況の確認が可能です。

- **時間・費用が効率化できます。**
  紙の申請様式を作成する時間や郵送にかかる時間が削減できます。
  郵送費用が節約でき、ペーパーレス化を図ることができます。

- **再提出のリスクを軽減できます。**
  システムが入力漏れや入力誤り等の最低限の入力チェック機能を備えているため、
  申請を行う前の点検が容易になり、差戻し等のリスクを軽減できます。

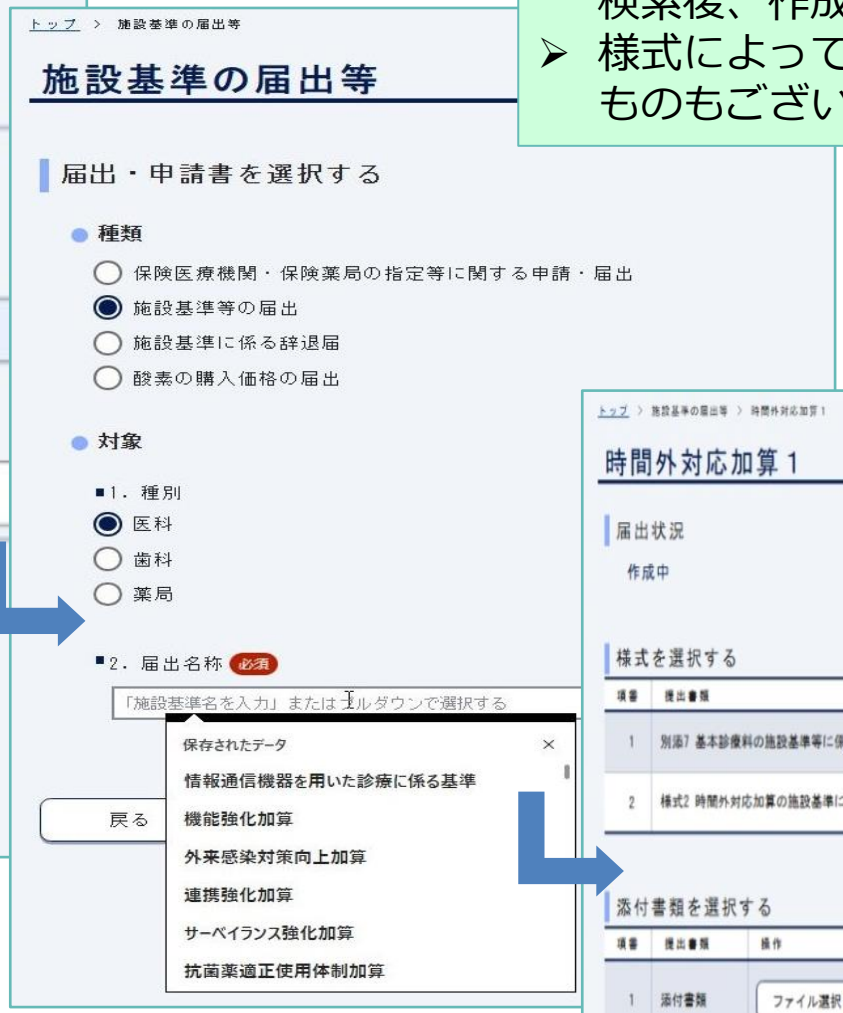
保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

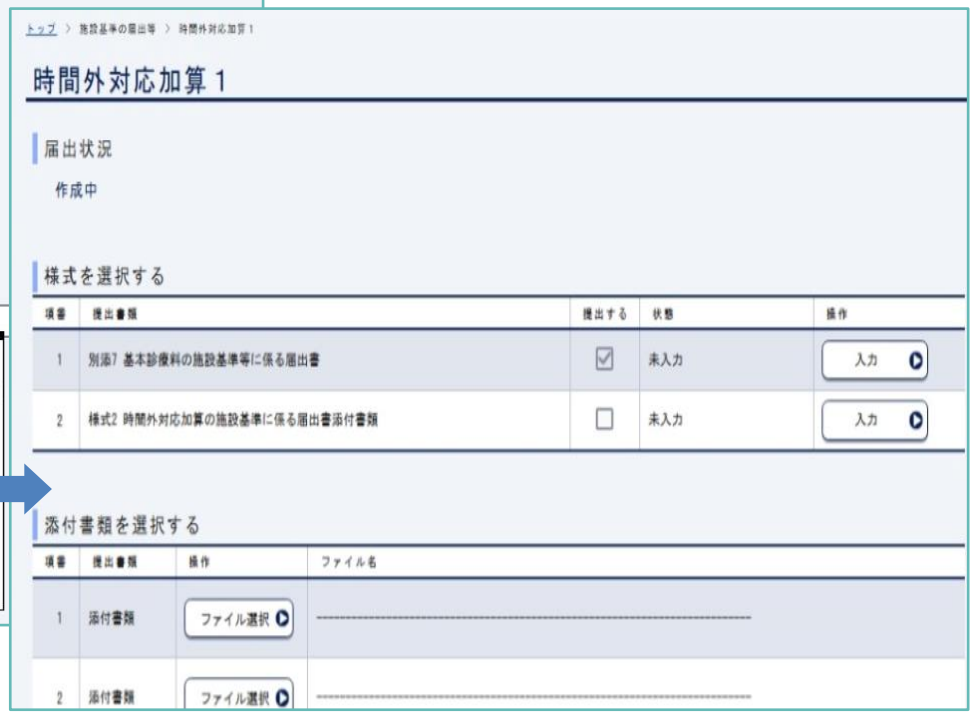
※R8.1.26時点

保険医療機関等電子申請・届出等システム　施設基準等届出のオンライン申請

- 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

- 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。
- 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。





保険医療機関等電子申請・届出等システム　施設基準等届出のオンライン申請

➢ 実際の画面イメージ（時間外対応加算の届出）

様式２

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算１　・時間外対応加算２ ・時間外対応加算３　・時間外対応加算４	
２　標榜診療科		
３　当該診療所の対応医師の氏名		
４　対応する常勤の職員数	（　　）　名	
５　当該診療所の標榜診療時間		
６　あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制 ※該当するものに○ （複数可）		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他（　　）
７　他の医療機関との連携 ※３	連携医療機関名	
８　患者への周知方法 （電話番号、連携医療機関等）		
８　備考		

➢ 紙の届出様式と同じものをオンライン申請画面にて作成いただき、そのまま各厚生（支）局へ届出を行うことが可能なため、郵送等のご負担が解消されます。

➢ 申請内容が電子で保管されるため、申請書の控えを紙で保存する必要はなくなります。

※令和8年度診療報酬改定後は、時間外対応加算は、時間外対応体制加算に名称が変わります

保険医療機関等電子申請・届出等システム　施設基準等届出のオンライン申請

➢ オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

オンライン申請の利用方法

■ 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓ ↓**詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください**↓ ↓

●●●厚生局　電子申請　検索

システム解説動画

■ 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓ ↓**下記のURLからぜひ動画をご覧ください**↓ ↓
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp

施設基準の届出について

お願い

- 令和８年６月１日から算定を行うためには、**令和８年５月７日から６月１日まで（必着）**に、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局の都道府県事務所へ届出が必要となりますので、ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。