令和８年度診療報酬改定について
【医科全体版】

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

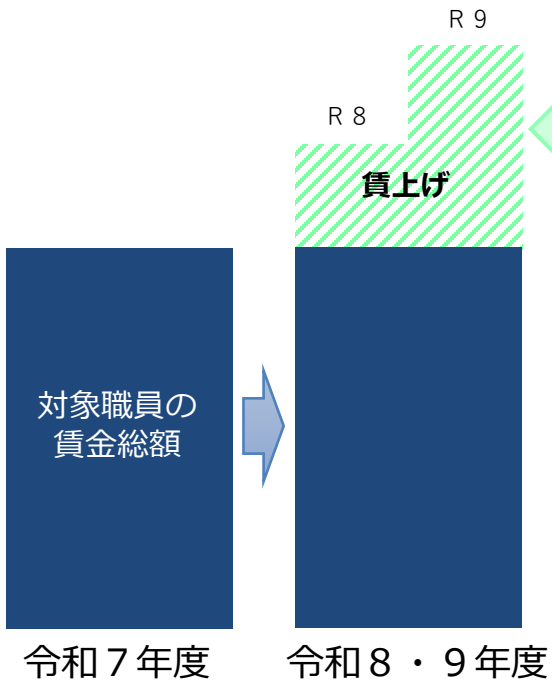
令和８年度診療報酬改定

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

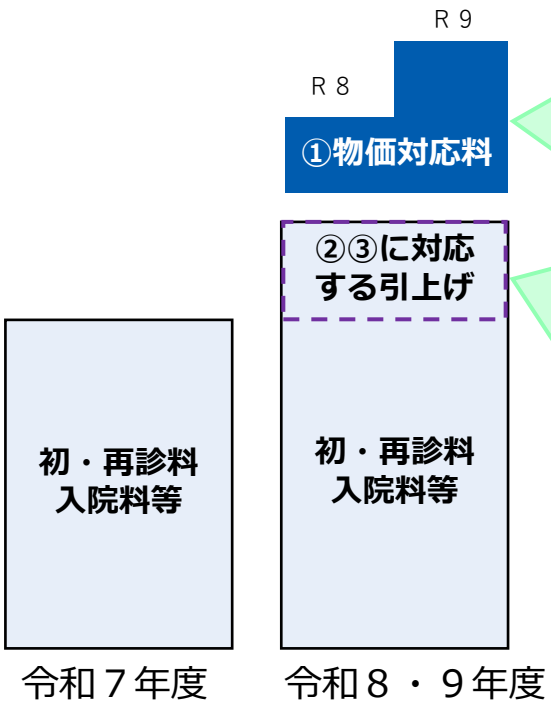


新水準のベースアップ評価料等による支援

■ 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。

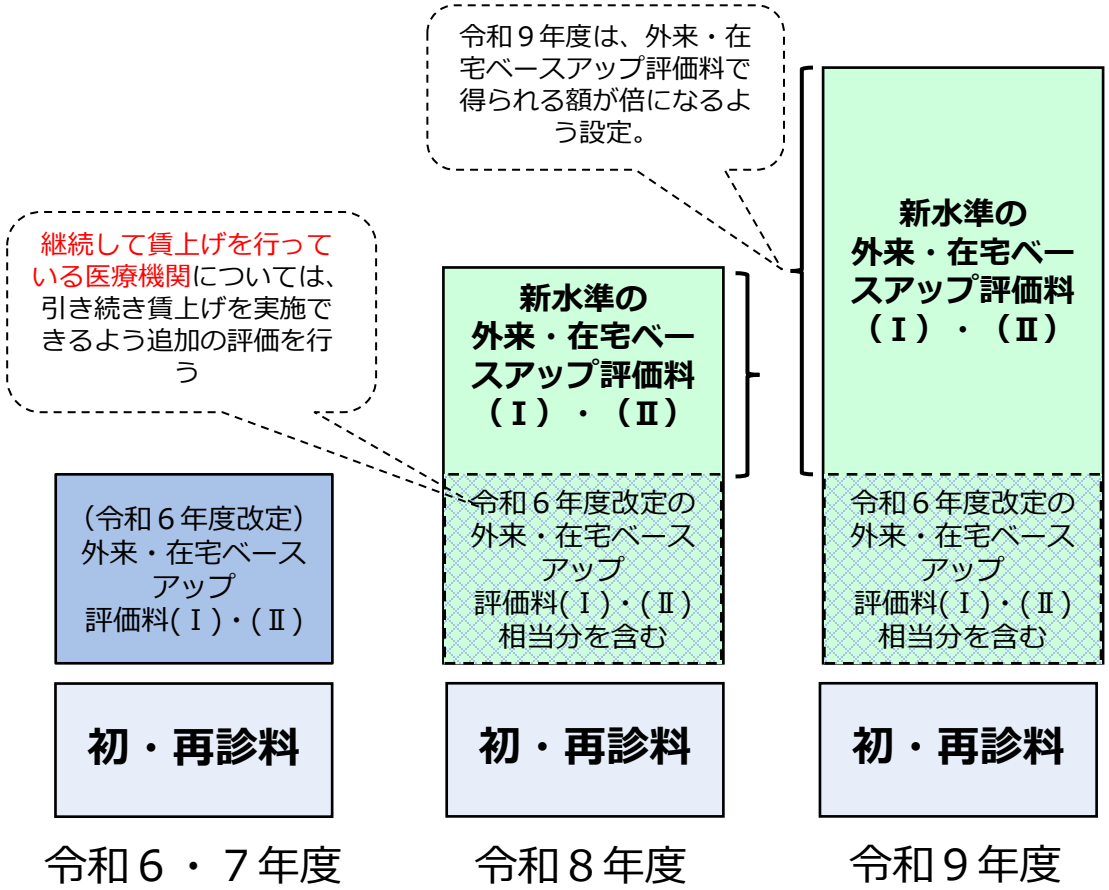
賃上げに係る評価の使途の見直し

- 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。

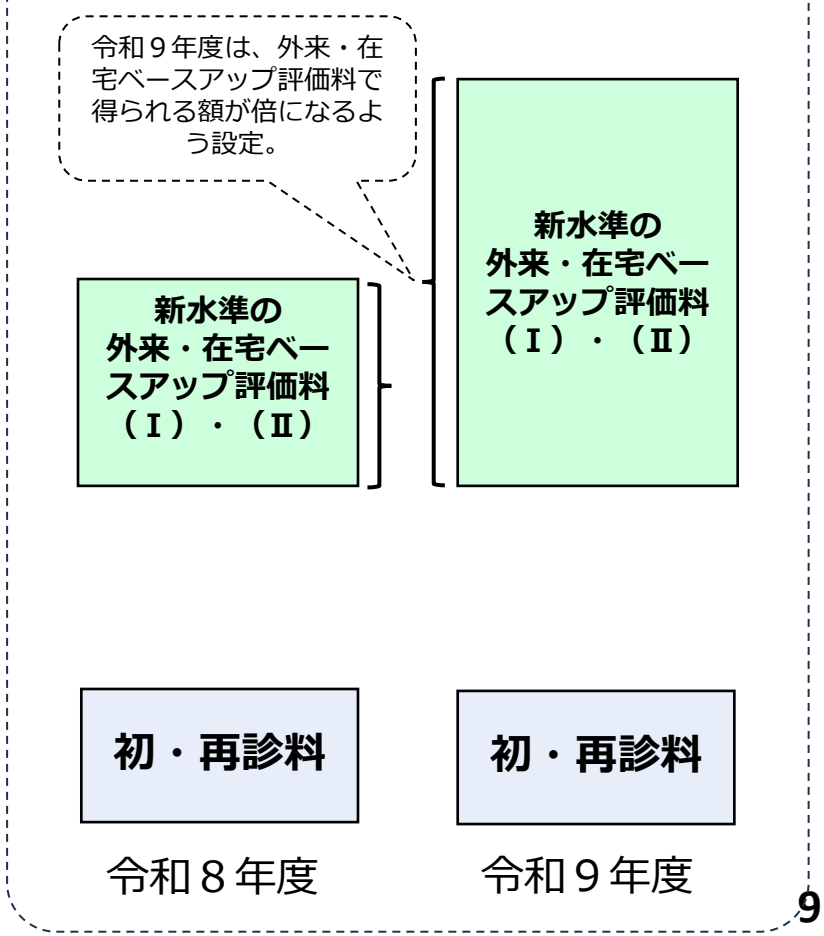
令和８年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- 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。

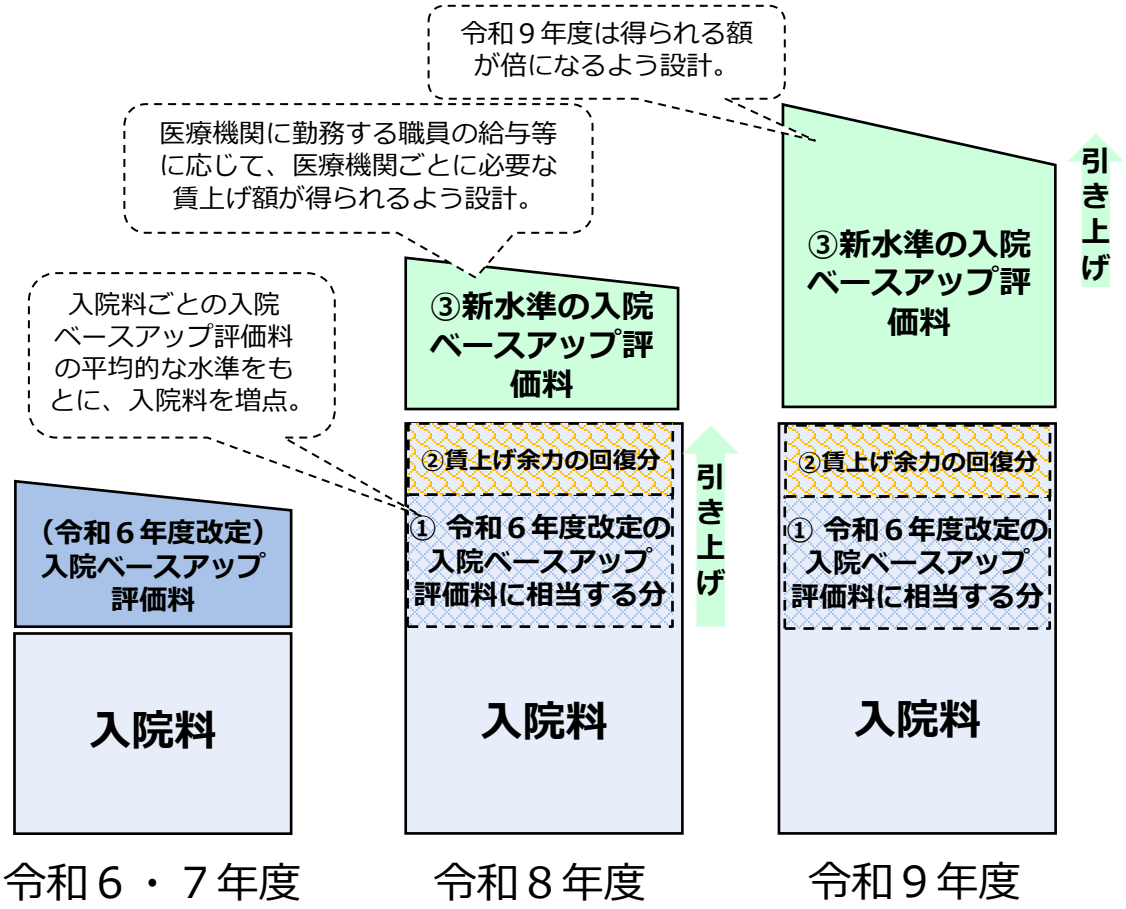
- **継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価**を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、**令和８年度及び令和９年度において段階的な評価**とする。

	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。

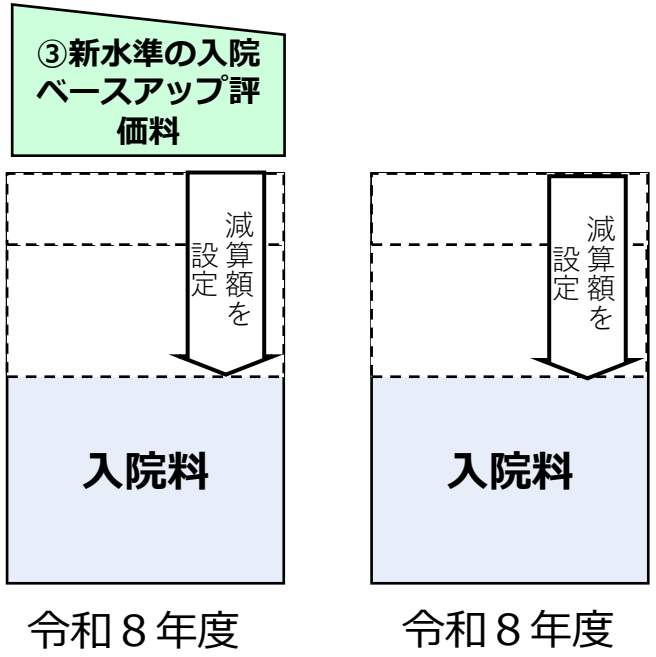
令和７年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



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

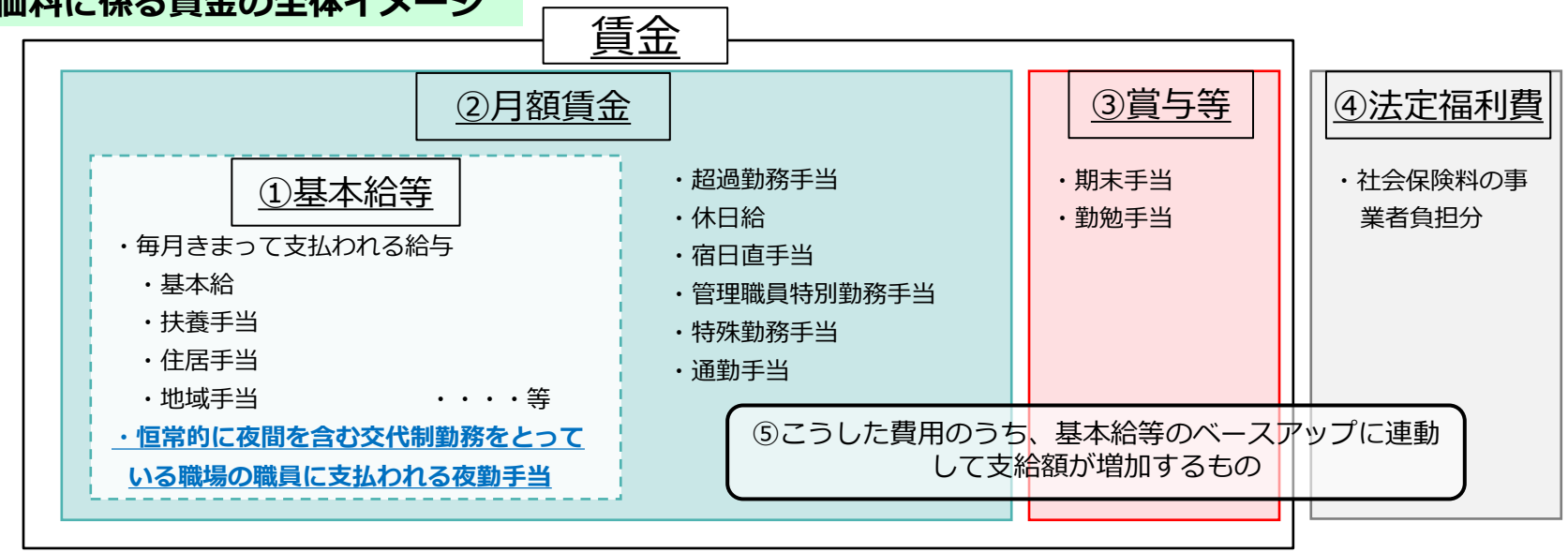
- 評価料により得られる収入は、対象職員の「**基本給等の引上げ（ベア等）**」及び「**ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む）等の増加分**」に用いる。
- 令和８年度診療報酬改定より、**恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員**に支払われる**夜勤手当の増加額**についても、毎月決まって支払われる手当に準じて、基本給等に含めることができる。

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

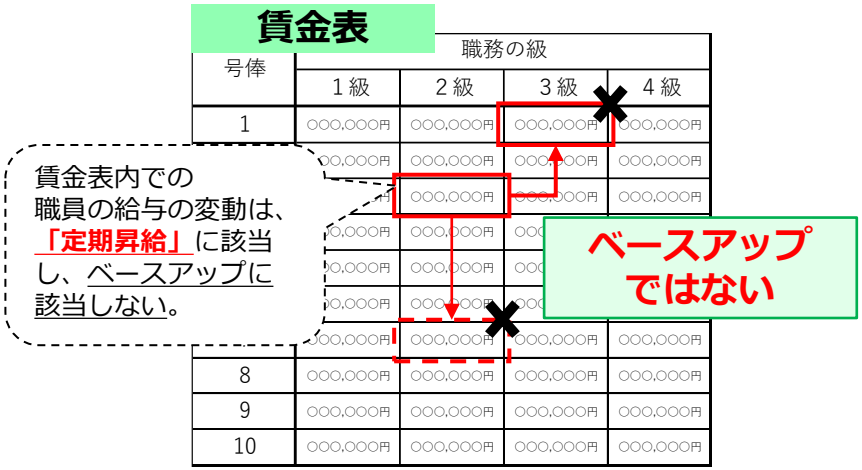
ベースアップとは

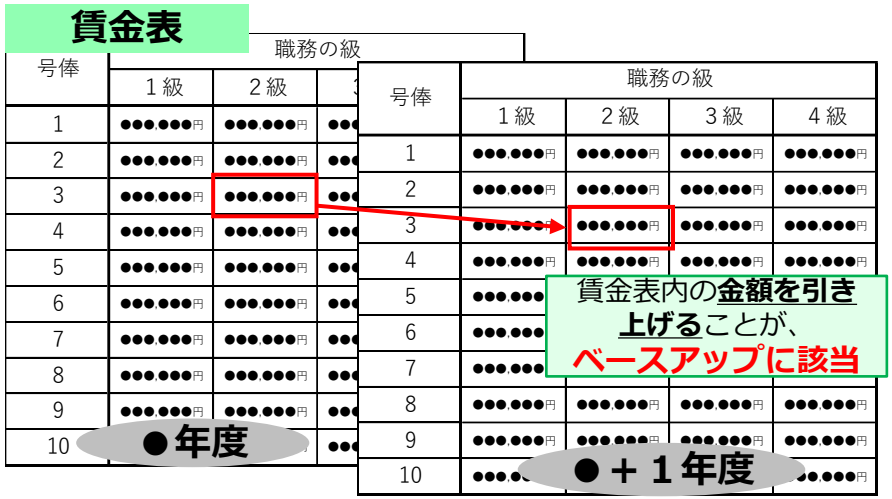
- 医療機関等においては、ベースアップ評価料の算定額を、ベースアップに充てる必要がある。
- ベースアップとは、賃金表の改定により、同じ年齢・職位の者の給与が前年度より引き上がることを意味する。年齢や勤続年数が増加したことによる給与の引き上げ（定期昇給）は、ベースアップに含まれない。
  - ベースアップ評価料の算定額を充てることのできる範囲は、「基本給等」（＝基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）の引き上げや、時間外手当・賞与などのうち基本給等に連動して引き上がる部分、基本給等の増加による法定福利費の事業主負担の増額分が含まれる。

※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）

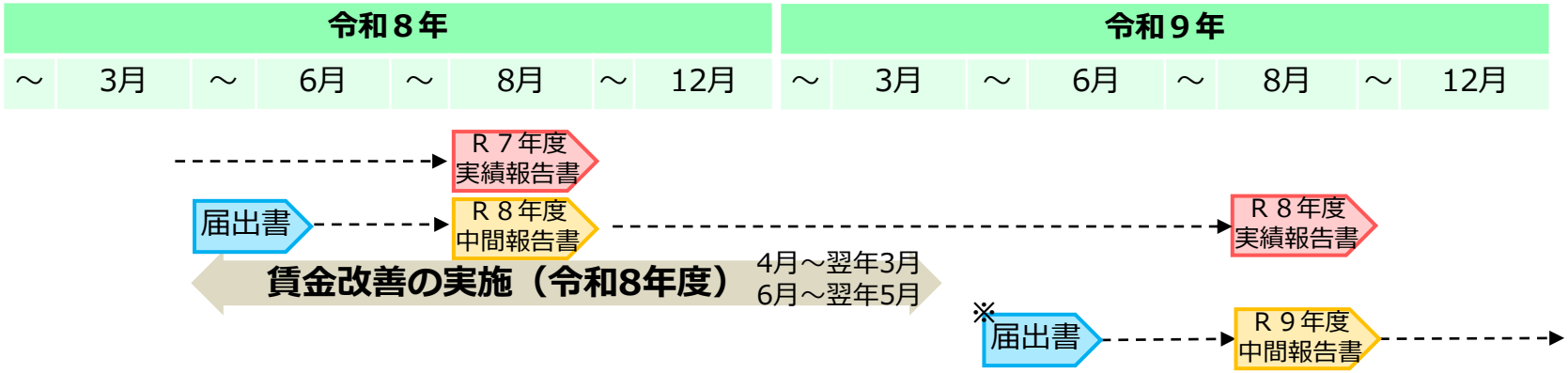
➢ ベースアップ評価料を届け出る際の様式や運用面について、以下の変更を行う。

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。

賃上げに係る評価の見直し④

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。

現行

【看護職員処遇改善評価料】
［施設基準（抜粋）］
（１）～（４）　（略）
（５）（３)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。
　ただし、令和６年度及び令和７年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち３分の２以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。
（６）～（10）　（略）

改定後

【看護職員処遇改善評価料】
［施設基準（抜粋）］
（１）～（４）　（略）
（５）（３）について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。
　なお、恒常的に夜間を含む交替勤務制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基本給等に含めて差し支えない。
（６）～（10）　（略）

※外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）並びに入院ベースアップ評価料においても同様。

夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

➢ 看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、看護職員夜間配置加算等において、夜勤に係る負担の軽減や処遇の改善に資する計画を立案し、体制の整備が促進されるよう要件を明確化する。

現行

【総合入院体制加算】
［施設基準（通知）］
１　総合入院体制加算１に関する施設基準等
(７)　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として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
ア・イ　（略）
ウ　イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
エ　（略）

【夜間看護加算・看護職員夜間配置加算】
［施設基準（通知）］
11　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準
(１)・（２）　（略）
(３)　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
ア・イ　（略）
ウ　イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
エ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
（４）～（６）　（略）

改定後

【急性期総合体制加算】
［施設基準（通知）］
１　急性期総合体制加算１に関する施設基準等
(７)　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として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
ア・イ　（略）
ウ　イの計画は、医療従事者の**夜勤を含む**現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の**夜勤を含む**負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
エ　（略）

【夜間看護加算・看護職員夜間配置加算】
［施設基準（通知）］
11　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基
(１)・（２）　（略）
(３)　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
ア・イ　（略）
ウ　イの計画は、**夜勤を含む**現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の**夜勤を含む**負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
エ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
（４）～（６）　（略）

賃上げに向けた評価の見直し⑤

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の見直し

- 訪問看護ステーションにおいて、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

【訪問看護ベースアップ評価料】
1　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　780円
2　（略）

［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ある場合には、（中略）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月１回に限り算定する。

［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

【訪問看護ベースアップ評価料】
1　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　**1,050円**
2　（略）

［算定要件］(抜粋)
当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、（中略）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月１回に限り算定する。

［施設基準］(抜粋)
当該訪問看護ステーション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訪問看護ステーションとそれ以外の訪問看護ステーション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訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST	新たに賃上げを行う訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	**1,050円**	**1,830円**	**2,100円**	**2,880円**

賃上げに向けた評価の見直し⑥

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 訪問看護ステーションにおいて、賃金のさらなる改善が必要である訪問看護ステーション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

【訪問看護ベースアップ評価料】
1　（略）
2　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）
　イ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1　10円
　ロ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2　20円
　↓
　ヌ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10　100円
　ル　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11　150円
　↓
　ソ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18　500円

[算定要件]
（新設）

改定後

【訪問看護ベースアップ評価料】
1　（略）
2　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）
　イ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1　**30円**
　ロ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2　**60円**
　↓
　ヌ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10　**300円**
　ル　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11　**330円**
　↓
　ソ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18　**540円**
　ツ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）**19**　**570円**
　↓
　ア　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）**36**　**1,080円**
※令和９年６月以降、36区分まで拡大

[算定要件]
○　**ツからアまでに規定する額については、令和９年６月以降に算定する。**

- **継続的に賃上げを実施している訪問看護ステーションとそれ以外の訪問看護ステーション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訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST	新たに賃上げを行う訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST
区分イ	**30円**	**40円**	**30円**	**40円**
・・・				
区分ソ	**540円**	**1,040円**	**540円**	**630円**
・・・				
区分ア	**－**	**－**	**1,080円**	**1,580円**

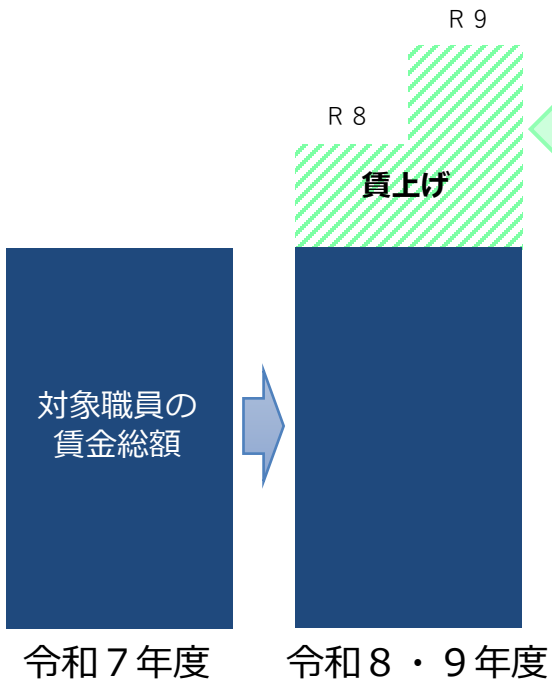
令和８年度診療報酬改定

２．物価対応

１．賃上げ・物価対応に係る全体像（再掲）

【基本的な考え方】

賃上げ対応

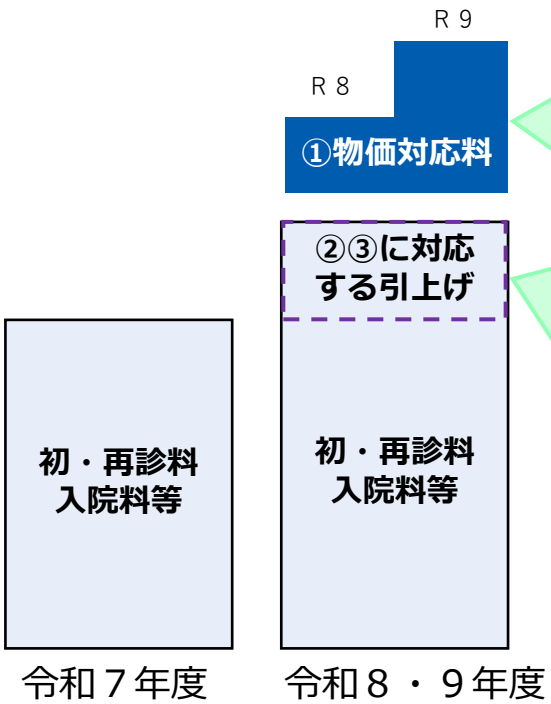


新水準のベースアップ評価料等による支援

■ 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。

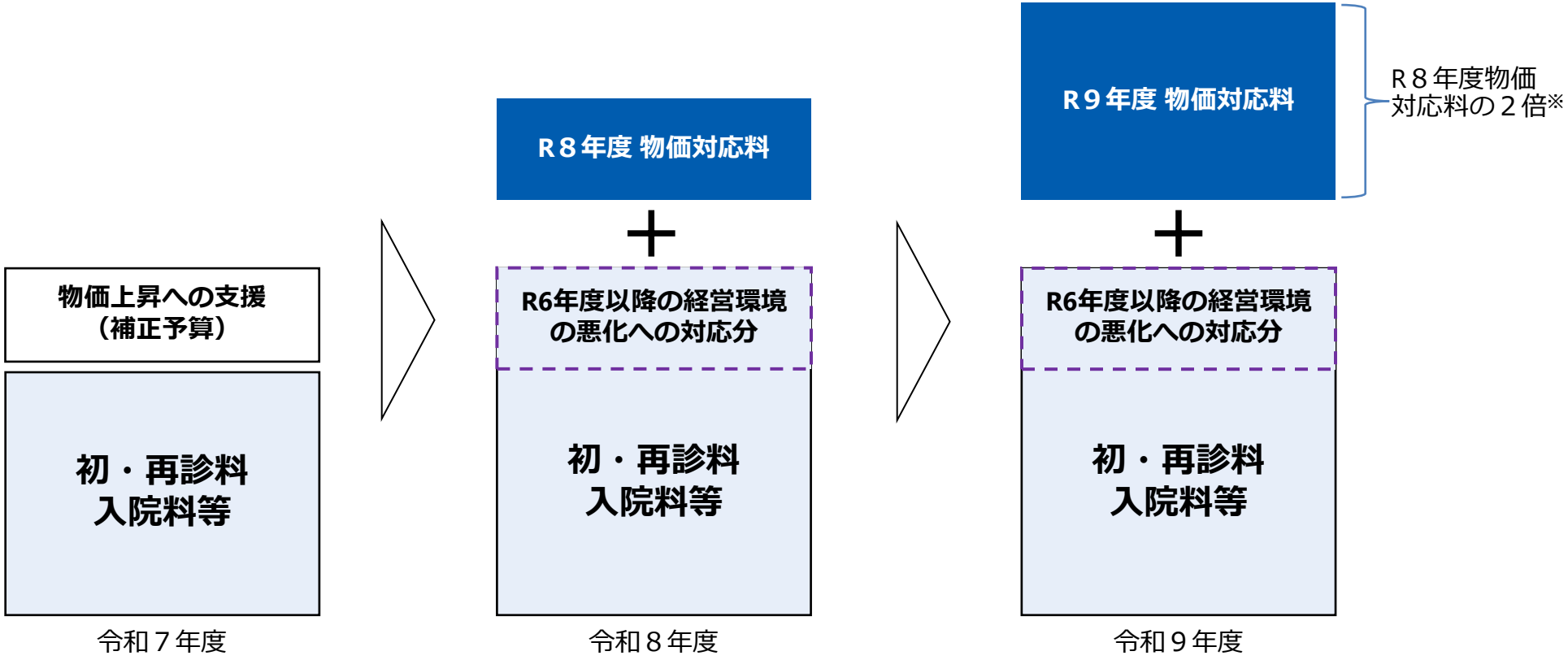
■ 実際に支給される給与（賞与を含む）に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。

■ 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。

物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

基本的な方針

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



※　実際の経済・物価の動向が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

３. 急性期・高度急性期入院医療

急性期における評価の見直し

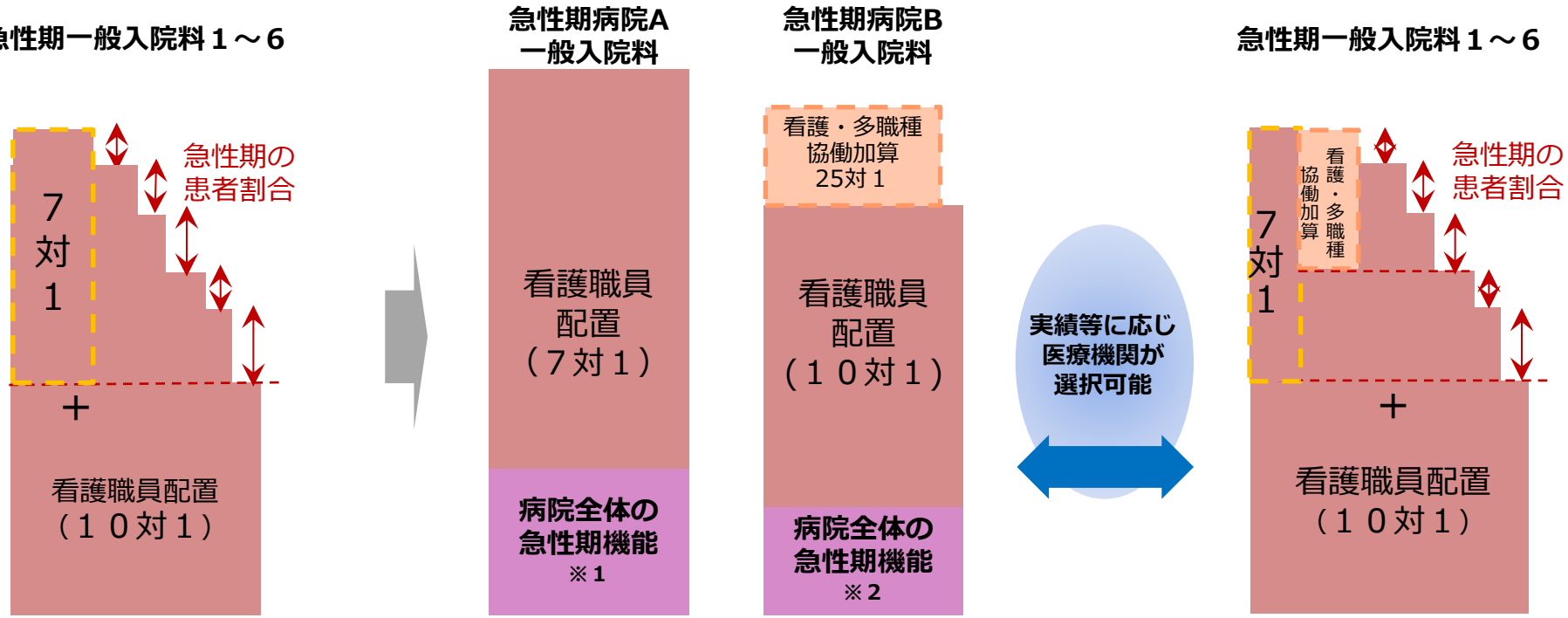
- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

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、救急病院**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　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。

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

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

看護・多職種協働加算における職員配置の例

➢ 看護・多職種協働加算は、**看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置**し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

［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の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上**であること。

○ **急性期一般入院料４又は急性期病院Ｂ一般入院料を算定する病棟**であること。

配置人数の例（イメージ）

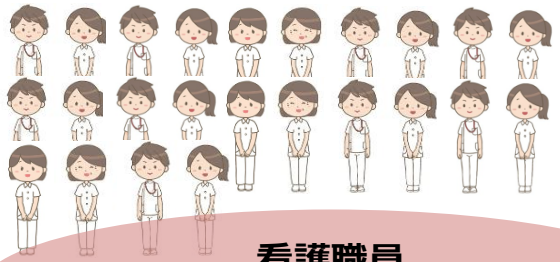
- **急性期病院B一般入院料**
- **急性期一般入院料４**

１病棟50床の場合

看護・多職種協働加算 25対１

看護職員又は多職種のいずれか 約10人＊2

看護職員配置（１０対１）



看護職員 約24人＊1

（参考）

- **急性期病院A一般入院料**
- **急性期一般入院料１**

１病棟50床の場合

看護職員配置（７対１）

看護職員 約35人＊3

*1　10対１配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×5/1800時間＝24.3人（24人）

*2　25対１配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種２人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×２/1800時間＝9.73人（10人）

*3　７対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。
365日×3勤務＝1095勤務帯／年間　365日÷７日＝52.142（年52週）
週40時間×年52週－休暇や祝日35日×8時間＝年間労働時間1,800時間
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×7.2人/1800時間＝35.04人（35人）

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

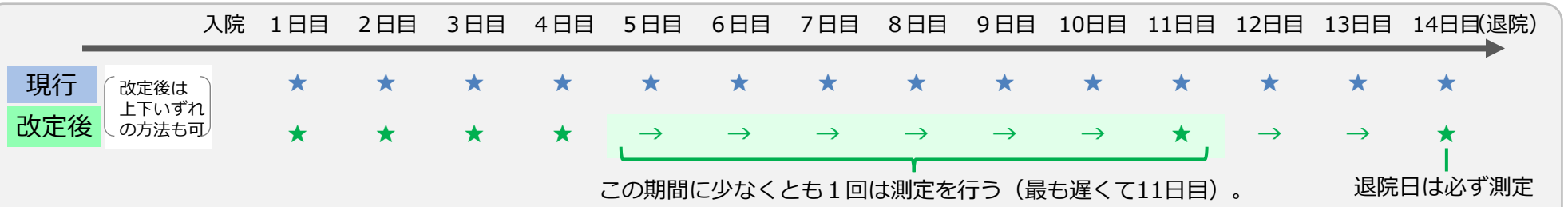
※入院しなかった場合の件数を含む
※割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、入院した救急搬送患者の比率に応じて受入件数を按分
（救急患者応需係数の**上限は１割**）

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

➢ 現行どおり毎日測定するか、B項目の**測定に係る負担軽減**の観点から、**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Ⅰ・Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、 **レセプト電算処理システム用コード（改定による内容の見直しあり）** を用いて評価し、直近３ヶ月の該当患者の割合を算出する。

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点	３点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※１）	なし	あり	－	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※１）	なし	あり	－	－
3	注射薬剤３種類以上の管理（最大７日間）	なし	あり	－	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6	専門的な治療・処置（※２）	－	－		
	（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療）				あり
7	Ⅰ：救急搬送後の入院（２日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（２日間）	なし	－	あり	－

C	手術等の医学的状況	０点	１点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（９日間）	なし	あり
17	開腹手術（６日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（４日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（４日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（５日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※１）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※２）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか１つ以上該当した場合は３点、その他の項目のみに該当した場合は２点とする。

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		０点	１点	２点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		－	－
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	－	×	実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	－		－	－
14	危険行動	ない	－	ある		－	－

重症度、医療・看護必要度のＡ、Ｂ、Ｃ項目の対象の追加

Ａ、Ｂ、Ｃ項目の対象の追加

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における**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）」**並びに**Ｃ項目「救命等に係る内科的治療」**、**「別に定める検査」**及び**「別に定める手術」**について、以下の**対象となる治療等を追加**する。

A	モニタリング及び処置等	分類	名称
6	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム
		医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）

C	手術等の医学的状況	分類	名称
21	救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
		注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
		注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
		処置	腰椎穿刺
		処置	吸着式血液浄化法
		処置	カウンターショック（その他）
		処置	持続緩徐式血液濾過
		処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
		手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
		手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
		手術	経皮経肝バルーン拡張術
22	別に定める検査	検査	ＥＦ－気管支
		検査	経気管肺生検法
		検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
		検査	組織試験採取、切採法（心筋）
		検査	ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ
		検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査

C	手術等の医学的状況	分類	名称
23	別に定める手術	手術	内シャント設置術
		手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
		手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
		手術	経皮的胆管ドレナージ術
		手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
		手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
		手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
		手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
		手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
		手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
		手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
		手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
		手術	経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
		手術	薬剤投与用胃瘻造設術

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

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

割合指数の算出方法

該当患者割合 → **割合指数**

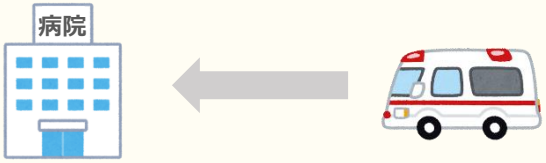
○　例えば、急性期一般入院料４における、該当患者の基準※1を満たす患者割合が**15%**とする。

救急患者応需係数※2：
１病床あたりの救急搬送受入件数／年 × 0.005
を**該当患者割合に加算**

○　該当患者割合が15%であるため、割合指数※3は
15% ＋ 5% ＝ **20%**
になる。

この割合が、施設基準における**割合指数の基準**を満たす必要がある。

○　**救急搬送受入件数**は、入院しなかった場合を含む病院の受入件数全体を指す。割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、それぞれの病棟に入院した救急搬送患者の比率に応じて、受入件数を按分したうえで計算する。



急性期一般４：100床　　**救急搬送受入1000件**

（計算例）
割合指数を算出する必要のある病床が急性期一般入院料４の**100床**である病院において、
年間**1000件の救急搬送**を受け入れている場合
1000（件）÷ 100（床）＝**10 件／床／年**

○　**0.005**を乗じて、該当患者割合への加算（＝救急患者応需係数）を計算する。

（計算例）
左例の場合、救急患者応需係数として
10 × 0.005 ＝ **５%**
が該当患者割合に加算される。

※１　「A≧２点かつB≧３点」「A≧３点」「C≧１点」のいずれか
※２　救急患者応需係数の上限は１割
※３　患者該当割合の基準１と基準２がある場合は、それぞれの基準に係る該当患者割合に対し、それぞれ救急患者応需係数を加算する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

重症度、医療・看護必要度の見直し

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

現行

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

改定後（割合指数の基準）

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

【該当患者の基準】

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

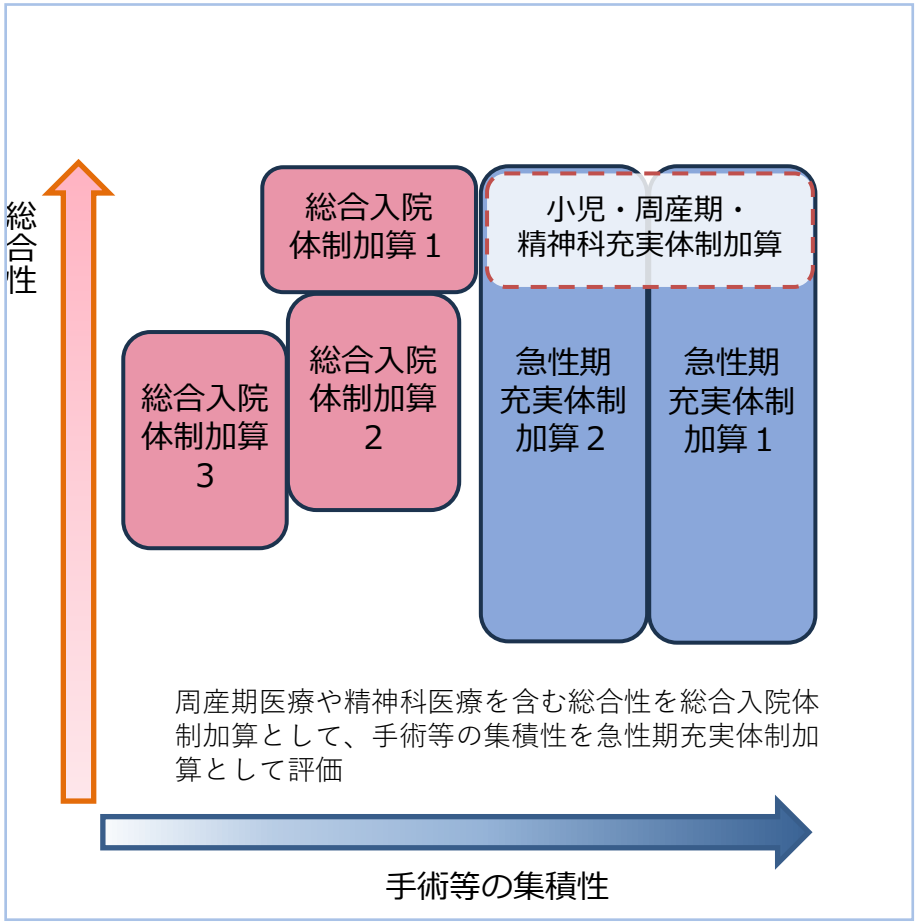
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）※a	**割合①** 以下のいずれか ・Ａ得点が３点以上 ・Ｃ得点が１点以上
	割合② 以下のいずれか ・Ａ得点が２点以上 ・Ｃ得点が１点以上
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）、他※b	以下のいずれか ・Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上 ・Ａ得点が３点以上 ・Ｃ得点が１点以上
地域包括ケア病棟、特定一般病棟の注７	以下のいずれか ・A得点が１点以上 ・C得点が１点以上

※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

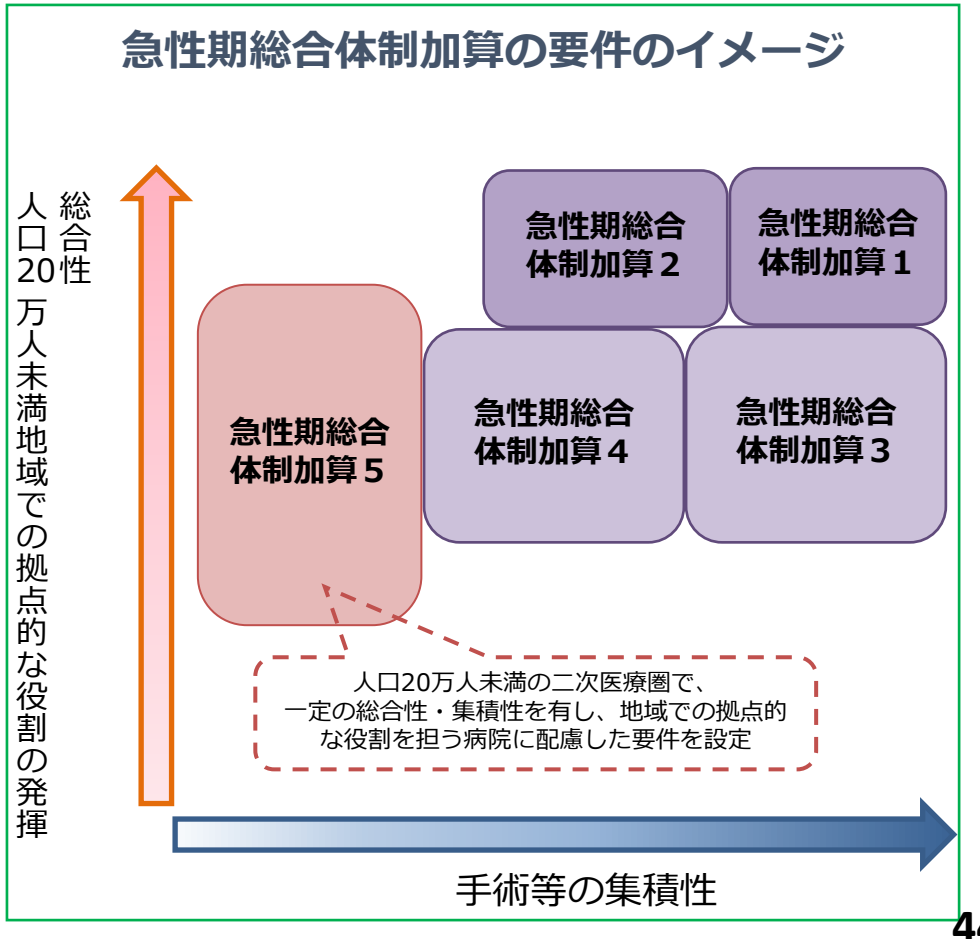
急性期総合体制加算の新設①

- 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②

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	○	○	○	○

急性期総合体制加算の新設③

加算区分 （1-7日/8-11日/12-14日）	**急性期総合体制加算１** (530点/290点/210点)	**急性期総合体制加算２** (470点/230点/150点)	**急性期総合体制加算３** (440点/200点/120点)	**急性期総合体制加算４** (360点/150点/90点)	**急性期総合体制加算５** (300点/120点/60点)
入院基本料の届出	・急性期病院Ａ一般入院料を届け出ている（加算５については急性期病院Ｂ一般入院料の届出でも可）				
救急医療体制	・救急時医療情報閲覧機能を有している				
	救命救急センター又は 高度救命救急センターの設置		２次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置等		
総合性	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。 （地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行っていなくても良い。）				
	・精神科につき24時間対応できる体制があること				
	・精神患者の入院受入体制がある		イ及び口を満たす		イ又は口を満たす
			イ　精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１の届出 ロ　精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２の加算の算定件数が年間20件以上		
手術等の集積性 （年間の実績）	全身麻酔手術2000件以上			全身麻酔手術1200件以上	全身麻酔手術800件以上 （地域最多救急病院を除く）
	下記アからキのうち６つ以上及びク、ケ	下記アからキのうち４つ以上及びク又はケ	下記アからキのうち５つ以上	下記アからキのうち３つ以上及びク又はケ	下記アからク及びコのうち２つ以上
	ア　悪性腫瘍手術400件以上 イ　腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 ウ　心臓カテーテル法手術200件以上 エ　心臓胸部大血管手術60件以上（加算１及び３では100件） オ　消化管内視鏡手術600件以上 カ　脳神経外科手術50件以上※ キ　放射線治療（対外照射法）200例以上 ク　分娩件数100件以上 ケ　６歳未満の手術40件以上 コ　医療提供機能連携加算の届出（地域最多救急病院が加算５を算定する場合に限る） ※地域最多救急病院が加算５を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない				
医療提供機能に係る要件	・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している　・外来を縮小する体制を有する				
	・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等の治療室の届出 ・院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている ・一般病棟における平均在院日数が14日以内　・感染対策向上加算１の届出 ・一般病棟の退棟患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、１割未満 ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である				
併届出等に係る要件	・療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出を行っていない（地域最多救急病院等が加算５を算定する場合を除く） ・地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない ・特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない（令和６年３月31日以前に賃貸借関係にある場合を除く） ・同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない（平成30年３月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く）				
	・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の９割以上				
その他共通の施設基準	・医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備　・入退院支援加算１又は２の届出　・敷地内禁煙に係る取組				
基準①割合指数（必要度I/II）	３割３分／３割２分	３割２分／３割１分	３割／２割９分	２割９分／２割８分	２割８分／２割７分
基準②割合指数（必要度I/II）	４割／３割９分	３割９分／３割８分	３割７分／３割６分	３割６分／３割５分	３割５分／３割４分

人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和

急性期病院Ｂ一般入院料における要件の緩和

➢ 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要件を施設基準として設定する。

（新）　急性期病院一般入院基本料
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
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

［施設基準］
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

急性期総合体制加算５における要件の緩和

➢ 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。

（新）　急性期総合体制加算５
イ　７日以内の期間　300点
ロ　８日以上11日以内の期間　120点
ハ　12日以上14日以内の期間　60点

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

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。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算２の新設

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について更に評価**するとともに、**施設基準を緩和した加算２を新設**する。
- **加算２に従事する専従の理学療法士等**においては、**「Ａ２５１」排尿自立支援加算、「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算、「Ｈ００４」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できる**こととする。
- ＢＩの測定に係る研修において、併せてＦＩＭの測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
（１日につき）　120点

［施設基準］
○　プロセス・アウトカム評価
・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後３日までに開始した患者が８割以上
・土曜日・日曜日・祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の８割以上
・退院時にＡＤＬが低下した患者の割合が３％未満
・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

○　当該保険医療機関において、ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。

改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
１　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１
（１日につき）**150点**
２　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２
（１日につき）　**90点**

［施設基準］
○　**加算２**のプロセス・アウトカム評価（加算１は不変）
・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後３日までに開始した患者が８割以上
・土曜日・日曜日・祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の**７割**以上
・退院時にＡＤＬが低下した患者の割合が**５％**未満
・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

○　当該保険医療機関において、ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

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**

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）**外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算２において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）である**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。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進③

処置及び手術の休日加算１等の要件の見直し

➢ 医師の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の要件を見直す。

現行

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
［施設基準］
７　当該加算を算定する全ての診療科において、（１）又は（２）のいずれか及び（３）を実施していること。
（１）　（略）
（２）　チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師の数が５名又はその端数を増すごとに１名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
イ　（略）
ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。
（新設）

エ～カ　（略）
（３）　医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、６（２）のアにおける当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、４の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

改定後

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
［施設基準］
７　当該加算を算定する全ての診療科において、（１）又は（２）のいずれか及び（３）を実施していること。
（１）　（略）
（２）　チーム制を導入しており、**ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項**のいずれも実施していること。
ア　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、**２名以上（当該診療科に配置されている医師の数が５名未満の場合は１名以上）**の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
イ　（略）
ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。
エ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、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。
オ～キ　（略）
（３）　医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、**（１）の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外**において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。（削除）

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２
救命救急入院料１	特定集中治療室管理料１
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２
特定集中治療室管理料１	特定集中治療室管理料３
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。

特定集中治療室管理料の見直し③

重症患者対応体制強化加算の見直し

➢ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を推進する観点から、**特定機能病院においても重症患者対応体制強化加算を算定可能とする**よう見直す。

現行

【重症患者対応体制強化加算】
［施設基準］
（１）～（８）　略
（９）　**「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び**「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（新設）
（新設）

改定後

【重症患者対応体制強化加算】
［施設基準］
（１）～（８）　略
（９）　「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関**であり、かつ、以下のいずれかを満たしていること。**
ア　特定機能病院であること。
イ　「Ａ２００」急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
※　救命救急入院料についても同様。

特定集中治療室遠隔支援加算の見直し

➢ 遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を以下のとおり見直す。

- 被支援側医療機関の対象となる医療機関の範囲を拡大する。
- 支援側医療機関における施設基準のうち、「当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に医療資源の少ない地域又は医師少数区域に所在する保険医療機関が含まれる」旨の要件を廃止する。

現行

【特定集中治療室遠隔支援加算】
［施設基準］
（１）　被支援側医療機関における施設基準
ア　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６の届出を行っていること。
イ・ウ　（略）
（２）　支援側医療機関における施設基準
ア　特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２の届出を行っていること。
イ　当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。なお、令和７年５月31日までの間に限り、当該基準を満たすものであること。
ウ～キ　（略）

改定後

【特定集中治療室遠隔支援加算】
［施設基準］
（１）　被支援側医療機関における施設基準
ア　特定集中治療室管理料**２**又は特定集中治療室管理料**３**の届出を行っていること。
イ・ウ　（略）
（２）　支援側医療機関における施設基準
ア　特定集中治療室管理料１の届出を行っていること。
（削除）
イ～カ　（略）

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目の見直し

➢ 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目に「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「一時的ペーシング」を追加する。

A　モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1　蘇生術の施行	なし	-	あり
2　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
3　シリンジポンプの管理	なし	あり	-
4　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
5　人工呼吸器の管理	なし	-	あり
6　輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
7　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
8　抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
9　一時的ペーシング	なし	-	あり
10　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、　ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり

基準	A得点２点以上

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通Ｂ項目

（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

B　患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
	０点	１点	２点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		-	-
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	-	×	実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

（参考）各管理料における基準を満たす患者割合の要件

管理料の名称	基準を満たす患者割合
特定集中治療室管理料1	８割以上
特定集中治療室管理料2	７割以上
特定集中治療室管理料3	７割以上
救命救急入院料1	７割以上

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（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。

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。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目の見直し

- 急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。
- ハイケアユニット入院医療管理の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、基準①を満たす患者割合の要件を１割５分以上から**２割以上**に見直す。

A　モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1　創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	-	○
2　蘇生術の施行	○	○
3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	-	○
4　注射薬剤３種類以上の管理（最大７日間）	-	○
5　動脈圧測定（動脈ライン）	-	○
6　シリンジポンプの管理	-	○
7　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	○	○
8　人工呼吸器の管理	○	○
9　輸血や血液製剤の管理	○	○
10　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	○	○
11　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	○	○
12　抗不整脈剤の使用（注射剤）	○	○
13　一時的ペーシング	○	○

基準①	2，7，8，9，10，11，**12又は13**のうち１項目以上に該当
基準②	１～**13**のうち１項目以上に該当

各管理料における基準を満たす患者割合の要件

管理料の名称	基準を満たす患者割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	**２割以上**が基準①に該当 かつ ８割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料２	**２割以上**が基準①に該当 かつ ６割５分以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料　注５	
救命救急入院料１、３	測定評価していること

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通Ｂ項目
（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

B　患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
	０点	１点	２点		0	1
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×	-	-
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-
危険行動	ない	-	ある		-	-

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し

脳卒中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

➢ 脳卒中の医療体制の構築に係る「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の有用性を踏まえ、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について、**「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績を要件**とする。

現行	改定後
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［施設基準］ （１）～（２）　（略） （新設） （３）～(12)　（略）	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［施設基準］ （１）～（２）　（略） **（３）　当該保険医療機関において「Ａ２０５－２」超急性期脳卒中加算と「Ｋ１７８－４」経皮的脳血栓回収術を合計して年間20回以上算定していること。** **（４）～(13)**　（略）

（参考）

Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算は脳梗塞と診断された患者であって、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与されたものに対して、入院治療を行った場合等に、入院初日に算定する。

Ｋ１７８－４　経皮的脳血栓回収術

脳梗塞等の患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合に算定する。

（参考）救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	病院の機能等	職員の配置		必要度		入室日SOFA	１床の面積	その他
救命救急入院料	入院料１	～３日　12,379点 ４～７日 11,240点 ８日～　9,894点	・救命救急センターを有する	・宿日直ではない専任の医師が常時治療室内に勤務　（治療室内） ・手術に必要な麻酔科医の体制	看護師２対１	ICU用（Ⅱ）	７割以上	-	15m²（新生児用は９m²）	・救急蘇生装置、ポータブルＸ線撮影装置等を備えている ・自家発電装置を有する病院であり、院内で必要な検査が常時実施できる ・医療安全対策加算１の届出がある ・救急時医療情報閲覧機能を有する
	入院料２	～３日　10,623点 ４～７日　9,629点 ８日～　8,469点			看護師４対１	HCU用（Ⅰ・Ⅱ）	測定評価	-	-	
特定集中治療室管理料（ＩＣＵ）	管理料１	～７日　14,980点 ８日～　13,371点	・以下のいずれかを満たす ア　救急搬送件数1,000件以上 イ　全身麻酔手術件数1,000件以上 ウ　小児系病床が５割以上であって、全身麻酔手術件数が500件以上 ※別表に掲げる人口の少ない地域においては、上記の８割の件数で満たす	・宿日直ではない専任の医師が常時治療室内に勤務（うち２人以上がICU経験５年以上等を満たす） ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上勤務 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	看護師２対１	ICU用（Ⅱ）	８割以上	５以上の患者が２割以上（直近１年）	20m²（新生児用は９m²）	・救急蘇生装置、ポータブルＸ線撮影装置等を備えている ・自家発電装置を有する病院であり、院内で必要な検査が常時実施できる ・医療安全対策加算１の届出がある
	管理料２	～７日　10,390点 ８日～　8,773点		・専任の医師（宿日直可）が常時、原則として治療室内に勤務 ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上勤務			７割以上	３以上の患者が２割以上（直近１年）	15m²（新生児用は９m²）	
	管理料３	～７日　9,390点 ８日～　7,770点		・専任の医師（宿日直可）が常時、原則として治療室内に勤務				-		
ハイケアユニット入院医療管理料（ＨＣＵ）	管理料１	～21日　7,202点	・以下のいずれかを満たす ア　救急搬送件数1,000件以上 イ　全身麻酔手術件数500件以上 ウ　小児系病床が５割以上であって、全身麻酔手術件数が250件以上 ※別表に掲げる人口の少ない地域においては、上記の８割の件数で満たす	・専任の常勤医師（宿日直可）が常時医療機関内にいる	看護師４対１	HCU用（Ⅰ・Ⅱ）	基準①が20%以上 基準②が80%以上	-	-	・救急蘇生装置等を備えている ・診療録管理体制加算の届出がある ・医療安全対策加算１の届出がある
	管理料２	～21日　4,501点			看護師５対１		基準①が20%以上 基準②が65%以上			
	注５	～21日　4,401点	-							※令和８年３月31日時点でICU又はHCUの届出を行っていた治療室に限り当面の間、算定可。
脳卒中ケアユニット入院医療管理料（ＳＣＵ）		～14日　6,365点	・「超急性期脳卒中加算」と「経皮的脳血栓回収術」を合計して年間20回以上算定	・神経内科・脳外科の経験が５年以上の専任の医師（宿日直可）が常時医療機関内に勤務 ※所定要件を満たす場合、当該科の経験が３年以上の専任の医師でも可。 ・脳血管リハの経験のある専任の常勤理学療法士・作業療法士が治療室に勤務	看護師３対１	一般病棟用（Ⅰ・Ⅱ）	測定評価	-	-	・治療室の概ね８割以上が脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者 ・救急蘇生装置等を備えている ・CT、MRI等の撮影・診断が常時可能 ・医療安全対策加算１の届出がある ・脳血管リハの届出を行っている

令和８年度診療報酬改定

４．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

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

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**

地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の見直し

連携加算１の更なる評価と連携加算２の新設

➢ 地域包括医療病棟における**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**について、Ａ２３３リハビリーテーション・栄養・口腔連携体制加算の見直しと合わせて、**加算１を更に評価する**とともに、**施設基準を緩和した加算２を新設**する。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
（１日につき）　80点

［施設基準］
○　プロセス・アウトカム評価
・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後３日までに開始した患者が８割以上
・土曜日・日曜日・祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の８割以上
・退院時にＡＤＬが低下した患者の割合が３％未満
・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】
1　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**1**
（１日につき）**110点**
2　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**2**
（１日につき）　**50点**

［施設基準］
○　**加算２**のプロセス・アウトカム評価（加算１は不変）
・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後３日までに開始した患者が８割以上
・土曜日・日曜日・祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の**７割**以上
・退院時にＡＤＬが低下した患者の割合が**５％**未満
・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

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。

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- **地域包括ケア病棟**においてもリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせた**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設**する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算　　30点

［算定要件］

注14　**リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制**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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して**14日を限度として30点**を所定点数に加算する。

［施設基準］

○　**専任**の常勤の**管理栄養士が１名**以上**配置**（専任として配置される病棟は、１名につき１病棟まで）
○　経験・件数要件を満たす**常勤医師が１名以上勤務**していること
○　適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
○　プロセス・アウトカム評価
　ア　入棟した患者のうち、**入棟後３日目までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が６割以上**
　イ　**土曜日・日曜日・祝日**における１日あたりの疾患別リハビリテーションの**提供単位数が平日の７割以上**
　ウ　院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- **当該加算を算定する患者**について、**「Ｂ００１の10」入院栄養食事指導料及び「Ｂ０１１の６」栄養情報連携料の算定を可能**とする。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像（再掲）

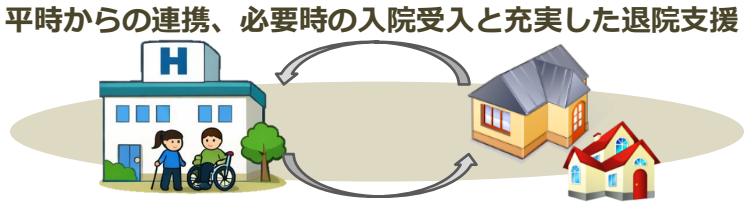
	A233　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304　地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		（新）A308-3　地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
	加算１	（新）加算２	加算１	（新）加算２	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士　１名、専任の療法士　１名 専任の管理栄養士　１名		病棟の配置職員のみ （療法士　専従２名、 管理栄養士　専任１名）		**専任の管理栄養士　１名** ＋病棟の配置職員 （療法士　専従１名）
専従者の兼務規定	専従者は、他の業務の専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務との専従者との兼務不可だが、**チームに係る加算の専従者との兼務は可能**	病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリハ栄養口腔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**

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

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

（新）　包括期充実体制加算（１日につき）　80点



［算定要件］

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

［施設基準］

○　**許可病床数**が**200床未満**（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。

協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

➢ **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ＩＣＴによる情報共有を行う場合は年１回、ＩＣＴによる情報共有を行わない場合は原則年３回**に見直す。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】【介護保険施設等連携往診加算】
［施設基準］
○　ＩＣＴによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ＩＣＴによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ＩＣＴを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ＩＣＴによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、１月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

改定後

【協力対象施設入所者入院加算】【介護保険施設等連携往診加算】
［施設基準］
○　ＩＣＴによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ＩＣＴによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ＩＣＴを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年１回**以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ＩＣＴによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に３回**以上の頻度でカンファレンスを実施していること※。

※当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に２件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に１回以上**の頻度であれば良い。

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。

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直し

入院料の評価の見直し

➢ 物件費の高騰への対応及び医療関係職種の確実な賃上げを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を見直す。また、休日リハビリテーション提供体制の整備の要件化に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料３及び４の評価を見直す。

現行

【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
(生活療養を受ける場合	2,215点)
・回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,166点
(生活療養を受ける場合	2,151点)
・回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,917点
(生活療養を受ける場合	1,902点)
・回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,859点
(生活療養を受ける場合	1,845点)
・回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,696点
(生活療養を受ける場合	1,682点)

改定後

【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**
(生活療養を受ける場合	**2,326点**)
・回復期リハビリテーション病棟入院料２	**2,274点**
(生活療養を受ける場合	**2,253点**)
・回復期リハビリテーション病棟入院料３	**2,062点**
(生活療養を受ける場合	**2,041点**)
・回復期リハビリテーション病棟入院料４	**2,000点**
(生活療養を受ける場合	**1,980点**)
・回復期リハビリテーション病棟入院料５	**1,794点**
(生活療養を受ける場合	**1,774点**)

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

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

（新）　回復期リハビリテーション強化体制加算　80点

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

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

リハビリテーション実績指数の基準等の見直し

リハビリテーション実績指数の基準の見直し

- リハビリテーション実績指数の計算方法や除外対象を見直すとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３について、リハビリテーション実績指数の基準を見直す。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料２及び４について、新たに実績指数の要件を導入する。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料１	40以上	**42以上**
回復期リハビリテーション病棟入院料２	－	**32以上**
回復期リハビリテーション病棟入院料３	35以上	**37以上**
回復期リハビリテーション病棟入院料４	－	**32以上**

※リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直しについては、次頁及び次々頁を参照。

FIMの測定に関する研修会開催に係る要件の見直し

- 実績指数の導入に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３の施設基準である**ＦＩＭの測定に関する研修会を年１回以上開催することについて、入院料２及び４においても要件とする。**

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

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

＜実績指数の算出方法（改定後）＞

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

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

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

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

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

➢ 回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の除外対象患者の基準及び除外できる割合を見直す。

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

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

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

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

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準に係る見直し

重症患者の対象範囲及び受入割合基準の見直し

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までについて、**重症患者の対象をＦＩＭ21点以上55点以下に見直すとともに、高次脳機能障害と診断を受けた患者及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加**する。

現行

【重症患者の対象範囲】
・　日常生活機能評価で10点以上又はＦＩＭ得点で55点以下の患者

改定後

【重症患者の対象範囲】
・　日常生活機能評価で10点以上又はＦＩＭ得点で**21点以上**55点以下の患者
・　**高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）**
・　**脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）**

➢ 重症患者の対象の見直しとともに、**重症患者の新規受入割合の基準を見直す**。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料１	４割以上	**３割５分以上**
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	３割以上	**２割５分以上**
回復期リハビリテーション病棟入院料４		

回復期リハビリテーション病棟での休日リハビリテーションの見直し

休日リハビリテーション体制の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟１及び２に加え、３及び４についても、**土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。**
- また、土曜日、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
[施設基準]
２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準
（６）　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
[施設基準]
２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準※
（６）　当該保険医療機関において、**土曜日、**休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、**土曜日、**休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も**平均３単位以上**であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

※回復期リハビリテーション病棟入院料３及び４についても同様

- これに伴い、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することのできる対象から回復期リハビリテーション病棟入院料３及び４を算定している患者を除外し、対象範囲を回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定している患者のみに変更する。

回復期リハビリテーション病棟での高次脳機能障害者への退院支援

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料等において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて利用予定の機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】
[算定要件]

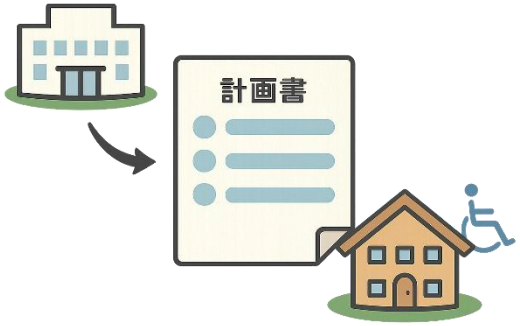
○　**当該保険医療機関において、次のうち高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握する。**
- **高次脳機能障害者支援センター**
- **他の保険医療機関**
- **障害者総合的支援法に基づく障害福祉サービス等を提供する事業所・施設**
  （生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等）
- **児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者**

○　**上記の情報を「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者（入院期間の上限が180日の患者）の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供する。**

○　**退院後に他の保険医療機関でのリハビリテーション、介護保険によるリハビリテーション又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者については、**
- **当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関・事業所・施設に対して、３月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。**

高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供する事業所等の情報を把握

高次脳機能障害の患者の退院時に情報提供



必要に応じて、利用予定先に実施計画書等を提供

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

退院前訪問指導料の取扱いの見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等について、**退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする。**ただし、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる、退院前訪問指導料を２回算定する場合には、退院前訪問指導料と「Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料」の注３に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。

地域支援事業への参加に係る要件の見直し

- 入院料１及び２の施設基準である**地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、入院料３及び４においても望ましいこと**とする。

口腔管理に係る体制の要件の見直し

- 入院料１及び２の施設基準である**口腔管理の体制を整備していることについて、入院料３及び４においても望ましいこと**とする。

日常生活機能の評価に係る測定方法の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までについて、日常生活機能評価又はＦＩＭの測定を行うこととされているものについて、**ＦＩＭによる測定が望ましいこと**とする。

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

➢ リハビリテーション実績指数等について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することを要件とする。

現行

【回復期リハビリテーション病棟】
[施設基準]
１　通則
(10)　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳
イ　回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）

（新設）

改定後

【回復期リハビリテーション病棟】
[施設基準]
１　通則
(10)　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示**している**こと。
ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳
イ　回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）

(11)　(10)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５ ※
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤１名以上				
	看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
	看護補助者	３０対１以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
	社会福祉士	専従常勤１名以上		**専従常勤１名以上が望ましい**		－
	管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名以上の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		○		－
	FIMの測定に関する院内研修会	年１回以上開催	**年１回以上開催**	年１回以上開催	**年１回以上開催**	－
	リハビリ計画書への栄養項目記載／GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		**体制整備が望ましい**		－
	第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		**参加することが望ましい**		－
	高次脳機能障害の退院支援	○				
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	**３割５分以上**		**２割５分以上**		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				－
	リハビリテーション実績指数	**42以上**	**32以上**	**37以上**	**32以上**	－
点数 （）内は生活療養を受ける場合		**2,346点 （2,326点）**	**2,274点 （2,253点）**	**2,062点 （2,041点）**	**2,000点 （1,980点）**	**1,794点 （1,774点）**

※　入院料５については、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。

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。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分３	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・**区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）**	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・**医療区分２の処置等のうち、(１)及び(２)のいずれにも該当するもの**
医療区分２	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患 （ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍 （医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・**末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当し 、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。）** ・**末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にＮＹＨＡ重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。）** ・**末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。）** ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・**区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）**	**(１)感染症の治療に係る処置** ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） **(２)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置** ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） (３)その他の処置 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 (４)傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）
医療区分１	医療区分２・３に該当しない者	

障害者施設等入院基本料等の見直し

廃用症候群を主病名とする患者の評価の見直し

- **主傷病名が廃用症候群の患者のうち医療区分１又は２に相当する患者**について、**新たに療養病棟に準じた評価**とする。（特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料についても同様）

- 脳卒中、脳卒中の後遺症及び廃用症候群の患者のうち、注13により算定する患者は、これらを発症する以前から重度の肢体不自由児（者）に該当していた患者を含まないことを明確化する。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
注13　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３（２）のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
注13　当該病棟に入院する**脳卒中、脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、**重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等**を除く。**）であって、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３（２）のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

障害者施設等入院基本料等の評価体系

<table>
<tr><th>患者像</th><th>90日以内</th><th>90日を超える期間</th></tr>
<tr><td>● 重度の肢体不自由児（者）
（脳卒中の後遺症及び認知症を除く）
● 脊髄損傷等の重度障害者（同上）
● 重度の意識障害者
● 筋ジストロフィー患者及び難病患者等</td><td colspan="2">障害者施設等入院基本料（出来高）
※90日以降も特定患者＊に該当しない（＝特定除外）</td></tr>
<tr><td>重度の意識障害者（脳卒中の後遺症）のうち医療区分１，２（注６）</td><td colspan="2">療養病棟入院基本料に準じた体系（包括）
医療区分と配置基準に応じた点数（注６）</td></tr>
<tr><td>● 脳卒中、脳卒中の後遺症
● 廃用症候群
（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）のうち医療区分１，２（注13）</td><td>療養病棟に準じた体系（包括）
医療区分と配置基準に応じた点数（注13）</td><td>特定患者：特定入院基本料（包括）
特定除外：左の算定を継続（包括）</td></tr>
<tr><td>人工腎臓等を継続的に行っている慢性腎臓病の患者のうち医療区分２
（注６及び注13を除く）（注14）</td><td>療養病棟に準じた体系（包括）
配置基準に応じた点数（注14）</td><td>左の算定を継続（包括）
※人工腎臓の頻度が少ない等により特定除外の項番10に該当しない場合は、特定入院基本料（包括）</td></tr>
<tr><td>上記いずれにも該当しない患者</td><td>障害者施設等入院基本料（出来高）</td><td>特定患者：特定入院基本料（包括）
特定除外：左の算定を継続（出来高）</td></tr>
</table>

＊特定患者：90日を超える期間、同一の保険医療機関の障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、留意事項通知(６)の表に特に規定される状態に該当しないものをいい、90日を超える期間は特定入院基本料を算定する。当該表で特に規定される患者については、特定除外として90日より前の算定方法が継続される。

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。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料１	特殊疾患病棟入院料２	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置			７対１以上	10対１以上～15対１以上	20対1以上	－	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		－	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	－	－	
	両方を満たす	患者像	－	重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が７割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が８割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が８割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が８割以上	医療区分２、３の患者が８割以上	医療区分２、３の患者が６割以上
		看護要員	－	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者　20対1以上	
その他			一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症児(者)3割以上	－				褥瘡の評価	
点数	通常		1,749点	1,083～1,475点	2,172点	1,776点	2,172点	881～2,035点	813～1,967点
	重度の意識障害者（脳卒中患者）		1,477点 1,617点	1,197～1,617点	1,845点 2,010点	1,590点 1,757点	1,843点 2,009点		
	上記以外の脳卒中患者		1,339点 1,464点	1,083～1,464点	1,668点 1,817点	1,439点 1,589点	1,670点 1,816点		
	透析患者		1,681点	1,388～1,681点	2,092点	1,697点	2,093点		
包括範囲	通常		出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患者		療養病棟入院基本料と同様の取扱						

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

５．入院（DPC/PDPS）

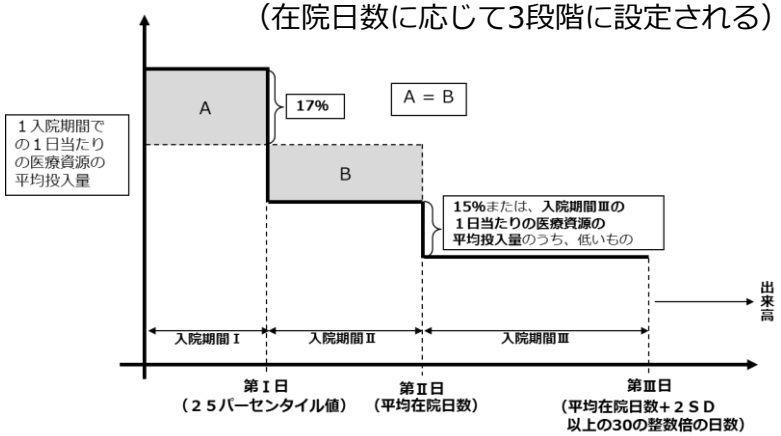
DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**１日あたり包括払い制度**である。
  - ※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  - ※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和８年６月１日時点見込みで**1,686病院**・約**47万床**となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**83%**を占める。
  - ※　令和６年８月時点で急性期一般入院基本料等を届け出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



DPC対象病院の基準

➢ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、急性期病院一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - ・　当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - ・　中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月当たりのデータ数が90以上
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす
  - ・「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
  - ・「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満
  - ・「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

・A100　一般病棟入院基本料
・A104　特定機能病院入院基本料
・A105　専門病院入院基本料
・A300　救命救急入院料
・A301　特定集中治療室管理料
・A301-2　ハイケアユニット入院医療管理料
・A301-3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料
・A301-4　小児特定集中治療室管理料
・A302　新生児特定集中治療室管理料
・A302-2　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
・A303　総合周産期特定集中治療室管理料
・A303-2　新生児治療回復室入院医療管理料
・A305　一類感染症患者入院医療管理料
・A307　小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定
・出来高算定の診断群分類に該当する患者
・特殊な病態の患者
　－入院後２４時間以内に死亡した患者
　－生後７日以内の新生児の死亡
　－臓器移植患者の一部
　－評価療養/患者申出療養を受ける患者　等
・新たに保険収載された手術等を受ける患者
・診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者
・短期滞在手術等基本料３の対象手術を実施する患者（短期滞在手術等基本料３の算定要件を満たし、５日以内に退院する場合に限る。）

A106　障害者施設等入院基本料
A304　地域包括医療病棟入院料
A306　特殊疾患入院医療管理料
A308　回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3　地域包括ケア病棟入院料
A309　特殊疾患病棟入院料
A310　緩和ケア病棟入院料　　等

精神病棟　結核病棟　療養病棟

DPC算定
対象外の病床

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）
適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく**、**臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提②　包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要**がある。

DPCの基本構造

○　日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。

①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

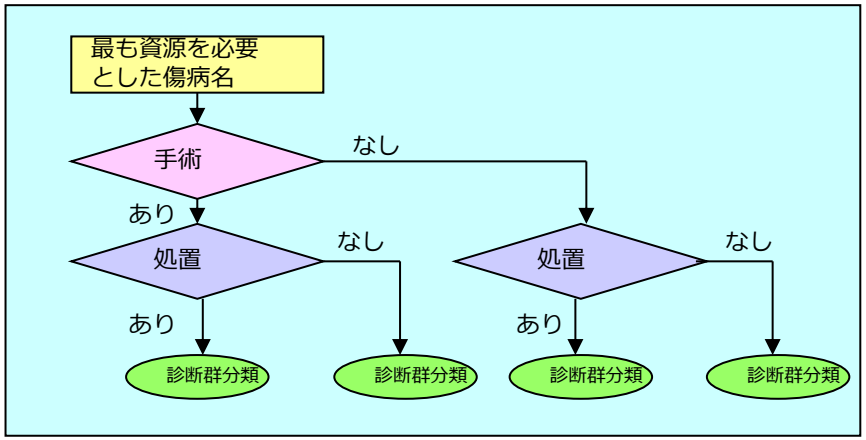
②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」
　　の　「組合せ（**C**ombination）」

※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、１日あたり、１入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC（Major Diagnostic Categories）18種
DPCコード　**3,265**分類
（うち支払分類　**2,450**分類）
※令和８年度改定時



○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。

※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては2013年版を使用

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category 主要診断群）　：18種類

②傷病名の細分類

01 0010 x x 99 x 0 x x

③年齢・出生時体重等
【年齢・月齢】
0:　n歳以上　(nか月以上)
1:　n歳未満　(nか月未満)
【出生児体重】
1: 2,500g以上
2: 1,500g以上2,500g未満
3: 1,000g以上1,500g未満
4:　500g以上1,000g未満
5:　500g未満
【JCS】
0: 10未満
1: 10以上
【Burn Index】
1: 10未満
2: 10以上
等

⑦副傷病
0: なし
1,2: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

手術・処置（Procedure）

⑥手術・処置等２
0: なし
1: あり
2～9、A～E:定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等１
0: なし
1: あり
2～5:定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01～07:定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1,000点未満の処置 等

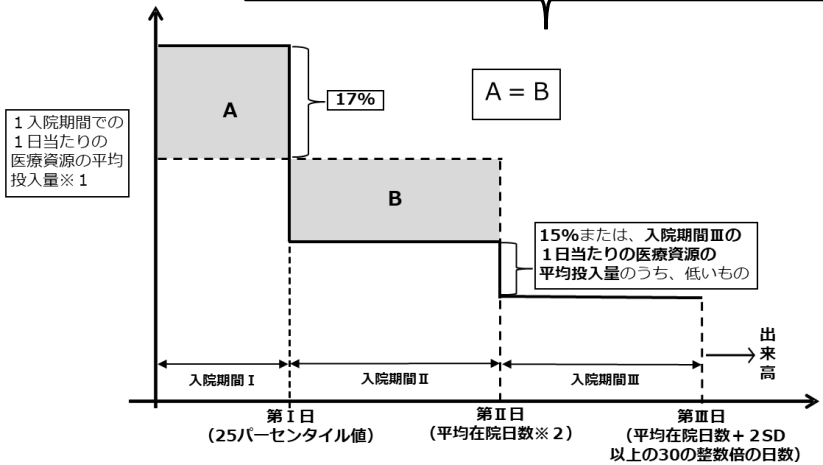
＋

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】
- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1,000点以上の処置 等

【包括評価部分】

DPC毎の1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

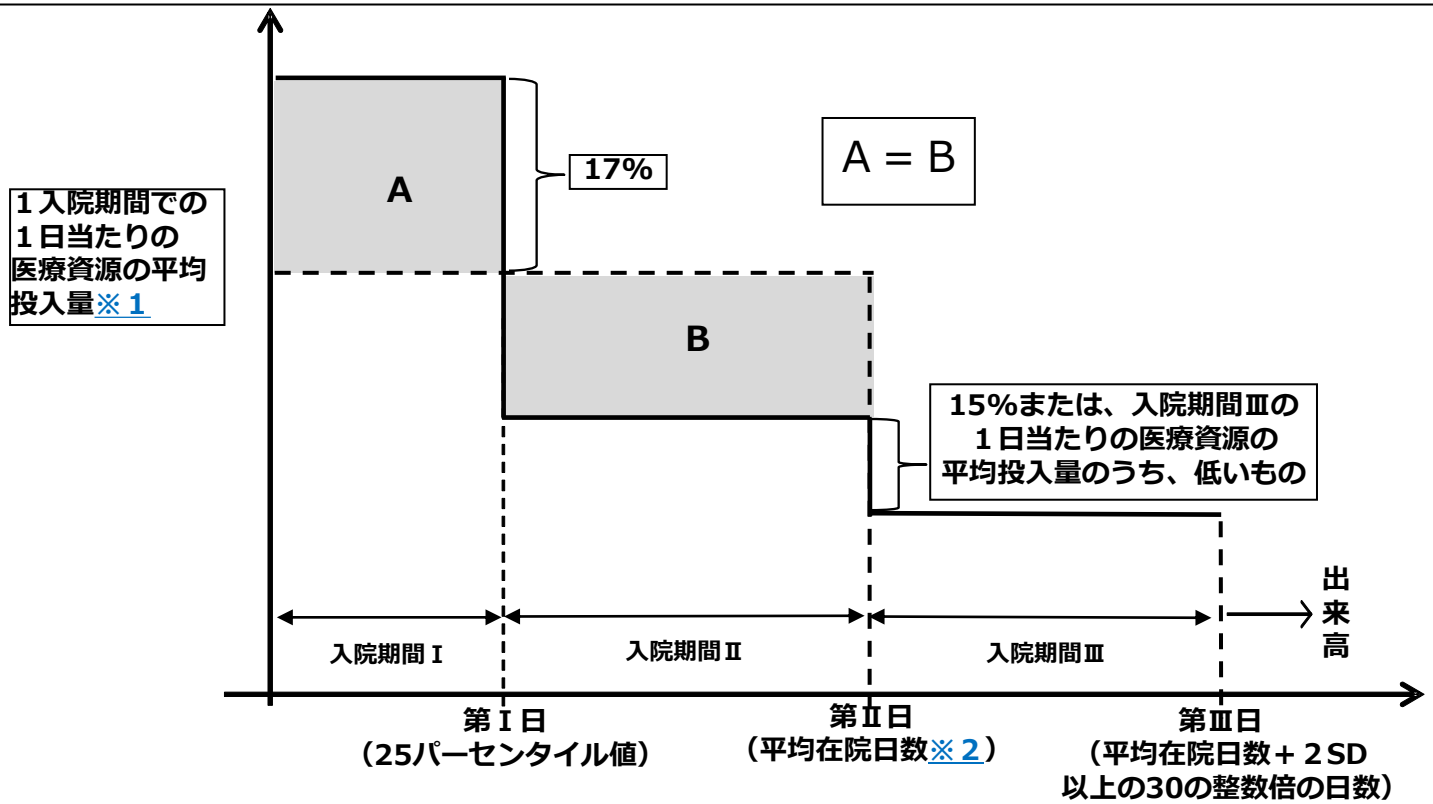


基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
救急補正係数	救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数＋2SD以上の３０の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、５種類の点数設定パターンで対応



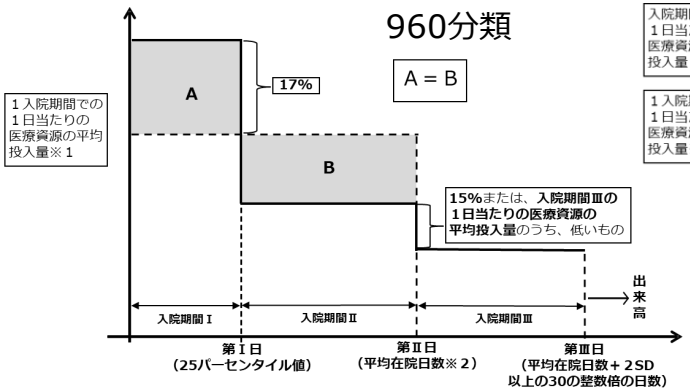
※１　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、１入院期間での医療資源投入量の中央値（１入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※２　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内。

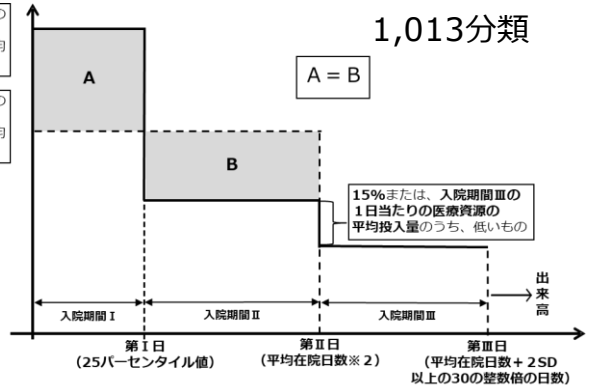
１日当たり点数の設定方法（５つの点数設定方式）

➢ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた５つの点数設定方式により点数が設定される。

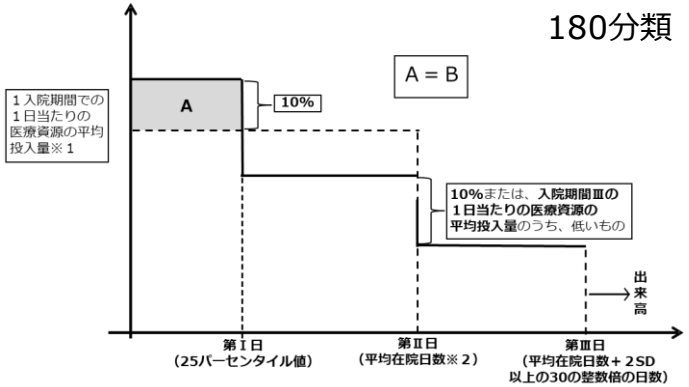
A　一般的な診断群分類



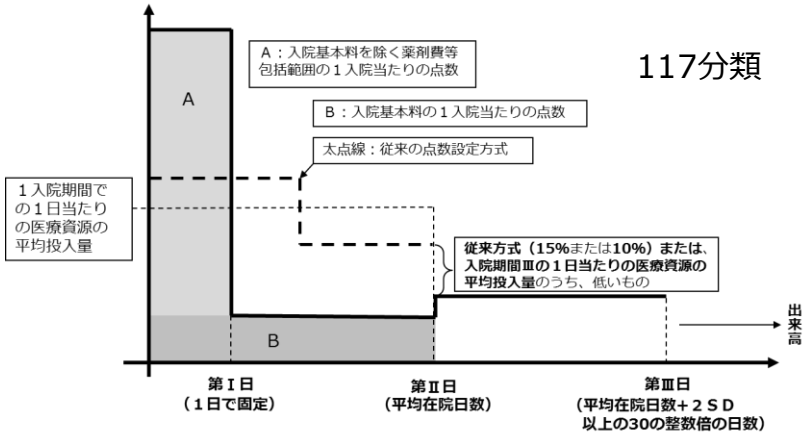
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



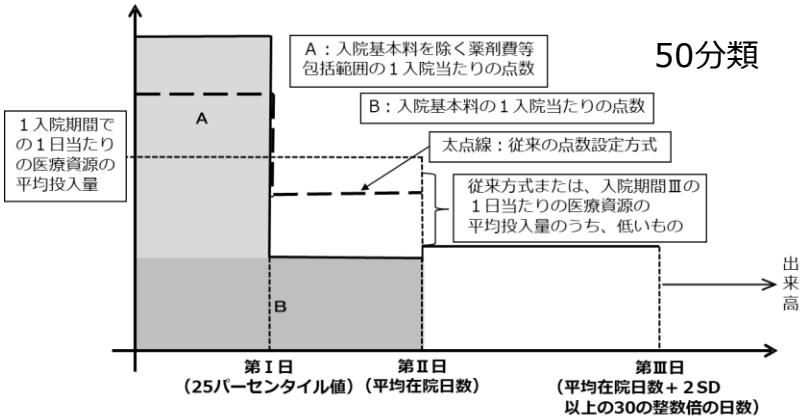
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D　高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類



E　標準化が進んでいると考えられる診断群分類



※１　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、１入院期間での医療資源投入量の中央値（１入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※２　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内。

DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ｉとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1,000点未満処置）	1,000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	ＨＩＶ治療薬 血液凝固因子製剤等（血友病等に対する）

DPC対象病院が参加する調査（DPCの評価・検証等に係る調査）

○　「DPCの評価・検証等に係る調査」は、次の２つの調査から構成され、適切に参加する必要がある。

①　退院患者調査

診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。提出データ（DPCデータ）に基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

②　特別調査

中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和７年に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式１	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式４	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式３	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	３情報から生成した一次共通ＩＤに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ＩＤ、被保険者番号等

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

○　機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、ＤＰＣ対象病院からの年１回の厚生局への別途様式による届出（定例報告）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

２．報告内容　（令和８年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況

① 救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
② 災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
③ へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
④ 周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
⑤ がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
⑥ 新興感染症等の医療（第一種協定指定医療機関の指定、流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院医療に係るものに限る。）の締結）

（３）その他
病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

- 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当する新規手術等

Ｄ４１５―６　壁側胸膜凍結生検法
Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）　１　乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものに限る。）
Ｋ０２２―４　静脈奇形硬化療法（一連につき）
Ｋ０５３―３　骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
Ｋ０５４―３　脛骨遠位骨切り術
Ｋ０５９―３　軟骨修復材移植術
Ｋ０５９―４　軟骨修復材移植術（関節鏡下）
Ｋ０８２―８　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
Ｋ１４２―９　腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）
Ｋ１５４　機能的定位脳手術　１　てんかんの場合
Ｋ２５９―４　培養ヒト角膜内皮細胞移植術
Ｋ２７６―２　経皮的選択的眼動脈注入術
Ｋ３７１　上咽頭腫瘍摘出術　５　鏡視下によるもの
Ｋ３７２　中咽頭腫瘍摘出術　３　鏡視下によるもの
Ｋ３７３　下咽頭腫瘍摘出術　３　鏡視下によるもの
Ｋ３９２―２　喉頭蓋嚢腫摘出術　２　鏡視下によるもの
Ｋ３９３　喉頭腫瘍摘出術　３　鏡視下によるもの
Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術　８　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）（内視鏡下によるものに限る。）
Ｋ４７６―３　動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る。）
Ｋ４７６―４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る。）
Ｋ５１４―８　肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
Ｋ５２６―５　内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術
Ｋ５２７―３　胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
Ｋ５２７―４　胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの
Ｋ５２８―４　先天性気管食道瘻閉鎖術
Ｋ５５５―４　経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術
Ｋ５５９―４　経皮的三尖弁クリップ術
Ｋ５９９　植込型除細動器移植術　４　胸骨下植込型リードを用いるもの
Ｋ６０９―３　経頸動脈的頸動脈ステント留置術
Ｋ６１３―２　腎神経焼灼術
Ｋ６１６　四肢の血管拡張術・血栓除去術　１　薬剤溶出型生体吸収性下肢動脈用ステントを用いるもの
Ｋ６１９―３　腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術
Ｋ６２７　リンパ節群郭清術　９　腹部
Ｋ６２７―２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術　５　腹部
Ｋ６４３―３　腹膜切除を伴う多臓器合併切除術
Ｋ６４５―４　骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
Ｋ６８２―５　超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術
Ｋ６９７―８　肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
Ｋ７０２―２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
Ｋ８３５―２　陰嚢形成術（二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る。）
Ｋ８３６―３　腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術、腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術（腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術に限る。）
Ｋ９０６―２　子宮頸管縫縮術（開腹）
Ｋ９０６―３　腹腔鏡下子宮頸管縫縮術

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

平成25年12月25日
中医協総会において了承

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の２つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年４回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

１． 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14 桁コード）を抽出する。

① 新薬
② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
③ 事前評価済公知申請

２． 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の１入院あたり薬剤費を算出する。

３． 当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、救急車等による入院数や全身麻酔による手術件数等について、急性期病院Ａ／Ｂ入院基本料の施設基準に準ずる実績を有する医療機関から構成される「DPC標準病院群１」、それ以外の医療機関を「DPC標準病院群２」としている。

○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○　機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4．救急補正係数

○　救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5．激変緩和係数

○　診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

DPC/PDPSの見直し（全体概要）

基礎係数の見直し

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

機能評価係数Ⅱの見直し

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

診断群分類点数表の見直し

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

算定ルールの見直し

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

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 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。

医療機関群	基礎係数の評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	DPC標準病院群１	1,142	1.0583
	DPC標準病院群２	290	1.0283
大学病院本院群		82	1.1245
DPC特定病院群		172	1.0769

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  - 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ・救急補正係数

- 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。
- 地域医療係数のうち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。
- 地域医療係数のうち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。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する（入院料の増点等による影響は除く。）。

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。

機能評価係数Ⅱの見直し①

複雑性係数の見直し

➢ 複雑性係数について１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価から、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価に見直す。

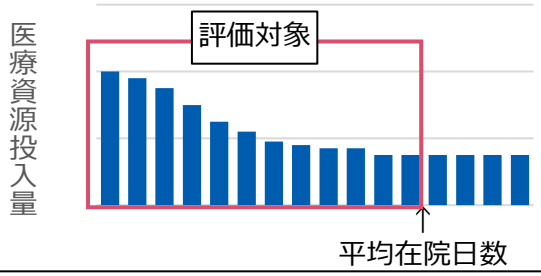
現行

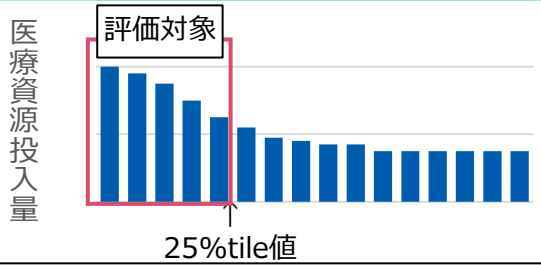
【複雑性指数】
〔**包括範囲出来高点数（一入院当たり）**を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

改定後

【複雑性指数】
〔**在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数**を、全DPC/PDPS対象病院における当該値に置き換えた点数の平均〕／〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕

見直しのイメージ





地域医療係数（定量評価指数）の見直し

➢ 地域医療係数のうち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。

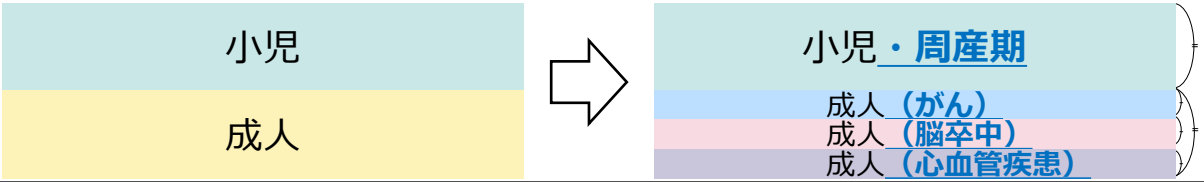
現行

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を評価
※ 1)小児と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

改定後

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を評価
※１ DPC標準病院群にあっては、 1)小児及び周産期と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）
※２ 2)それ以外については、①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の心血管疾患をそれぞれ評価（重み付けは等分）

見直しのイメージ（DPC標準病院群に限る）



機能評価係数Ⅱの見直し②

地域医療係数（体制評価指数）の見直し

➢ 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、地域医療係数のうち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。

認定ドナーコーディネーターの院内配置

DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（1P）	過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が ・２件以上（1P） ・１件以上（0.5P）	
認定ドナーコーディネーターの院内配置（過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が０件の医療機関に限る。）（0.5P） ※ 令和９年度以降の評価		

地域の需要変動への応答性

DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る。）の割合のばらつき（-1P） ※ ばらつきが上位97.5%tile値以上の場合は0P、上位97.5%tile値未満の場合(ばらつきが著しく小さい場合)に限り-1P。		

機能評価係数Ⅱ等の評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは7：5）構成	体制評価指数：５疾病６事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を評価。 **大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては、1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）** **DPC標準病院群にあっては、1) 小児（15歳未満）及び周産期と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）し、2) それ以外（15歳以上）については、更に① がん、② 脳卒中及び③ 心筋梗塞等の心血管疾患に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）。** 大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏、DPC標準病院群は2次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を計算対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	**〔当該医療機関の全患者について、診断群分類ごとに全DPC/PDPS対象病院における在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数の平均〕／〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

機能評価係数Ⅱ等の評価内容②

指数	評価の考え方	評価内容
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。
救急補正係数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	１症例当たり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は１／２ 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A300救命救急入院料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

機能評価係数Ⅱ等の評価内容③（体制評価指数）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td colspan="3">退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）</td></tr>
<tr><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院の指定」（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td colspan="3">・t-PA療法の実施を評価(0.25P)
・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P)
・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P）
（血管内治療の実施：入院２日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※　いずれかの最大値で評価</td></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)</td></tr>
<tr><td colspan="3">入院中にK5601～K5605,K560-21～K560-23,K5612ｲのいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（0.5P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td colspan="3">A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)</td></tr>
<tr><td>災害</td><td colspan="3">・災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMATの指定（0.25P）
・EMISへの参加（0.25P）
・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</td></tr>
</table>

機能評価係数Ⅱ等の評価内容④（体制評価指数）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td>周産期</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」(0.5P)</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td colspan="3">・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）
・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td colspan="3">・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和７年度以降の評価）
・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（0.5P）（令和７年度以降の評価）</td></tr>
<tr><td>治験等の実施</td><td>右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）</td><td colspan="2">治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
</table>

機能評価係数Ⅱ等の評価内容⑤（体制評価指数）

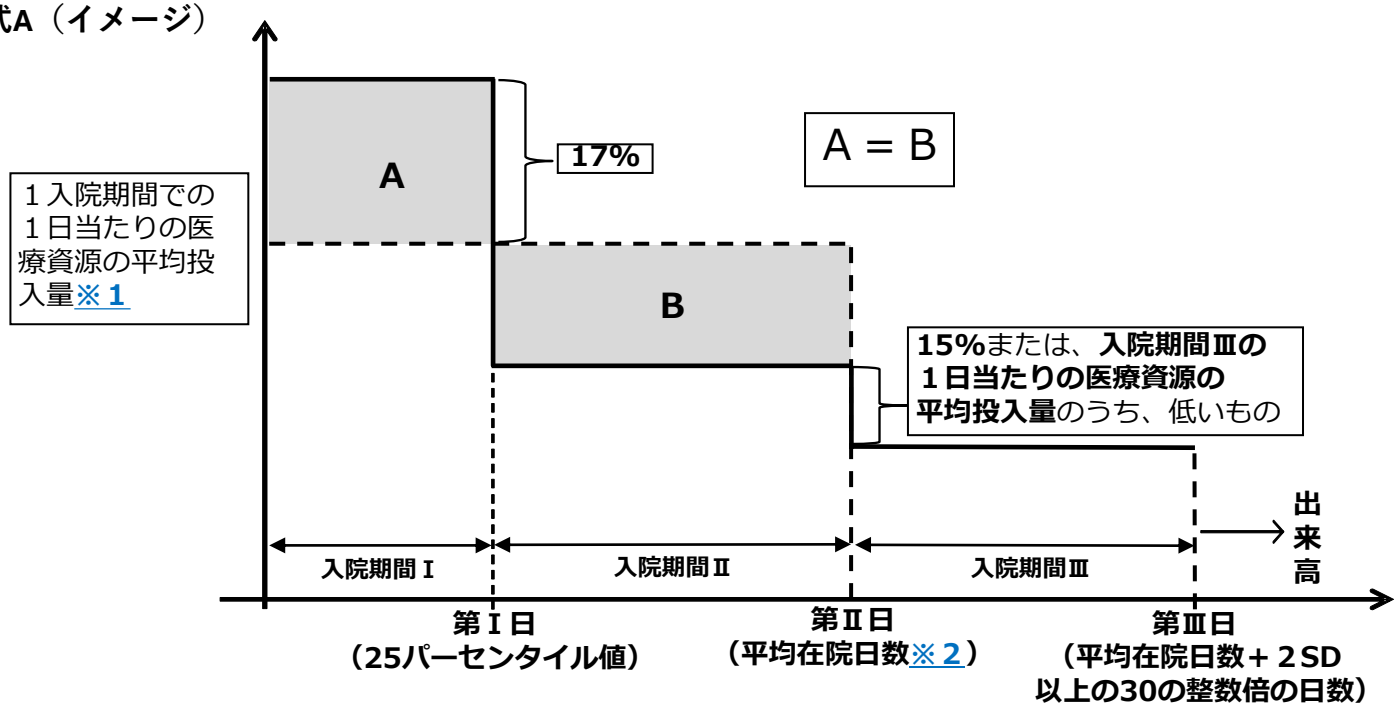
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）	
	・認定ドナーコーディネーターの院内配置（過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が０件の医療機関に限る。）（0.5P）（令和９年度以降の評価）		
医療の質向上に向けた取組	・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P） ・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P） ・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）		
医師少数地域への医師派遣機能	(評価は行わない)	・「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）	（評価は行わない）
地域の需要変動への応答性	**各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る。）の割合のばらつき（-1P）**		

診断群分類点数表の見直し①

入院期間Ⅱ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のうち在院日数の変動係数が0.6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、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すとともに、包括点数の設定を行う。

点数設定方式A（イメージ）



※１　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、１入院期間での医療資源投入量の中央値（１入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※２　点数設定方式Ａ～Ｃのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値（平均在院日数からの変動は±10%以内）

診断群分類点数表の見直し②

診断群分類の見直し

- 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和８年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和２年４月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和４年４月	18	502	4,726	4,064	2,334
令和６年６月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348
令和８年６月	18	504	3,265	2,449	2,321

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。
※４　CCPマトリックスを導入した分類について、診断群分類としての構成の見直しを実施。

診断群分類の見直しの例

診断群分類の見直し

- 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、五号告示の対象となっていた手術や高額薬剤等を含め、手術や手術処置等の設定について整理を行い、分岐の新設等の対応を行う。

【例１：「130030」非ホジキンリンパ腫における手術の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術			手術	
		対応コード	処置等名称		対応コード	処置等名称
130030	非ホジキンリンパ腫	99 97	手術なし その他の手術あり	⇒	99 97 **01**	手術なし その他の手術あり **末梢血単核球採取** **ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与**

【例２：「070180」脊椎変形における手術の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術			手術	
		対応コード	点数表名称		対応コード	点数表名称
070180	脊椎変形	99 97	手術なし その他の手術あり	⇒	99 97 **02** **01**	手術なし その他の手術あり **脊椎側彎症手術　脊椎側彎症固定術等** **脊椎骨切り術等**

【例３：「180025」新型コロナウイルス感染症に係る診断群分類の新設】

疾患コード	傷病名	手術		手術・処置等１		手術・処置等２	
		対応コード	点数表名称	対応コード	点数表名称	対応コード	点数表名称
180025	**新型コロナウイルス感染症**	**99** **97**	**手術なし** **その他の手術あり**	**1** **1** **1**	**体外式膜型人工肺** **体外式膜型人工肺管理料** **人工心肺**	**4** **3** **3** **2** **1**	**人工呼吸** **トシリズマブ** **バリシチニブ** **レムデシビル** **人工腎臓　その他の場合**

５月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和８年５月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和８年６月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
  - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
  - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合
  - ６月分の請求は出来高で行う。
  - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
  - ６月以降に出来高→包括の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合
  - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

退院患者調査の見直し

退院患者調査の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から、調査項目の新設等を行う。

削除する項目

喫煙指数	個別支援の実施状況（精神病棟）
入棟時の褥瘡の有無（※）	外出又は外泊の実施状況（精神病棟）
退棟時の褥瘡の有無（※）	障害福祉サービス等の連携に関する情報（精神病棟）
退院に向けた会議の開催状況（精神病棟）	

※　任意で入力する場合、 引き続きDPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価の対象となる。

対象患者等を見直す項目

SOFAスコア/pSOFAスコア	特定集中治療室を算定する病床から退室する際の入力を不要とする
入院時体重/入院時ADL	短期滞在手術等基本料３の対象手術等の実施目的の予定入院の場合、入力を不要とする
退院時体重/退院時ADL	様式１の対象期間が５日以内の場合、入力を不要とする
P/F比、NYHA	救急医療入院（呼吸不全で重篤な状態、心不全で重篤な状態等）における入力を不要とする

入力を任意とする項目

入院時BNP・NT-proBNP	Hugh-Jones分類

新設する項目

入院前の生活の場への復帰の有無	下り搬送の有無/下り搬送時に使用された車両
患者の状態等（障害者施設等入院基本料等を算定する場合に限る）	発症前ADLスコア（疾患別リハビリテーション料を算定する場合に限る）

様式１の作成スケジュールの見直し

入院期間が90日を超える場合、入院期間中１回に限り、退院前であっても様式１の作成を行うこととする（令和８年６月１日以降に入院する患者に限る。）。

令和８年度診療報酬改定

６.入院（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　ー 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①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

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

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】
［施設基準（通知）］
・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

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

改定後

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

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

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

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

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R６改定～） ⇨ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

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

＋

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R８改定で新設） ⇨ **実績等に係る基準だけを満たせない場合**は、40点の減算ではなく、入院料を**20点減算**する

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

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

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

➢ 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

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

※１　以下の場合は身体的拘束を実施した日数に**含めない**。

ア　**センサークリップ等のみ**を使用する場合
（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

イ　**処置時や移動時**に、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合
（使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ）

ウ　患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合
（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

※２　以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。

「Ａ３００」救命救急入院料
「Ａ３０１」特定集中治療室管理料
「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料
「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料
「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料
「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料
「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料
「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

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

現行

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。

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

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

＜特別料金の支払いを受けることができる食事＞

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

主な要件

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

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

各入院料における施設基準の要件の計算対象の明確化

- **急性期一般入院料等における自宅等に退院するものの割合**の計算において、当該病棟において**他の入院料（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外**とする。
- 療養病棟入院基本料の注 10 に規定する**在宅復帰機能強化加算についても同様**の対応を行う。
- **特定入院料における各種基準**の計算方法においても、当該病棟内の他の入院料**（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外**であることを通則に規定し明確化する。

現行

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

４の４　急性期一般入院料等に係る自宅等に退院するものの割合について

（２）　当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、

・第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者

・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者

・「Ｃ００４－２」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者

・死亡退院した患者

は<u>ア及びイの数から除く</u>。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数のうち、自宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院した患者数

改定後

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

４の４　急性期一般入院料１等に係る自宅等に退院するものの割合について

（２）　当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、

・第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者

・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者

・「Ｃ００４－２」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者

・退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者

・「Ａ４００」短期滞在手術等基本料を算定する患者

・死亡退院した患者

は**計算対象から除外する**。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数のうち、自宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院した患者数

１つの病棟において算定可能な特定入院料の種類数の明確化

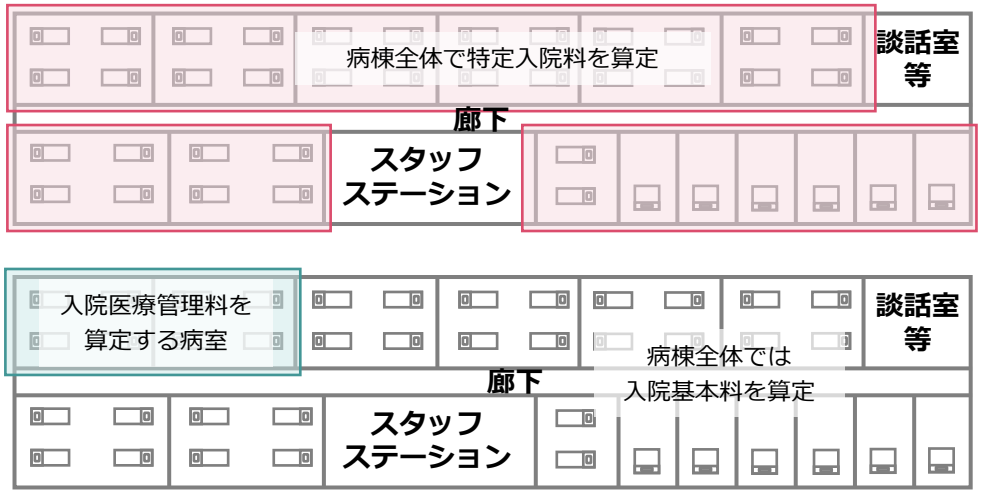
特定入院料の施設基準等の通則の追加

➢ 病棟が１看護単位として機能するに当たり、患者割合等の要件が過度に複雑となることを避ける観点から、**１病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を２までと規定**し、通則に明記する。

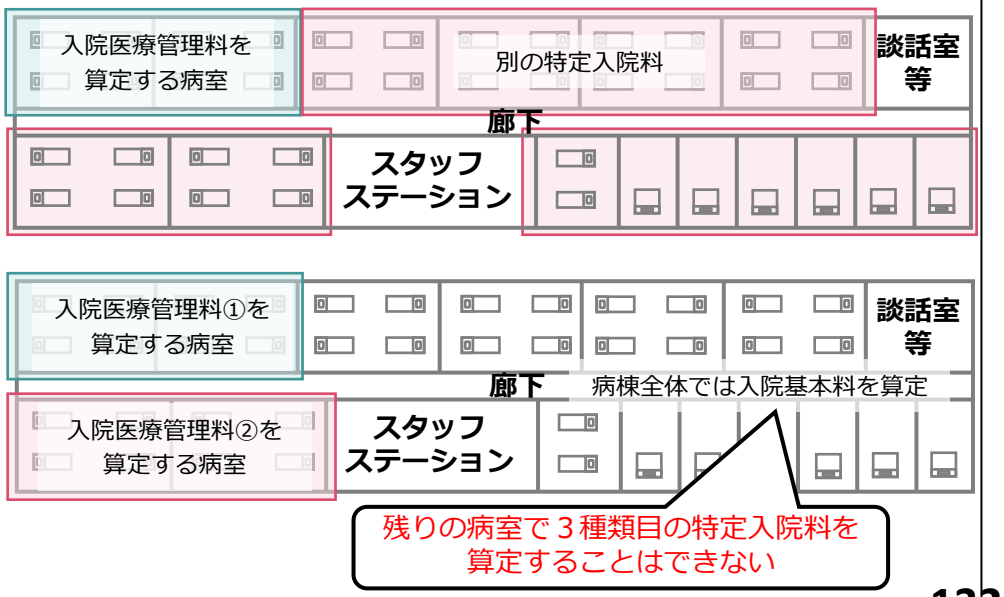
【特定入院料の施設基準等】
［施設基準］
一　通則
（４）　**一病棟において届け出ることのできる特定入院料の種別は、二までとする。**（経過措置あり）

＜届出可能な病棟構成のイメージ＞

１種類の特定入院料を算定するパターン



２種類の特定入院料を算定するパターン



入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

➢ 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。

1. 別表第５の１の２、４及び５が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料**等（緩和ケア病棟入院料以外）において、
   ① 抗悪性腫瘍剤
   ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬
   ③ エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
   を出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。
   これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を１つにまとめる。

2. 血友病の患者に使用する医薬品について、**血友病類縁疾患に使用する場合も出来高算定可能**とする。

3. 出来高算定可能な薬剤として、新たに**生物学的製剤及び JAK 阻害薬**（いずれも免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）**を追加**する。

4. 「令和６年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和６年３月５日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和８年５月 31 日をもって終了**し、以降は包括対象とする。

5. 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記１～４と同様に整理する。

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

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

○：包括範囲からの除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第５等に記載されており、出来高算定されるもの

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。

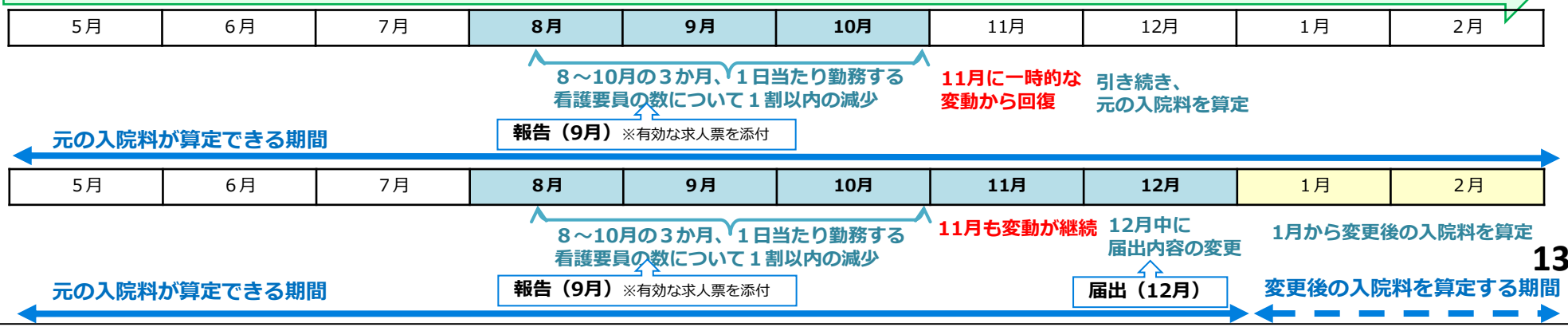
（４）やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

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



医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

➢ 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

■ 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。

■ 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

【廃止】院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病　療養計画書　等
【一部簡素化】他機関に交付される書類であっても、２回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書、 保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式　等

■ 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。

■ 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。

■ 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

様式９の見直し

病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

➢ 入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式９」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直す。

［施設基準］

（２）　看護要員の数については、次の点に留意する。

キ　**保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は**、病棟内として勤務時間数に算入してよい。

ク　**病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。**

［別紙５］病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

- 当該保険医療機関から、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員１名につき月１時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間
- 患者の状態変化に対して緊急の対応が必要と判断し、当該病棟を一時的に離れて患者の状態変化に短時間（30分程度）対応した時間

小数点以下の処理方法の見直し

➢ 小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理し、可能な限り統一する。

現行

様式９　入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

○１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿人
（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）
※小数点以下切り上げ

○月平均１日当たり看護職員配置数　＿＿人
〔月延べ勤務時間数／（日数×８）〕　※小数点以下第２位以下切り捨て
（参考）
１日看護職員配置数(必要数)：＿＿＿＝〔（Ａ／配置区分の数）×３〕
※小数点以下切り上げ

○夜間看護補助者配置数（必要数）＝Ａ／配置区分の数
※小数点以下切り上げ

改定後

○１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿人
（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）
※**小数第１位を切り上げ（小数第１位までの数、例：12.34 →12.4）**

○月平均１日当たり看護職員配置数　＿＿人
〔月延べ勤務時間数／（日数×８）〕　※小数点以下第２位以下切り捨て
（参考）
１日看護職員配置数(必要数)：＿＿＿＝〔（Ａ／配置区分の数）×３〕
※**小数第１位を切り上げ**

○夜間看護補助者配置数（必要数）＝Ａ／配置区分の数
※**小数第１位を切り上げ**

看護補助者に係る加算の名称の見直し

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

➢ 看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、看護補助者に係る加算の名称について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の評価については、その内容にあわせて名称を見直す。

現行

看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）

［算定要件］

13　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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。

イ　看護補助体制充実加算１　80点
ロ　看護補助体制充実加算２　65点
ハ　看護補助体制充実加算３　55点

改定後

看護補助・患者ケア体制充実加算実加算（療養病棟入院基本料）

［算定要件］

13　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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、**看護補助・患者ケア体制充実加算３**の例により所定点数に加算する。

イ　**看護補助・患者ケア体制充実加算１**　80点
ロ　**看護補助・患者ケア体制充実加算２**　65点
ハ　**看護補助・患者ケア体制充実加算３**　55点

※Ａ１０６　障害者施設等入院基本料の注10
　Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料の注８
　Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料の注５　においても同様。

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。

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

➢ 一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律に規定されている１日当たり勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数を見直す。

現行

【病院の入院基本料等に関する施設基準】
［施設基準］
○常勤の医師の数
ア　医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ～ウ（略）

【診療所の入院基本料等に関する施設基準】
［施設基準］
○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

【医師事務作業補助体制加算】
［施設基準］
○医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。

改定後

【病院の入院基本料等に関する施設基準】
［施設基準］
○常勤の医師の数
ア　医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が**週31時間以上**であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。**
イ～ウ（略）

【診療所の入院基本料等に関する施設基準】
［施設基準］
○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が**週31時間以上**である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。**

【医師事務作業補助体制加算】
［施設基準］
○医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が**週31時間以上**である者をいう。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。**

短期滞在手術等基本料３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	80	67%	-

→

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

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料３の対象手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　保険医療機関内で又は訪問して実施するもの
Ｄ２３７―２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７―２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　７　手軟部腫瘍摘出術
Ｋ０４６　骨折観血的手術　６　手舟状骨骨折観血的手術
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　６　前腕骨骨内異物除去術
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　８　鎖骨骨内異物除去術
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　10　手根骨骨内異物除去術
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　11　中手骨骨内異物除去術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手部ガングリオン摘出術
Ｋ０９３―２　手根管開放手術（内視鏡下）
Ｋ１９６―２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼(内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
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
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（その他の場合）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径二センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術
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　１　電解質溶液利用のもの
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
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　３　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０―３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１―２　ガンマナイフによる定位放射線治療

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料			データ提出要件
A		急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（７対１、10対１）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１～４	データの提出が必須
B		地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	C－１	精神病棟入院基本料（10対１、13対１）、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料	データの提出が必須（経過措置②イ）
	C－２	**精神病棟入院基本料（15対１、18対１、20対１）**	**新たにデータの提出が必須**（経過措置①、②イ）

［経過措置］（概要）

① 令和８年３月31日時点において、**「C－２」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関**については、**令和10年５月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

② 令和８年３月31日時点において、**「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関**であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

ア **「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの**

イ **「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの**

- 精神病棟入院基本料（15対１、18対１、20対１）のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において１年間に限り満たしているものとみなす措置を新たに講ずる。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策加算の見直し

➢ 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。

現行

【医療安全対策加算】
1 医療安全対策加算１　85点
2 医療安全対策加算２　30点
［施設基準］
（１） 医療安全管理体制に関する基準
（追加）
（２） 医療安全管理者の行う業務に関する事項
（追加）
（３） 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
（追加）

改定後

【医療安全対策加算】
1 医療安全対策加算１　**160点**
2 医療安全対策加算２　**70点**
［施設基準］
（１） 医療安全管理体制に関する基準
○ **当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。**
（２） 医療安全管理者の行う業務に関する事項
○ **医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。**
（３） 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
○ **（加算１のみ）「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」（医政局地域医療計画課長通知）に示す、患者への影響度が大きいが回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。**

➢ 医療安全対策加算２について、医療安全管理者として医療有資格者以外の者を配置する場合の要件を新設する。

【医療安全対策加算２】
［施設基準］
（１） 医療安全管理体制に関する基準
ア 以下のいずれかの体制を有していること。
（イ） ※現行と同様
（ロ） **医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での１年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。**

医療安全対策加算の見直し

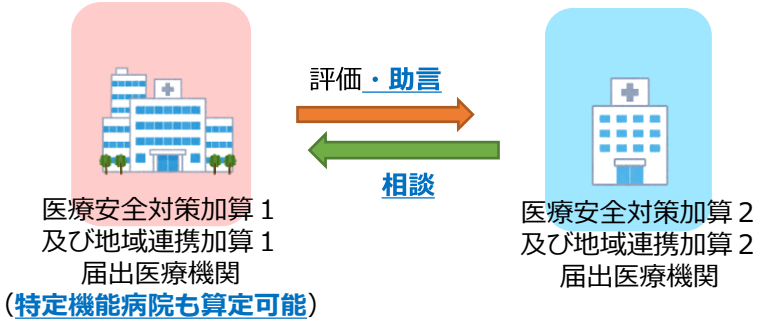
医療安全対策地域連携加算の見直し

- 多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げる体制の構築を推進する観点から、医療安全対策地域連携加算１について、特定機能病院においても算定可能とする。
- また、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進する観点から、施設基準を追加する。

現行

【医療安全対策地域連携加算】
［算定要件］
医療安全対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（追加）



改定後

【医療安全対策地域連携加算】
［算定要件］
医療安全対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関（**医療安全対策地域連携加算２については、**特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。
［施設基準］
（加算１）
○　連携を行っている他の医療安全対策加算１及び２に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要時に医療安全対策に関する助言を行う体制を有すること。
※　特定機能病院においては、特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めないこと。
（加算２）
○　連携を行っている他の医療安全対策地域連携加算１に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要に応じて医療安全対策に関する相談を行う体制を有すること。

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 感染症対策等の**専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進**する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。
- 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、**介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す**。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準］
１　感染対策向上加算１の施設基準
（２）　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ（略）
　アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準］
１　感染対策向上加算１の施設基準
（２）　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ（略）
　アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月**16時間**以下であること。**また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。**

その他の専従要件の柔軟化

医療安全対策加算等における専従業務に従事する時間の柔軟化

➢ 感染対策向上加算における**感染対策チームの専従者**、**抗菌薬適正使用支援チームの専従者**及び医療安全対策加算１に規定する**専従の医療安全管理者**について、専従業務に従事する時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、**月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない**こととする。

現行

【医療安全対策加算】
［施設基準］
１　医療安全対策加算１に関する施設基準
（１）　医療安全管理体制に関する基準
　ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

改定後

【医療安全対策加算】
［施設基準］
１　医療安全対策加算１に関する施設基準
（１）　医療安全管理体制に関する基準
　ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。**なお、（２）に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。**

入院栄養管理体制加算における管理栄養士の専従要件の柔軟化

➢ 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている**入院栄養管理体制加算について**、病棟での業務に影響のない範囲において、**当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えない**こととする。

現行

【特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算】
［施設基準］
（１）　当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が１名以上配置されていること。

改定後

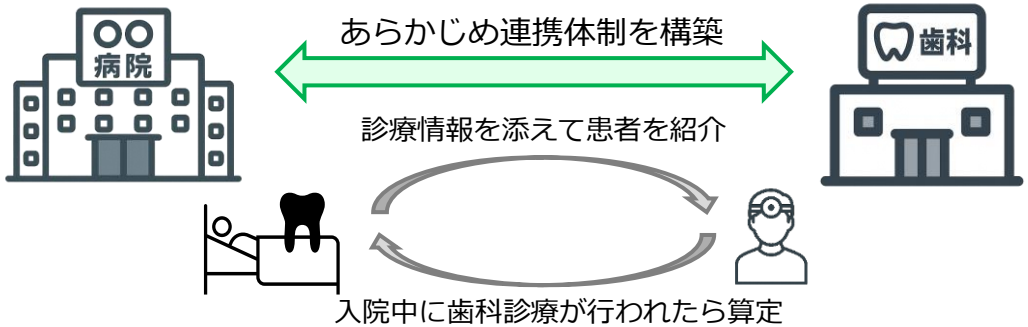
【特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算】
［施設基準］
（１）　当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が１名以上配置されていること。**ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。**

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

➢ 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が、**歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合**の評価として、**口腔管理連携加算を新設**する。

（新）　口腔管理連携加算　600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保険医療機関に入院している患者のうち、**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を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者**について、**連携体制を構築している他の歯科医療機関**に対し、患者の同意を得て、**診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合**に、歯科診療が行われた日に入院中１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ｂ００９診療情報提供料（Ｉ）は、所定点数に含まれるものとする。

［施設基準］

○　**歯科診療を行わない保険医療機関**であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と**入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築**していること。歯科訪問診療を依頼する際の方法等について文書により提供を受けていること。

○　連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示及びウェブサイトに掲載**していること。

○　過去１年間に以下の実績を有すること。

ア　入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から**歯科訪問診療を受けた実績が３件以上**

イ　退院時に「Ｂ００９」の注14に規定する**歯科医療機関連携加算１を算定した実績が３件以上**

○　入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制や、口腔状態に問題があれば、入院中の受診を必要としない場合であっても、退院後に歯科への受診を促す体制が整備されていることが望ましい。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

➢ 認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直す。

現行

［算定要件（告示）］
【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　180点　/ ロ　15日以上の期間　34点
２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　112点　/ ロ　15日以上の期間　28点
３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　44点　/ ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］
注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

［算定要件（告示）］
【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　**186点**　/ ロ　15日以上の期間　**39点**
２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　**115点**　/ ロ　15日以上の期間　**31点**
３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　**47点**　/ ロ　15日以上の期間　**13点**
［算定要件］
注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の**20**に相当する点数により算定する。

➢ 認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら、認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働のもと組織内で統一した取組が図られ、身体的拘束の最小化を目指した適切な取り組みが推進されるよう、見直す。

現行

［算定要件（通知）］
Ａ２４７ 認知症ケア加算
(６)　認知症ケア加算１
ア・イ　（略）
（新設）

ウ　（略）

改定後

［算定要件（通知）］
Ａ２４７ 認知症ケア加算
(６) 認知症ケア加算１
ア・イ　（略）
ウ　組織内で統一した取組を図るため、認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働のもと、身体的拘束の最小化を目指した適切な取り組みを推進することとする。
エ　（略）

入退院支援加算の見直し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

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）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、入退院支援加算に規定を設ける。

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。**

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

➢ 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。**

入退院支援加算の見直し②

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。

現行

【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

改定後

【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

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。

介護支援等連携指導料の見直し

入院前からの支援の強化

➢ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

現行	改定後
介護支援等連携指導料　400点	介護支援等連携指導料 介護支援等連携指導料１　400点 **（新）　介護支援等連携指導料２　500点**

［算定要件］

介護支援等連携指導料２は、入退院支援加算１の届出を行っている病棟に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、**平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同**して、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定できる。

ア	当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の（ア）及び（イ）が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。 （ア）入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から７日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる７日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。 （イ）要介護及び要支援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場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。
イ	当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。
ウ	医療法（昭和23 年法律第205 号）第30 条の18 の４第２項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供するかかりつけ医機能に基づく支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行うことが望ましい。

地域加算の見直し

地域加算の見直し

➢ 令和６年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴い、地域加算の対象地域及び評価を見直す。

現行	改定後
【地域加算】（１日につき） 1　１級地　18点 2　２級地　15点 3　３級地　14点 4　４級地　11点 5　５級地　９点 6　６級地　５点 7　７級地　３点	【地域加算】（１日につき） 1　１級地　18点 2　２級地　**14点** 3　３級地　**11点** 4　４級地　**７点** 5　５級地　**４点** （削除） （削除）

［対象地域］
対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律（昭和 25 年法律第 95号）第 11 条の３第１項に規定する**人事院規則で定める地域**及び**当該地域に準じる地域**とする。

➢ **当該地域に準じる地域**は、「地方公務員の給与改定等に関する取扱いについて」（令和７年11月11日総務副大臣通知）別紙２にて定める地域手当の支給地域を参考に、設定する。

（参考）地域加算の対象地域

級地区分	都道府県	地域
1級地	東京都	特別区
２級地	茨城県	つくば市
	東京都	特別区以外の地域
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市
	大阪府	大阪市、吹田市
３級地	茨城県	取手市、守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、蕨市
	千葉県	千葉市、成田市、袖ケ浦市、印西市、習志野市、我孫子市
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市以外の地域
	静岡県	裾野市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域
	京都府	長岡京市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
４級地	宮城県	仙台市、多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ケ崎市、牛久市
	埼玉県	川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市
	千葉県	市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市、八千代市、四街道市
	静岡県	静岡市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	長岡京市以外の地域
	兵庫県	神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市

級地区分	都道府県	地域
5級地	北海道	札幌市
	宮城県	富谷市
	茨城県	つくば市、取手市、守谷市、水戸市、日立市、土浦市、龍ケ崎市、牛久市以外の地域
	栃木県	全域
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市以外の地域
	千葉県	千葉市、成田市、袖ケ浦市、印西市、市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市以外の地域
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	山梨県	甲府市
	長野県	長野市、松本市、塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	裾野市、静岡市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市以外の地域
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市以外の地域
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市以外の地域
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市以外の地域
	和歌山県	和歌山市、橋本市
	岡山県	岡山市、倉敷市
	広島県	広島市以外の地域
	香川県	高松市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市以外の地域

【経過措置】令和９年５月までの間に限り、級地の調整を行う地域

➢ 改定前と比較して５点以上点数が変動する以下の地域については、激変緩和措置として、令和９年５月31日までの間に限り、算定する区分の調整を行う。

令和９年５月31日までの級地区分（激変緩和措置）	令和９年６月１日以降の級地区分	都道府県	地 域
３級地	２級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	４級地	愛知県	大府市
４級地	３級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	５級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		滋賀県	大津市、草津市、栗東市
		兵庫県	川西市、猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
		広島県	府中町
５級地	４級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市

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。

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

➢ 医療資源の少ない地域について、令和５年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行う。

（令和６年度改定）
37医療圏

➡

引き続き要件に該当する二次医療圏数	32医療圏※1
新たに要件に該当する二次医療圏数	７医療圏
要件に該当しない二次医療圏数	５医療圏

➡

（令和８年度改定）
39医療圏※1

参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

①　医療従事者の確保が困難な地域
「人口当たり医師数※2が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数※2が下位1/2」

②　医療機関が少ない地域
「病院密度※3が下位15%」または「病床密度※3が下位15%」

※１　上記参考の基準を満たす場合のほか、離島振興法第二条第一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第一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第四条第一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第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域が対象に含まれる。
※２　人口については、令和２年国勢調査（令和２年10月１日時点）、医療従事者数については、令和５年医療施設（静態・動態）調査（令和５年10月1日時点。病院従事者数の医師総数並びに保健師、助産師、看護師、准看護師及び看護業務補助者数）を用いて算出。
※３　面積については、全国都道府県市区町村別面積調（令和２年10月１日時点）、医療従事者数については、令和５年医療施設（静態・動態）調査（病院施設数及び病院病床数）を用いて算出。

経過措置の見直し

➢ 対象地域の見直し以前に当該地域で入院料等の届出を行っていた医療機関に対する経過措置について、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行っている医療機関の運営の安定性を担保する観点から、**その期間を延長する**。

- 令和６年３月31日において、現に令和６年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、**令和12年５月31日までの間、なお効力を有する**ものとする。

  該当地域：北海道十勝医療圏、秋田県旧北秋田医療圏

- 令和８年３月31日において、現に令和８年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、**令和14年５月31日までの間、なお効力を有する**ものとする。

  該当地域：北海道南檜山医療圏、岩手県宮古医療圏、長野県木曽医療圏、長野県大北医療圏、滋賀県湖北医療圏

（参考）医療資源の少ない地域の対象地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町及び占冠村
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村及び雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町及び小鹿野町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ケ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町
福井県	奥越	大野市及び勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町及び紀宝町
滋賀県	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市、川本町、美郷町及び邑南町
	隠岐	島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町
岡山県	真庭	真庭市及び新庄村
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町及び新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市及び熊毛郡
	奄美	奄美市及び大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市及び多良間村
	八重山	石垣市、竹富町及び与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一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第一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第四条第一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第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

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

（参考）医療資源の少ない地域・人口の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

○　医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難である観点から、算定要件・施設基準の緩和や混合病棟を認める等、その特性に配慮した評価を行っている。
○　人口の少ない地域については、救急搬送件数や全身麻酔件数等の病院実績要件を満たすことが困難である観点から、当該要件の緩和等の配慮を行っている。

＜医療資源の少ない地域＞

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
地域包括診療加算・地域包括診療料	診療所の常勤換算医師数基準を２名以上から、1.4名以上に緩和	施設基準の緩和
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算	情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能	施設基準の緩和
A２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の緩和
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算* Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
Ａ３０８　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に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能	施設基準の緩和
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※１看護職員の最小必要数の４割以上※２が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料２及び４）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在支診も同様）	病床数 施設基準の緩和
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
Ｏ００２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） Ｏ００３　入院ベースアップ評価料	賃上げ対象職員数の要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

＜人口の少ない地域＞

項目名	人口の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ３００　特定集中治療室管理料 Ａ３００－２　ハイケアユニット入院医療管理料	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８割に緩和	施設基準の緩和
Ｂ００１－２－６　救急外来医学管理料	救急搬送件数に関する病院の実績要件を８割に緩和	施設基準の緩和
Ｂ００５－11　遠隔連携診療料	外来の場合の対象疾患に、悪性腫瘍（治療中のものに限る。）、膠原病（治療中のものに限る。）及び慢性維持透析を追加	対象疾患の拡大

令和８年度診療報酬改定

７.外来医療の機能分化・強化等

７．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。

外来医療の機能分化のイメージ

紹介

特定機能病院等

専門的な医学管理を実施

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

専門外来への定期的な受診
専門的な検査

患者

日常的な受診

地域の診療所等

全人的かつ継続的な医学管理を実施

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬管理等

逆紹介

（参考）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

初診料の注２、３　**216点**　　外来診療料の注２、３　**57点**

（情報通信機器を用いた初診については188点）

	特定機能病院	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）
減算の対象患者	【初診料】　他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者 【外来診療料】　以下のいずれかに該当する患者 ・　一般病床200床未満の病院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。） ・　当該病院において過去１年間に12回以上外来診療料を算定した患者（ただし、過去１年間に、紹介を行った医療機関との連携により、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者、緊急その他やむを得ない事情がある患者及び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は、減算の対象にはならない。）			
減算規定の基準 （前年度1年間）	紹介割合50%未満　又は 逆紹介割合50‰未満			紹介割合40%未満　又は 逆紹介割合40‰未満
紹介割合（%）	（紹介患者数＋救急患者数）／初診の患者数 × 100			
逆紹介割合 (‰)	逆紹介患者数／(初診の患者数＋再診の患者数) × 1,000			
初診の患者数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 • 救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した患者			
再診の患者数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 • 救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した患者、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 • 転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 • 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 • B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 • 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

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

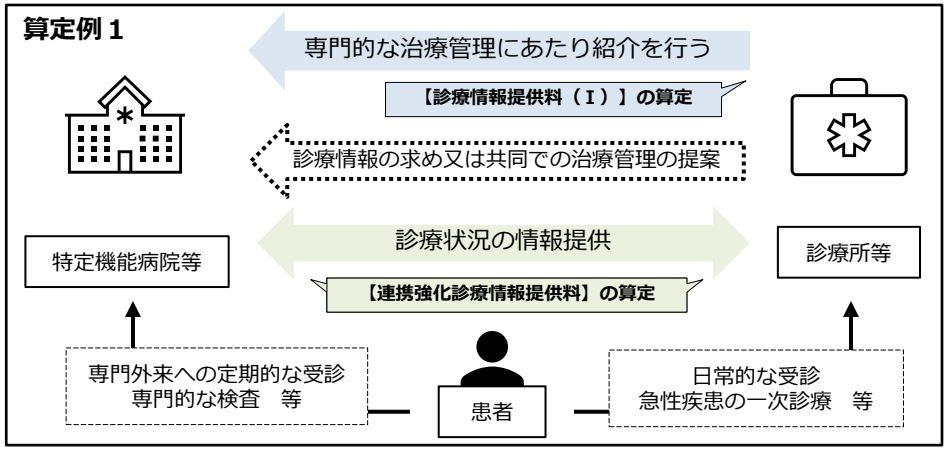
［算定要件］

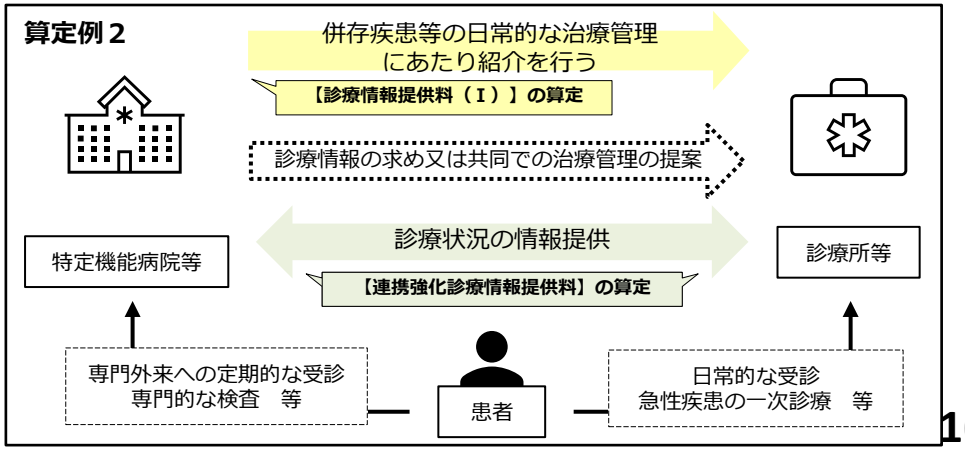
保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合、所定点数に加算する。

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。





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

（参考）連携強化診療情報提供料の概要

B011　連携強化診療情報提供料　150点

➢ かかりつけの医療機関と、専門的な医学管理を行う医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

【主な算定要件】

- 他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した患者について、**当該他の保険医療機関等からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、**患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、患者１人につき提供する保険医療機関ごとに**３月に１回に限り**算定する。
- 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。
- 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

※　連携強化診療情報提供料を算定する患者については、特定機能病院等における「逆紹介割合」の計算において、「再診の患者数」から除外し、「逆紹介患者数」に含めることができる。また、当該病院において過去１年間に12回以上外来診療料を算定した患者であっても、外来診療料の減算対象にならない。

注番号	対象疾患等	算定する医療機関と情報提供先の組み合わせ	
		算定する医療機関 （患者を紹介した／紹介された医療機関）	情報提供先 （情報提供の求めを行った／連携について合意を行った医療機関）
1	（疾患の限定なし）	以下のいずれか • 200床未満の病院 • 診療所	以下のいずれか • 特定機能病院 • 地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床数400床以上の病院（いずれも一般病床200床以上）
		以下のいずれか • 特定機能病院 • 地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床数400床以上の病院（いずれも一般病床200床以上）	以下のいずれか • 200床未満の病院 • 診療所
2	難病（疑い含む） てんかん（疑い含む）	• 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 • てんかん支援拠点病院	全ての医療機関
3		全ての医療機関	• 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 • てんかん支援拠点病院
4	妊娠中の患者	妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	全ての医療機関
5		全ての医療機関	妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している

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。

生活習慣病管理料（Ⅱ）の包括範囲から除外される医学管理等

- 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、**新たに以下の医学管理料等について、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く**。

生活習慣病に関連する総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべき医学管理	**（参考）** **引き続き包括範囲外である医学管理料等** • 外来栄養食事指導料 • 集団栄養食事指導料 • 糖尿病合併症管理料 • がん性疼痛緩和指導管理料 • 外来緩和ケア管理料 • 糖尿病透析予防指導管理料 • 慢性腎臓病透析予防指導管理料 • ニコチン依存症管理料 • 療養・就労両立支援指導料 • プログラム医療機器等指導管理料 • 診療情報提供料（Ⅰ） • 電子的診療情報評価料 • 診療情報提供料（Ⅱ） • 診療情報連携共有料 • 連携強化診療情報提供料 • 薬剤情報提供料
下肢創傷処置管理料	
生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（特定の疾病を主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料	
時間外対応・救急対応に関する医学管理	
地域連携夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、救急救命管理料	
情報提供等に関連する評価	
傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料	

- 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。

現行

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】
注１　（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

［施設基準］
（新設）

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】
注１　（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、**別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、**区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
［施設基準］
生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注１に規定する厚生労働大臣が定める薬剤
- **インスリン製剤**
- **グルカゴン様ペプチド－１受容体アゴニスト**
- **インスリン・グルカゴン様ペプチド－１受容体アゴニスト配合剤**
- **チルゼパチド製剤**

診療実績データの提出に係る評価の見直し

診療実績データの提出に係る評価の見直し

➢ 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、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、評価及び評価体系を見直す。

（新）　充実管理加算

1　充実管理加算１　30点
2　充実管理加算２　20点
3　充実管理加算３　10点

[施設基準]（概要・抜粋）

- 脂質異常症/糖尿病/高血圧を主病として生活習慣病管理料１又は２を算定する患者について、届出時点における直前の厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位20%であること（充実管理加算１）
- 上記実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位50%であること（充実管理加算２）
- 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。（共通）

［経過措置］（概要）

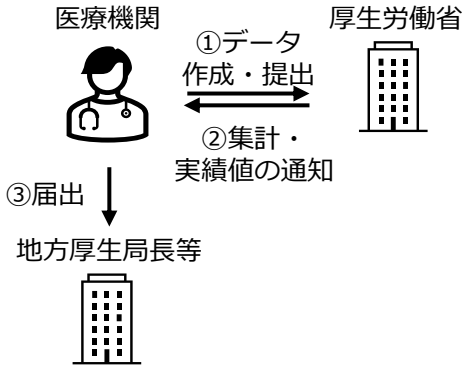
- 令和８年３月31日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算１の実績値に係る要件を満たすものとする。

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
・継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち集計期間中に、脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・継続受診を行う患者の割合	・集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合 ・継続受診を行う患者の割合	・継続受診を行う患者の割合

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

届出のイメージ



外来様式１の見直し

外来様式１の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類（既往含む）
体重	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・ＬＤＬコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール（ＨｂＡ１ｃ）	血圧分類
慢性合併症：網膜症	リスク層
慢性合併症：腎症	収縮期血圧
慢性合併症：神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無（初発）	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	１日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	喫煙年数

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

別表第８の３に掲げる患者の状態

（参考）新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和８年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

集計対象期間(令和10年度評価)（令和８年10月～令和９年９月）

集計対象期間(令和11年度評価)（令和９年10月～令和10年９月）

	令和8年6月～７月	８月	９月	10月	令和８年11月～令和９年９月	令和９年10月～令和10年３月	令和10年４月～
令和８年５月20日までに様式７の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式７の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定→医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算（※１）	-			充実管理加算３			充実管理加算１～３

※１　令和７年10月から令和８年９月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和９年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和９年４月からデータの提出を開始する場合のスケジュール（※２）

集計対象期間(令和10年度評価)（令和９年４月～令和10年３月）

集計対象期間(令和11年度評価)（令和９年10月～令和10年９月）

	令和8年12月～令和９年1月	２月	３月	４月	令和９年５月～令和10年３月	４月～９月	10月～
令和８年11月20日までに様式７の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式７の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定→医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算	-			充実管理加算３			充実管理加算１～３

※２　基準値の集計は年１回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に２回実施することを予定している。

（参考）新規に届出を行う場合のスケジュール②

様式７の10の提出期間	充実管理加算３の算定開始時期（※１）	実績値の集計対象期間	実績に基づく加算の算定開始時期
令和７年５月20日（既に終了）	令和７年10月（※２）（既に開始）	令和７年10月～令和８年９月（令和９年度評価分） 令和８年10月～令和９年９月（令和10年度評価分）	令和９年４月
令和７年11月20日（既に終了）	令和８年４月（※２）	令和８年４月～令和９年３月（令和９年度評価分） 令和８年10月～令和９年９月（令和10年度評価分）	令和９年10月
令和８年５月20日	令和８年10月	令和８年10月～令和９年９月（令和10年度評価分） 令和９年10月～令和10年９月（令和11年度評価分）	令和10年４月
令和８年11月20日	令和９年４月	令和９年４月～令和10年３月（令和10年度評価分） 令和９年10月～令和10年９月（令和11年度評価分）	令和10年10月

※１　試行データを適切に作成・提出したものと認められ、様式７の11の届出を行った場合の最短の算定開始時期。なお、令和８年３月31日において、現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、充実管理加算１に係る実績要件に該当するものとみなす。
※２　令和８年５月31日までは外来データ提出加算（生活習慣病管理料）。

生活習慣病管理料による医学管理のイメージ

治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明

歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

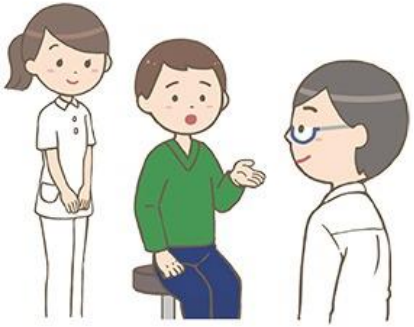
糖尿病患者についての
眼科医療機関・歯科医療機関との連携

リフィル処方及び長期処方の活用

継続した受診・定期的な検査の実施

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理

医療DXを活用した情報共有の推進



特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料の見直し

➢ 特定疾患療養管理料及び処方料・処方箋料の特定疾患処方管理加算の対象となる疾病について、**消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である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**する。

現行

【特定疾患療養管理料】
［施設基準］
別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患
（中略）
胃潰瘍
十二指腸潰瘍

（中略）

改定後

【特定疾患療養管理料】
［施設基準］
別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患
（中略）
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）
（中略）

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。

地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の評価体系の見直し

➢ 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。

現行	
・認知症地域包括診療加算１	38点
・地域包括診療加算１	28点
・認知症地域包括診療加算２	31点
・地域包括診療加算２	21点
・認知症地域包括診療料１	1,681点
・地域包括診療料１	1,660点
・認知症地域包括診療料２	1,613点
・地域包括診療料２	1,600点

改定後	
・地域包括診療加算１	
認知症を有する患者等の場合	38点
その他の慢性疾患等を有する患者の場合	28点
・地域包括診療加算２	
認知症を有する患者等の場合	31点
その他の慢性疾患等を有する患者の場合	21点
・地域包括診療料１	
認知症を有する患者等の場合	**1,682点**
その他の慢性疾患等を有する患者の場合	**1,661点**
・地域包括診療料２	
認知症を有する患者等の場合	**1,614点**
その他の慢性疾患等を有する患者の場合	**1,601点**

対象患者の見直し

➢ 地域包括診療加算等の対象患者を以下のとおり拡大する。

● **認知症を有する患者等の場合**

以下の全てを満たす患者が対象となる。

（イ）　認知症を有するもの**又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等（要介護被保険者、居宅要支援被保険者）であるもの**

（ロ）　認知症以外の１以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの

（ハ）　同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの

①　１処方につき５種類を超える内服薬があるもの

②　１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの

● **その他の慢性疾患等を有する患者**

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）若しくは認知症の６疾病のうち２以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者**又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者**（いずれの疾病にも、疑いは含まない。）

地域包括診療加算等の見直し②

連携薬局の要件の見直し

➢ 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定する保険医療機関の連携薬局について、**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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)～(ハ)　（略）
(二)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
①　調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。
②～⑤　（略）
(ホ)～(ル)　（略）

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)～(ハ)　（略）
(二)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
①　調剤について**24時間対応できる体制を整えている**薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。**連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。**
②～⑤　（略）
(ホ)～(ル)　（略）

認知症患者への診断後支援の推進

➢ 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、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。

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。

地域包括診療加算等の見直し③

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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】（薬剤適正使用連携加算）
［算定要件］
○　**算定対象患者**
- 他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所した患者

○　**算定要件（以下の全てを満たす場合）**
① 当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うこと
② 退院後又は退所後１月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けること
③ ②の処方内容において、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が①よりも減少していること

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】（薬剤適正使用連携加算）
［算定要件］
○　**算定対象患者（以下のいずれかに該当する患者）**
- 他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所した患者
- **他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者**

○　**算定要件（以下の全てを満たす場合）**
① 当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設**に対して、**薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する**情報提供を行い、適切な連携を実施すること**
② 退院後若しくは退所後１月以内**又は当該情報提供から３月以内**に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けること
③ ②の処方内容において、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が①よりも減少していること

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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［施設基準］
（９）　以下のいずれか１つを満していること。
ア　時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。
イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［施設基準］
（９）　以下のいずれか１つを満していること。
ア　時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。
イ　常勤換算２名以上**（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては1.4人以上）**の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。

地域包括診療加算等の見直し④

データ提出に係る評価の新設

➢ 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、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。

（新）　外来データ提出加算　10点

[算定要件]（概要・抜粋）

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び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は、外来データ提出加算として、月１回に限り10点を所定点数に加算する。

地域包括診療加算等における外来データ提出加算の届出に係るスケジュール（※１）

～令和８年 11月20日	令和9年12月 ～令和10年１月	２月	３月	４月～
様式７の10（※２） 届出	試行データ作成（※３）	試行データ提出	様式７の11(※４） 届出	算定開始

※１　例として、令和８年11月20日までに様式７の10の届出を行った場合のスケジュールを示している。

※２　外来データ提出加算の届出を希望する医療機関は、様式７の10を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和８年度及び令和９年度における届出の期限は、令和８年11月20日、令和９年２月22日、５月20日、８月20日、11月22日又は令和10年２月21日を予定（詳細は別途厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡等を参照。）。

※３　様式７の10の届出期限である月の翌月から起算して2月分の試行データを外来医療等調査事務局が提供するチェックプログラムによりエラーチェックを実施したうえで、提出ファイルを作成し、指定する提出期限までに外来医療等調査事務局に提出する。

※４　試行データが適切に作成及び提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から各医療機関の担当者宛てに電子メールにて事務連絡を送信する。その後、様式７の11を用いて、地方厚生（支）局長宛て届出を行う。届出が受理された翌月の１日（月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月１日）から加算の算定が可能となる。

機能強化加算の見直し

機能強化加算の要件の見直し

➢ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、**機能強化加算について、新たに以下を要件とする**。
- **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。
- **業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。**また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

（参考）初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）
機能強化加算　　80点

➢ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

（平成30年度診療報酬改定において新設）

[主な算定要件]
- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
  (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
  (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
  (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
  (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
  (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[主な施設基準]
- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
  ア　地域包括診療加算　イ　地域包括診療料　ウ　小児かかりつけ診療料　エ　在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
  オ　施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- **健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。**
- **「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。**
- **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出を行っていることが望ましい。**

時間外対応体制加算の充実

時間外対応体制加算の充実

➢ 休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算について、**評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する**。

現行

【時間外対応加算】
［算定要件］
10　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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	時間外対応加算１	５点
ロ	時間外対応加算２	４点
ハ	時間外対応加算３	３点
ニ	時間外対応加算４	１点

改定後

【時間外対応**体制**加算】
［算定要件］
10　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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	時間外対応**体制**加算１	**７点**
ロ	時間外対応**体制**加算２	**５点**
ハ	時間外対応**体制**加算３	**４点**
ニ	時間外対応**体制**加算４	**２点**

療養・就労両立支援指導料の見直し

対象疾患・要件の見直し

- 対象疾患の定めを廃止し、**疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに算定可能**とする。

現行

【療養・就労両立支援指導料】
［算定要件］

○算定の対象となる患者
別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者
悪性新生物
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
心疾患
糖尿病
若年性認知症
難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病その他これに準ずる疾患

改定後

【療養・就労両立支援指導料】
［算定要件］

○算定の対象となる患者
疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの

- ２回目以降の指導について、３月以上の期間に渡って継続されている実態を踏まえ、**算定可能な期間を３月から６月に見直す**。
- 医療機関が受け取る勤務情報について、**患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」が、事業者の確認を経て医療機関に提供された場合においても算定可能**とする。

評価の見直し

- 就労の状況を考慮した療養上の指導及び相談支援を更に推進する観点から、その評価を引き上げる。

現行

１　初回	800点
２　２回目以降	400点
相談支援加算	50点

改定後

１　初回	**850点**
２　２回目以降	**500点**
相談支援加算	**400点**

（参考）療養・就労両立支援指導料の概要

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

１　初回　　850点

２　２回目以降（初回算定日の属する月又はその翌月から起算して６月を限度）　　500点

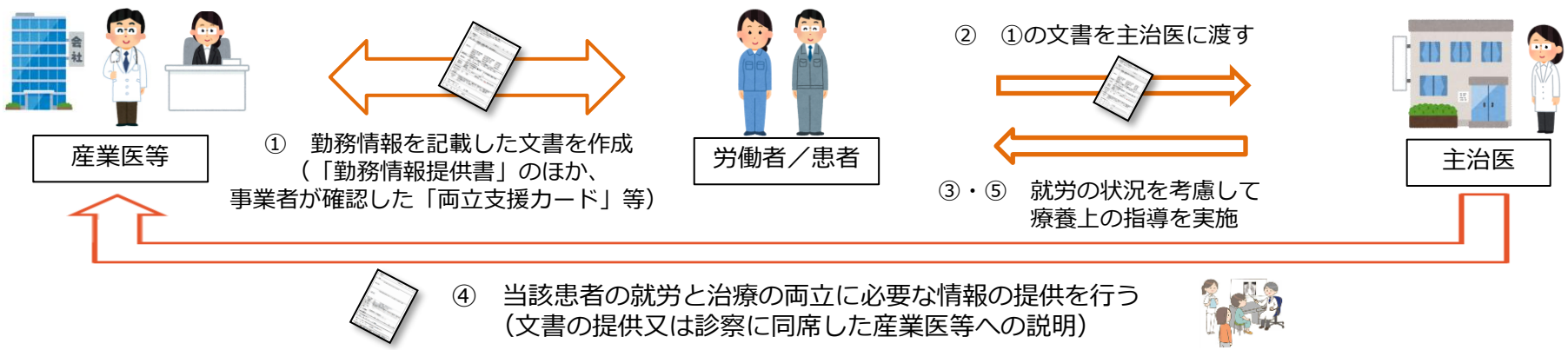
- 療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。）の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等（注）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するもの。

（注）労働安全衛生法に規定する産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師

※　事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書（産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書を含む。）の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、算定を行った月内において、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

対象となる患者

疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの



相談支援加算　400点

- 当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に算定する。

【施設基準】

専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は「患者サポート体制充実加算」に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

➢ 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。

- **健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できる**ことを明確化する。
- 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、同日に１回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できない**ことを明確化する。
- 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定する**ことを明確化する。

◆健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合

（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に１回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
保険医療機関に通院し、保険診療で精査中・治療中の患者（例：糖尿病で通院）	精査中・治療中の疾病と関連する健診等（例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施）	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等（例：○△がん検診後に○△がんに関する保険診療を実施）	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	

（※）再診料等の費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。

- 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、診療報酬を算定できる。
- 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

◆健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に１回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定	初診料を算定	
保険医療機関に通院し、保険診療で精査中・治療中の患者（例：糖尿病で通院）	精査中・治療中の疾病と関連する健診等（例：特定健診後に足関節捻挫の保険診療を実施）	再診料等を算定	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等（例：がん検診に足関節捻挫の保険診療を実施）	再診料等を算定	再診料等を算定	

外来医師過多区域に関する対応

外来医師過多区域に関する対応

➢ 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。

現行	改定後
【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （新設）	【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） **（４）　健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。** **※　地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。**

（参考）

○　**医療法（昭和23年法律第205号）【令和８年４月１日施行時点】**

第三十条の十八の六　都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

（中略）

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむ得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

○　**健康保険法（大正11年法律第70号）【令和８年４月１日施行時点】**

（保険医療機関の期限付指定）

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

２　前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

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。

バイオ後続品使用体制加算の見直し

バイオ後続品使用体制加算の見直し

- 入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、その**算定日を入院初日から、退院の日に変更**する。
- バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の**使用回数の合計に係る要件を廃止**し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも１つ以上の成分で、**直近１年間に調剤した規格単位数量の合計が50以上であることを要件**とする。
- バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、**バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分を見直す**。

（参考）　A243-2　バイオ後続品使用体制加算　　100点

- バイオ後続品の品質、有効性、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されている医療機関を評価したもの。

［算定要件］

バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品を使用する患者について、**退院の日に１回に限り**に算定する。

［主な施設基準］

- バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載している。
- (１)及び(２)のそれぞれの成分について、以下のア及びイを満たすこと。なお、直近１年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、**ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも１つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。**

ア　$\dfrac{\text{（１）に掲げる各成分のバイオ後続品の規格単位数量}}{\text{（１）に掲げる先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品を除く）}} \geqq 80\%$

イ　$\dfrac{\text{（２）に掲げる各成分のバイオ後続品の規格単位数量}}{\text{（２）に掲げる先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品を除く）}} \geqq 50\%$

（１）80%以上を基準とする成分

（イ）　エポエチン
（ロ）　リツキシマブ
（ハ）　トラスツズマブ
（ニ）　テリパラチド
（ホ）　ラニビズマブ
（ヘ）　インスリングラルギン
（ト）　ダルベポエチン
（チ）　フィルグラスチム

（２）50%以上を基準とする成分

（イ）　ソマトロピン
（ロ）　インフリキシマブ
（ハ）　エタネルセプト
（ニ）　アガルシダーゼベータ
（ホ）　ベバシズマブ
（ヘ）　インスリンリスプロ
（ト）　インスリンアスパルト
（チ）　アダリムマブ
（リ）　アフリベルセプト
（ヌ）　ウステキヌマブ
（ル）　ペグフィルグラスチム
（ヲ）　トシリズマブ

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

地域支援・医薬品供給対応体制加算、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

➢ 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、**医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止**する。

○ **病院・有床診療所**

（新）　地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日）

地域支援・医薬品供給対応体制加算１	87点
地域支援・医薬品供給対応体制加算２	82点
地域支援・医薬品供給対応体制加算３	77点

○ **診療所**

（新）　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算（１処方につき）

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１	８点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２	７点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３	５点

［算定要件］

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組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算定する。

［主な施設基準］

- 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、加算１にあっては90%以上、加算２にあっては85%以上90%未満、加算３にあっては75%以上85%未満であること。
- 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を掲示していること。
- 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて掲示していること。
- 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

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。

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

➢ 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算の評価を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

現行	改定後
【診療録管理体制加算１】　140点 【診療録管理体制加算２】　100点 ・区分の見直し（診療録管理体制加算２→１） ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。 【診療録管理体制加算３】　30点 ・区分の見直し（診療録管理体制加算３→２）	（削除） 【診療録管理体制加算**１**】　100点 （削除） 【診療録管理体制加算**２**】　30点

入院基本料等加算

（新）　電子的診療情報連携体制整備加算１　　160点（入院初日）
（新）　電子的診療情報連携体制整備加算２　　80点（入院初日）

［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）　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。
（５）　マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
（４）　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、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（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、当該保険医療機関及びウェブサイトに掲載していること。
（８）　厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
（９）　**「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること**。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
(10)　専任の医療情報システム安全管理責任者は、情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい。
(11)　非常時に備えた医療情報システムの**バックアップを複数の方式で確保**し、その一部はネットワークから切り離した**オフラインで保管**していること。
(12)　非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての**業務継続計画（ＢＣＰ）を策定**し、少なくとも**年１回程度、定期的に訓練・演習を実施**すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

電子処方箋の活用の推進

遠隔電子処方箋活用加算の新設

➢ オンライン診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

（新）　遠隔電子処方箋活用加算　10点

［算定要件］
・　情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウを満たした場合に月に１回に限り算定できる。
　ア　電子処方箋管理サービスを用いて最新の薬剤情報を確認し、処方情報の登録時に重複投薬等チェック機能を活用すること。
　イ　患者に対し、調剤を行う保険薬局を事前に確認し、当該保険薬局が電子処方箋に対応する体制があることを確認すること。
　ウ　電子処方箋（引換番号が印字された紙の処方箋を除く。）を発行すること。

［施設基準］
（１）　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
（２）　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること。
（３）　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。

救急時医療情報取得加算の新設（再掲）

➢ 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管理サービスを活用し、当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設**する。

（新）　救急時医療情報取得加算　50点

［算定要件］
救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者（JCSⅡ-10以上若しくはGCS12点以下の患者又は無動症の患者）に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを用いて、最新の診療情報を取得した場合に、月１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
・　電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。
　ア　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
　イ　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること
　ウ　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること
・　救急時医療情報閲覧機能を有していること。

オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

➢ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加するとともに、向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

現行

【情報通信機器を用いた診療】
［施設基準］
1　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
(1)　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
ア～ウ　（略）
エ　情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。
（新設）
（新設）
（新設）

改定後

【情報通信機器を用いた診療】
［施設基準］
1　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
(1)　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～カを満たすこと。
ア～ウ　（略）
エ　以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。
（イ）　情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わないこと
（ロ）　当該保険医療機関での**対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト**
オ　**医療広告ガイドラインを遵守**していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
カ　**向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いること**。ただし、電子処方箋を導入していない場合には、令和10年５月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

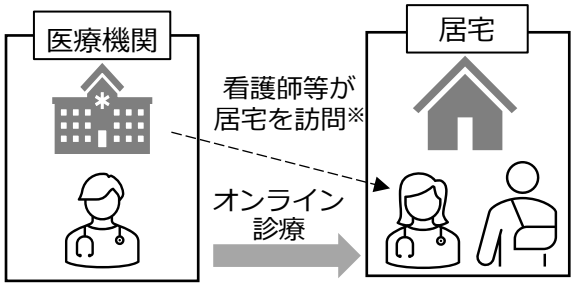
D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

	（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】

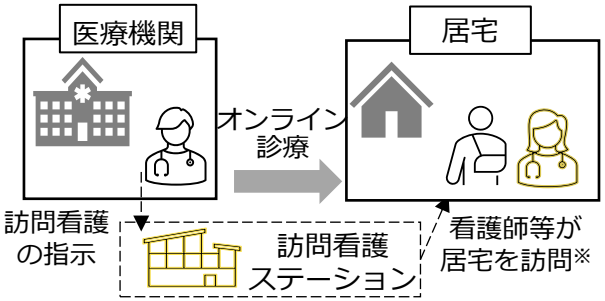
検査：　**看護師等遠隔診療検査実施料**（第３節生体検査料、第４節診断穿刺・検体採取料）　第１節検体検査料は別途算定可
注射：　**看護師等遠隔診療注射実施料**
処置：　**看護師等遠隔診療処置実施料**

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

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化①

訪問看護遠隔診療補助料の新設

➢ D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、訪問看護を同時に実施しない場合であって、看護師等が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

（新）　訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）　265点

［留意事項通知（主なもの）］

- 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合に、月に１回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定しない。
- 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうちア又はイの場合における看護師等による訪問を評価するものである。

ア　医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合

イ　医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合

- 当該点数を算定する場合、「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、「Ｃ００７」訪問看護指示料、「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。
- 注１に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。

ア　患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書の交付は不要。

イ　患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。

ウ　当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

エ　第３部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

［施設基準］

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化②

訪問看護遠隔診療補助料の新設②

➢ 訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外で、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、診療の補助を行うことに係る評価を新設する。

（新）　訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）　2,650円

［留意事項通知（主なもの）］

- 主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
- 訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に１回に限り算定する。
- 同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料は算定できない。
- １人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００５－１－３に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
- 主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、居宅を訪問し診療の補助を行った場合に算定するものであり、訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００５－１－３に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。
- 居宅を訪問し診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。
- 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。
- オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

［施設基準］

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化③

算定方法の明確化

➢ D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

現行	改定後
【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】 ［算定要件（通知）］ （新設）	【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】 ［算定要件（通知）］ (36)　**訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は算定できる。**なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。

（新）　看護師等遠隔診療検査実施料

イ　１種類の場合　100点　　ロ　２種類の場合　150点

［算定要件］

- 看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第３節又は第４節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第３節又は第４節の各区分の所定点数に代えて、１日につき、いずれかを算定する。

（新）　看護師等遠隔診療注射実施料　100点

［算定要件］

- 看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて１日につき、算定する。ただし、第９部通則第９号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。

（新）　看護師等遠隔診療処置実施料

イ　１種類の場合　100点　　ロ　２種類の場合　150点

［算定要件］

- 看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。

遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

➢ D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

現行

【遠隔連携診療料】

1　診断を目的とする場合　750点
2　その他の場合　500点

注１　１については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。

２　２については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

改定後

【遠隔連携診療料】

1　**外来診療の場合**　**900点**
2　**訪問診療の場合**　**900点**
3　**入院診療の場合**　**900点**

注１　１については、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、**対面診療を行っている入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**診断又は治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**３月に１回**に限り算定する。

２　２については、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、**在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者**のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**３月に１回**に限り算定する。

３　３については、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、**入院中の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**３月に１回**に限り算定する。

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

➢ D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

	対象患者	遠隔診療を行う保険医療機関
外来診療の場合	• 指定難病の患者※1	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	• てんかんの患者※1※2	てんかん診療拠点機関
	• 希少がんの患者※1	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	• 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者※1	特定機能病院又は小児入院医療管理料１を届け出た保険医療機関
	• 医療的ケア児（者）	
	• 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る） • 膠原病の患者（治療中のものに限る） • 慢性維持透析の患者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
訪問診療の場合	• 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
	• 医療的ケア児（者）	
	• 外来緩和ケア管理料の対象患者	外来緩和ケア管理料を届け出た保険医療機関
入院診療の場合	• 指定難病の患者	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	• 希少がんの患者 • 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	• 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者	特定機能病院又は小児入院医療管理料１を届け出た保険医療機関
	• 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関

注）青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。
※１　診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。
※２　外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器又は電話による追加的な指導の評価

➢ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、２回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。

現行

【外来栄養食事指導料】

9　外来栄養食事指導料
イ　外来栄養食事指導料１
（１）　初回　（略）
（２）　２回目以降
①　対面で行った場合　200点
②　情報通信機器等を用いた場合　180点
（新設）
ロ　外来栄養食事指導料２
（１）　初回　（略）
（２）　２回目以降
①　対面で行った場合　190点
②　情報通信機器等を用いた場合　170点
（新設）

改定後

【外来栄養食事指導料】

9　外来栄養食事指導料
イ　外来栄養食事指導料１
（１）　初回　（略）
（２）　２回目以降
①　対面で行った場合　200点
②　情報通信機器を用いた場合※電話は廃止　180点
③　（１）の①又は②の追加的な指導を行った場合　50点
ロ　外来栄養食事指導料２
（１）　初回　（略）
（２）　２回目以降
①　対面で行った場合　190点
②　情報通信機器を用いた場合※電話は廃止　170点
③　（１）の①又は②の追加的な指導を行った場合　45点

［算定要件］
管理栄養士が（１）の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、**２回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる**。なお、**指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能**である。

➢ 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設

情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

- 不随意運動症に対する脳深部刺激療法におけるオンライン診療の有用性や、「脳深部刺激療法における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料について、新たな評価を行う。

現行

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】
［算定要件］
（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】
［算定要件］
注３　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、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて705点を算定する。

［施設基準］
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

- プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）に情報通信機器を用いた場合の規定があることを踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設ける。

現行

【プログラム医療機器等指導管理料】
［算定要件］
（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】
［算定要件］
注３　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、プログラム医療機器等指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、78点を算定する。

［施設基準］
プログラム医療機器等指導管理料の注３の施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

情報通信機器を用いた療養指導の見直し

在宅療養指導料の見直し

➢ 情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

現行

【在宅療養指導料】
13　在宅療養指導料　　170点

［算定要件］
注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

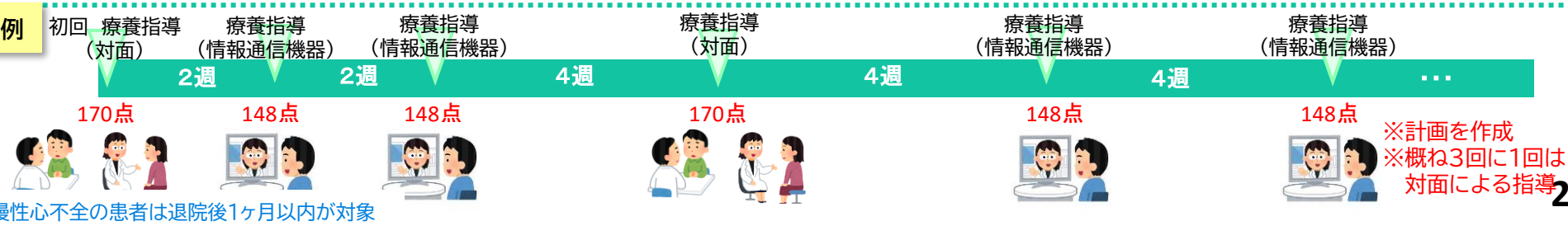
２　（略）

改定後

【在宅療養指導料】
13　在宅療養指導料
イ　初回
対面で行った場合　　170点
ロ　２回目以降
（１）　対面で行った場合　　170点
（２）　情報通信機器を用いた場合　148点

［算定要件］
注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者**（ロの（２）については、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、第２部第２節第１款在宅療養指導管理料のうちＣ１０１在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に限る。）**に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月１回**（イを算定する月にあっては、イとロを合算して月２回）**に限り算定する。
２　（略）

算定の例



医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

➢ 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

■ 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。

■ 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

【廃止】院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病　療養計画書　等
【一部簡素化】他機関に交付される書類であっても、２回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書、 保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式　等

■ 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。

■ 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。

■ 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料１の見直し

短期滞在手術等基本料１の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料１について、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料１】 イ　主として入院で実施されている手術を行った場合 （略） ロ　イ以外の場合 （１）　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点 （２）　（１）以外の場合　1,359点	【短期滞在手術等基本料１】 イ　主として入院で実施されている手術を行った場合 （略） ロ　イ以外の場合 （１）　麻酔を伴う手術を行った場合　**795点** （２）　（１）以外の場合　**680点**

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料１の対象手術等

(「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等)

Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　10　手根骨骨内異物除去術
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　11　中手骨骨内異物除去術
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　半月板切除術（関節鏡下）
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ２８２　水晶体再建術　３　計画的後嚢切開を伴う場合
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　１　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　２　ツリウムレーザーを用いるもの
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　３　その他のもの

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　７　手軟部腫瘍摘出術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手部ガングリオン摘出術
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　手根管開放手術（内視鏡下）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
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
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（その他の場合）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛(門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

令和８年度診療報酬改定

８．質の高い在宅医療の推進

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
  ー退院時訪問指導料（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

8. 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。**

往診時医療情報連携加算の見直し

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、往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

現行

【往診料　往診時医療情報連携加算】
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

改定後

【往診料　往診時医療情報連携加算】
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（**在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって機能強化型以外の**保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

［往診時医療情報連携加算を算定可能な組み合わせの整理］

		支援側の医療機関（＝往診時医療情報連携加算を算定）		
		単独型機能強化型	連携型機能強化型	従来型在支診・病
被支援側の医療機関（＝平時の訪問診療を実施）	単独型機能強化型	単独で24時間体制を確保しており、想定されない。		
	連携型機能強化型	連携内で24時間体制を確保することが評価に含まれている。		
	従来型在支診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

在宅療養支援診療所・病院の見直し①

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の細分化

➢ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所において、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**。

現行

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】
他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア・イ　（略）
ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（後略）
エ～ツ　（略）

改定後

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】
他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件の**いずれかに**該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア　以下の要件のいずれにも該当すること。
①・②　（略）
③　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。**また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に４回以上確保していること。**（後略）
④～⑱　（略）
イ　以下の要件のいずれにも該当すること。
※現行と同様

※　機能強化型在宅療養支援診療所としての点数（往診加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料）は、今後はアのみが対象となり、イの場合（現行の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準のうちアを満たさない場合）は在宅療養支援診療所としての点数を算定する。
なお、アが連携型機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を満たすためには、引き続き、ア・イのいずれと連携することも可能。

在宅療養支援診療所・病院の見直し②

第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

➢ 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**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**。

現行

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア　（略）
イ　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（後略）
エ～ツ　（略）

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

改定後

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア　（略）
イ　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。**また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。**
ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（中略）**なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。**
エ～ツ　（略）

在宅療養支援診療所・病院の見直し③

業務継続計画の策定

➢ 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、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所・病院】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援診療所・病院】 ［施設基準］ **「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。**

看取り数等の報告要件の削除

➢ 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所・病院】 ［施設基準］ 年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。	【在宅療養支援診療所・病院】 ［施設基準］ （削除）

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

へき地診療所における常勤医師要件の緩和

➢ 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。

現行

【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】
［施設基準］
１ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準
（１）次の要件のいずれをも満たすものであること。
ア （略）
イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

改定後

【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】
［施設基準］
１ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準
（１）次の要件のいずれをも満たすものであること。
ア （略）
イ在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。**ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日医政発第529号）に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。**

在宅医療情報連携加算の見直し

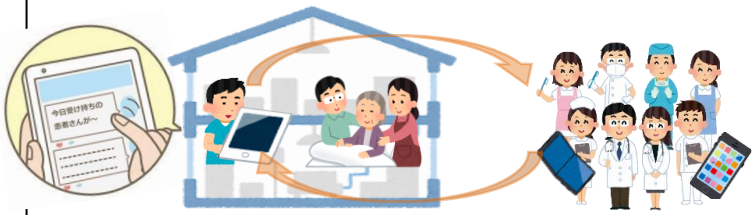
使用可能なＩＣＴの要件等の明確化

➢ 在宅医療情報連携加算について、適切な情報連携体制を整備する観点から、使用することができるＩＣＴの要件等について、明確化を行う。

現行

【在宅医療情報連携加算】
［施設基準］
（１）　連携機関とＩＣＴを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。
（新設）
（３）　地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ＩＣＴを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
（２）・（４）・（５）　（略）

※ 在宅歯科医療情報連携加算についても同様。



改定後

【在宅医療情報連携加算】
［施設基準］
（１）　連携機関とＩＣＴを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。
（２）　（１)の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。
ア　記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、**一元的に管理されたサーバーで保管**されていること。
イ　診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、**患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がＩＣＴを用いて行われるもの**であること。
ウ　**参加者の範囲を随時設定することが可能**であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるＩＣＴを用いることが望ましい。
エ　参加者が、**保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能**であること。なお、保管された当該情報が、**患者ごとに、時系列で速やかに表示されるＩＣＴを用いる**こと。
オ　参加者が、**常時、必要な診療情報等を共有できる**こと。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するＩＣＴを用いることが望ましい。
カ　体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（ＨＩＳＰＲＯ）が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳに係る事項を参考とすること。
キ　安全な通信環境を確保するために、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
（４）　地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ＩＣＴを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には**当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、**連携体制を構築すること。**なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。**
（３）・（５）・（６）　（略）

協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

➢ **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ＩＣＴによる情報共有を行う場合は年１回、ＩＣＴによる情報共有を行わない場合は原則年３回**に見直す。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】【介護保険施設等連携往診加算】
［施設基準］
○　ＩＣＴによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ＩＣＴによる情報連携をしている場合）

・　介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ＩＣＴを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。

・　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ＩＣＴによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、１月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

改定後

【協力対象施設入所者入院加算】【介護保険施設等連携往診加算】
［施設基準］
○　ＩＣＴによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ＩＣＴによる情報連携をしている場合）

・　介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ＩＣＴを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。

・　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年１回**以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ＩＣＴによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に３回**以上の頻度でカンファレンスを実施していること※。

※当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に２件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に１回以上**の頻度であれば良い。

外来医師過多区域に関する対応

外来医師過多区域に関する対応

➢ 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。

現行	改定後
【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （新設）	【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） **（４）　健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。** **※　地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。**

（参考）

○　**医療法（昭和23年法律第205号）【令和８年４月１日施行時点】**

第三十条の十八の六　都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

（中略）

６　都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむ得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

○　**健康保険法（大正11年法律第70号）【令和８年４月１日施行時点】**

（保険医療機関の期限付指定）

第六十八条の二　厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

２　前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

（参考）在宅療養支援診療所・病院の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="3">在宅療養支援診療所</th><th colspan="3">在宅療養支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">機能強化型</th><th rowspan="2">従来型</th><th colspan="2">機能強化型</th><th rowspan="2">従来型</th></tr>
<tr><th>単独型</th><th>連携型</th><th>単独型</th><th>連携型</th></tr>
<tr><td rowspan="2">全ての
在支診・在支病の基準</td><td colspan="4">①　24時間の連絡応需体制　②　24時間の往診体制　③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制
⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑦　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑧　介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい　⑨　業務継続計画の策定</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">①　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ではないこと</td><td colspan="3">①　許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満
②　往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型
在支診・在支病に追加で求める基準</td><td>①　在宅医療を担当する常勤の医師が３人以上</td><td colspan="2">①　在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td><td>①　在宅医療を担当する常勤の医師が３人以上</td><td>①　在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>②　過去１年間の緊急往診の実績が10件以上</td><td>②　過去１年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で４件以上
③　自院での連続する24時間の往診体制を月に４回以上確保</td><td>②　過去１年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で４件以上</td><td>②　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績が10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>②　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td>④　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが４件以上</td><td colspan="2">④　過去１年間の看取りの実績が連携内で４件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが２件以上</td><td>④　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが４件以上</td><td>④　過去１年間の看取りの実績が連携内で４件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="3">⑤　在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td><td colspan="2">⑤　在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="3">⑥　３月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出</td><td colspan="2">⑥　３月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出</td></tr>
</table>

※　青字は令和８年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの。

外来様式１の見直し

外来様式１の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類（既往含む）
体重	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・ＬＤＬコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール（ＨｂＡ１ｃ）	血圧分類
慢性合併症：網膜症	リスク層
慢性合併症：腎症	収縮期血圧
慢性合併症：神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無（初発）	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	１日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	喫煙年数

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

別表第８の３に掲げる患者の状態

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

月２回以上訪問診療区分における重症患者割合要件の新設

➢ 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、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月２回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、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２割以上であることを要件に追加する。

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

注16　**月２回以上訪問診療を行っている場合**（１のイの(2)、１のイの(3)、１の口の(2)、１の口の(3)、２の口、２のハ、３の口及び３のハ）**について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、月１回訪問診療を行っている場合**（それぞれ１のイの(4)、１のイの(4)、１の口の(4)、１の口の(4)、２の二、２の二、３の二及び３の二）**を算定する。**

［別に厚生労働大臣が定める基準］

以下のいずれかに該当すること。

○直近３か月に、在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。

○直近３か月に、在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次を満たすこと。

$$\frac{\left(\text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働臣が定める状態の患者＜別表第８の２に該当する患者＞に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数}\right)+\left(\text{在宅患者訪問診療料を月２回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数}\right)+\left(\text{在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数}\right)}{\left(\text{在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数（注１）}\right)} \geqq 0.2$$

注１　ただし、当該保険医療機関において、４か月前から１年前までの間に３月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近３か月のうち１月以上を含む連続した３月受診した患者数がいる場合は、当該患者数に３月を乗じた月数を差し引くことができる。

※　当該基準の該当可否については、毎年２月、５月、８月及び11月に確認し、変更がある場合は同月中に速やかに届出を行うこと。

（参考）重症度の高い患者等

重症度の高い患者（別表第８の２）

1　次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡

2　次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジンＩ$_2$製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

包括的支援加算の対象患者（別表第８の３）

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護３以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月４回以上の訪問看護を受ける患者
- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

（参考）令和８年度改定事項と在医総管・施設総管の関係

②連携型機能強化型在支診の細分化

③　第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

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

①　月２回区分における重症患者割合要件の新設

※　矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

医師と薬剤師の同時訪問の推進

医科

訪問診療薬剤師同時指導料の新設

➢ 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。

（新）　訪問診療薬剤師同時指導料（６月に１回）　300点

［算定要件］

○ 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方の調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。

○ 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。

○ 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。

○ 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。

○ 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調剤

訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

（新）　訪問薬剤管理医師同時指導料（６月に１回）　150点

［算定要件］

○ 在宅での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、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患家を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

○ 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。

○ 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患家の患者の主治医であるものとする。

○ 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の服薬管理等に係る要件の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、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。
- 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への**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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)　（略）
(ロ)　他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル)　（略）

⇨

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)　（略）
(ロ)　他の保険医療機関と連携**並びに**オンライン資格確認**及び電子処方箋システム等**を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。**また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、**担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル)　（略）

在宅時医学総合管理料等の要件の新設

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、**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。

現行

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】
［算定要件］
（新設）

⇨

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】
［施設基準］
患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- 保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、**「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」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す**。

在宅療養指導管理材料加算の見直し

在宅療養指導管理材料加算の見直し

➢ 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。

現行

【在宅療養指導管理材料加算】
［算定要件］
通則
１ 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定する。

改定後

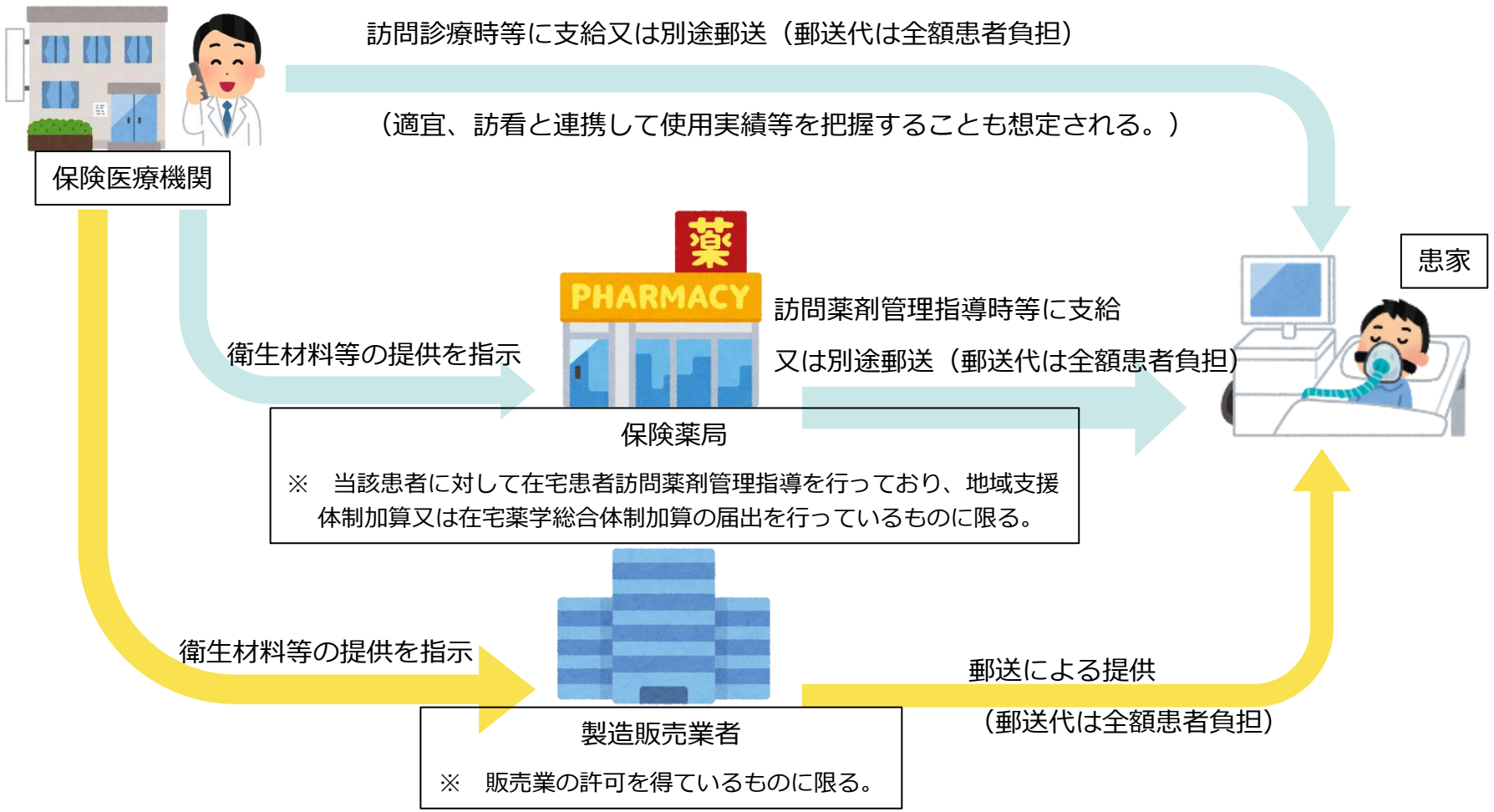
【在宅療養指導管理材料加算】
［算定要件］
通則
１ 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、**３月に３回**に限り算定する。

在宅療養指導管理材料加算の一覧	改定前	改定後
C151 注入器加算 C153 注入器用注射針加算 C154 紫外線殺菌機加算 C155 自動腹膜灌流装置加算 C156 透析液供給装置加算 C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 C164 人工呼吸器加算 C166 携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算 C167 疼痛管理用送信機加算 C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 C169 気管切開患者用人工鼻加算 C170 排痰補助装置加算 C173 横隔神経電気刺激装置加算 C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	月１回算定	**３月に３回算定可能**
C152 間歇注入シリンジポンプ加算 C152-2 持続血糖測定器加算 C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算 C161 注入ポンプ加算	２月に２回算定可能	
通則３ 乳幼児呼吸管理材料加算 C150 自己血糖測定器加算 C157 酸素ボンベ加算 C158 酸素濃縮装置加算 C159 液化酸素装置加算 C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 C163 特殊カテーテル加算 C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 C171 在宅酸素療法材料加算 C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 C174 在宅ハイフローセラピー装置加算	３月に３回算定可能	

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

➢ 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、**医師の指示に基づき製造販売業者（販売業の許可を得ているものに限る。）から自宅に直接郵送できる**こととする。



退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

➢ 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　退院後訪問栄養食事指導料（１回につき）　　530点

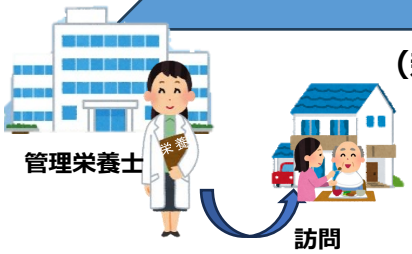
［対象患者］

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別表第三に掲げる**特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**

［算定要件］

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、**当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導**を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して**１月以内（退院日を除く。）の期間に限り、４回**を限度として算定する。
- この場合において、区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

退院した日から１月以内



（新）退院後訪問栄養食事指導料（４回まで）

✖ 併算定不可
・外来栄養食事指導料
・在宅患者訪問栄養食事指導料
（管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】）

１月超～

引き続き、栄養食事指導が必要な場合は、下記を算定可

・外来栄養食事指導料
・在宅患者訪問栄養食事指導料
（管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】）

令和８年度診療報酬改定

９．質の高い訪問看護の推進

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。

適正な訪問看護の推進

➢ 指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、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を明記する。

【算定留意事項通知】

【第４　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

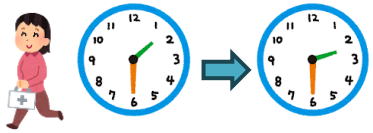
２　指定訪問看護の実施時間は、１回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から１時間30分程度を標準とする。**なお、標準の実施時間に応じた訪問看護計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。**

３　指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第14条第１項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。

利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数（この項において「指定訪問看護の日数等」という。）を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。

４　指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。

➢ 指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。



【算定留意事項通知】

【第４　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

６　毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護**の実施**に要した時間等の概要・・・（略）・・・を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（**実際の指定訪問看護の**開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

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①

➢ 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、「適正な手続きの確保」、「健康保険事業の健全な運営の確保」、「経済上の利益の提供による誘引の禁止」及び「特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止」について義務付ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（適正な手続の確保）

第五条の二　指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び訪問看護療養費に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第五条の三　指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第五条の四　指定訪問看護事業者は、利用者に対して、第十三条の規定により受領する費用の額に応じて当該指定訪問看護事業者が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

２　指定訪問看護事業者は、他の事業者又はその従業員に対して、利用者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

（特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止）

第五条の五　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に関し、利用者に対して特定の医師を指定訪問看護の指示を行う主治の医師とするべき旨、又は次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、主治の医師又は当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

イ　特定施設入居者生活介護
ロ　認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
ハ　指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
ニ　指定介護予防特定施設入居者生活介護
ホ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護
ヘ　指定居宅介護支援
ト　指定介護予防支援

＋

イ～トの事業者と併せて利用する事業者であって、当該事業者と特別の関係にある事業者

「併せて利用する事業者」に該当する場合としては、例えば、次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める事業者が該当するものであること。

イ　患者が基準省令第５条の５第１号及び第２号並びに第４号から第７号までに掲げるサービスを利用するとき、同時に患者が居住する高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者の事業を利用する場合　当該高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者

ロ　患者に第１号から第７号までに掲げる事業者等を紹介・斡旋する事業者により、利用者が当該事業者の紹介を受け、紹介先の第１号から第７号までに掲げる事業者等を利用する場合　当該紹介・斡旋する事業者

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②

➢ 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（事故発生時の対応等）

第二十八条　（略）

３　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。

（記録の整備）

第三十条　（略）

２　指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する**次に掲げる**記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

当該記録については、正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない。

一　訪問看護記録書
二　訪問看護指示書
三　訪問看護計画書
四　訪問看護報告書
五　市町村等に対する情報提供書
六　市町村等との連絡調整に関する記録

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

(27) 事故発生時の対応等（基準省令第28条関係）

（略）

③　同条第３項は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理の体制を確保するため、安全管理に関する考え方、事故発生時の対応方法等を文書化し、発生した事故等について、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる体制を整備することを規定するものであること。

指定訪問看護ステーションの従業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策等についての研修を受講していることが望ましい。

保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

➢ 健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）

第二条の五の二　保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

一　指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）

二　指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

三　介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）

四　介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設

五　指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）

六　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）

七　介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者

八　介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者

九　前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であって、当該事業者等と特別の関係にある事業者

【保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）】

「新療担規則第２条の５の２第１号から第８号までに掲げる事業者等」とは、次の（１）から（８）までに掲げる事業を行う者及び施設をいうものであること。

（１）　指定訪問看護、指定介護予防訪問看護
（２）　指定特定施設入居者生活介護
（３）　指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
（４）　指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
（５）　指定介護予防特定施設入居者生活介護
（６）　指定介護予防認知症対応型共同生活介護
（７）　指定居宅介護支援
（８）　指定介護予防支援

過疎地域等に配慮した評価の見直し

特別地域訪問看護加算の対象の見直し

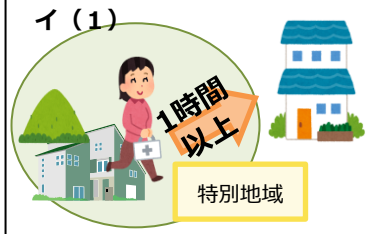
➢ 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。

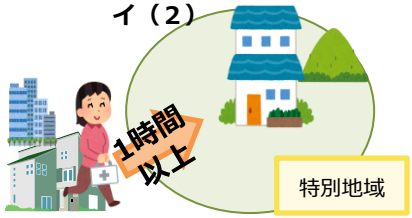
現行

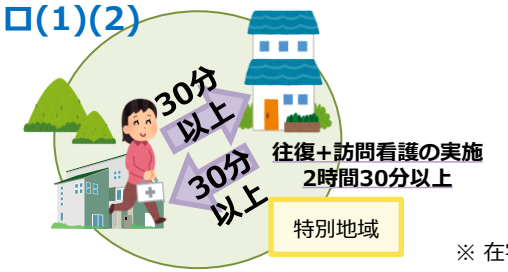
【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
［算定要件］
訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

改定後

【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
［算定要件］
次のいずれかに該当する指定訪問看護を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
イ 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である利用者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合
（１）別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
（２）別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合
ロ 別に厚生労働大臣が定める**地域**に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合**であって、次のいずれにも該当する場合**
（１）最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が30分以上である利用者に指定訪問看護を行う場合
（２）最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの往復にかかる時間及び指定訪問看護の実施に要した時間の合計が２時間30分以上である場合







特別地域訪問看護加算で定める地域（特別地域）

- 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一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（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和三年法律第十九号）第二条第一項に規定する過疎地域

※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費についても同様

難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

➢ 手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている利用者について、訪問看護基本療養費等を週４日以上算定できる対象に追加する。

現行

【特掲診療料の施設基準等告示】
別表第八　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一　（略）
二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三～五　（略）

改定後

【特掲診療料の施設基準等告示の別表第８】
別表第八　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一　（略）
二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理**又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理**を受けている状態にある者
三～五　（略）

訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

訪問看護医療情報連携加算の新設

➢ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）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。

（新）　訪問看護医療情報連携加算　1,000円（月１回）

［算定要件（概要）］

- 医療関係職種等により記録された**利用者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うこと**及び看護師等が指定訪問看護を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**ついて、利用者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について記録すること。
  - ○ **次回の訪問看護の予定日及び当該利用者の訪問看護計画の変更の有無**（必要に応じて）
  - ○ 当該利用者の**訪問看護計画の変更の概要**（変更の有無を記録する場合）
  - ○ 利用者の**ケアを行う際の留意点**（共有することが必要と判断した場合）
  - ○ 利用者の**人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針についての希望**（利用者又はその家族等から取得した場合）
- 訪問看護を行う場合に、**過去90日以内に記録された利用者の医療・ケアに関する情報（特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報が１つ以上**であること。

［施設基準（概要）］

- **利用者の診療情報等について連携機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制**を有し、以下の要件を満たすこと。
  - ○ 記録された利用者の診療情報等が連携機関間の協議に基づき一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
  - ○ 診療情報等の共有は、利用者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち利用者が同意した者のみにおいて行われること。
  - ○ 参加者の範囲が随時設定可能であること。
  - ○ 参加者が診療情報等を常時閲覧・取得可能で、利用者ごとに時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
  - ○ 参加者が常時必要な診療情報等を共有できること。
  - ○ 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳに係る事項、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
- **連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が５以上**であること。
- ICTを用いた連携体制を構築している訪問看護ステーションであることについて当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示し、掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］

令和８年９月30日までの間に限り、ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

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）

乳幼児加算の評価の見直し

➢ 乳幼児に対する訪問看護について、状態に応じた質の高い訪問看護が提供されるよう、訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、超重症児など別に厚生労働大臣が定める者以外の評価を見直す。

現行

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
［算定要件］
１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。

改定後

乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
［算定要件］
１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき**1,400円**（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。

参考

［施設基準］
乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者
(1)　超重症児又は準超重症児
(2)　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
(3)　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

訪問看護管理療養費の見直し

訪問看護管理療養費の見直し

- 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
- 月の２日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費１と２を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数によって評価を細分化**する。

現行

【訪問看護管理療養費】

1　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	13,230円
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	10,030円
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	8,700円
ニ　イからハまで以外の場合	7,670円

2　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）

イ　訪問看護管理療養費１	3,000円
ロ　訪問看護管理療養費２	2,500円

改定後

【訪問看護管理療養費】

1　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	**13,760円**
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	**10,460円**
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	**9,030円**
ニ　機能強化型訪問看護管理療養費４	**9,030円**
ホ　イからニまで以外の場合	**7,710円**

2　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）

イ　単一建物居住利用者が20人未満	**3,010円**
ロ　単一建物居住利用者が20人以上50人未満	
（１）月15日目まで	**2,510円**
（２）月16日目以降24日目まで	**2,310円**
（３）月25日目以降	**2,210円**
ハ　単一建物居住利用者が50人以上	
（１）月15日目まで	**2,410円**
（２）月16日目以降24日目まで	**2,210円**
（３）月25日目以降	**2,010円**

＜単一建物居住利用者の人数＞
当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、同月において当該訪問看護ステーションが訪問看護管理療養費又は包括型訪問看護療養費を算定する者の人数をいう。

[算定要件]

注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ**からニまで**については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合**（２については、訪問日数及び単一建物居住利用者の人数に従う。）**に、訪問の都度算定する。

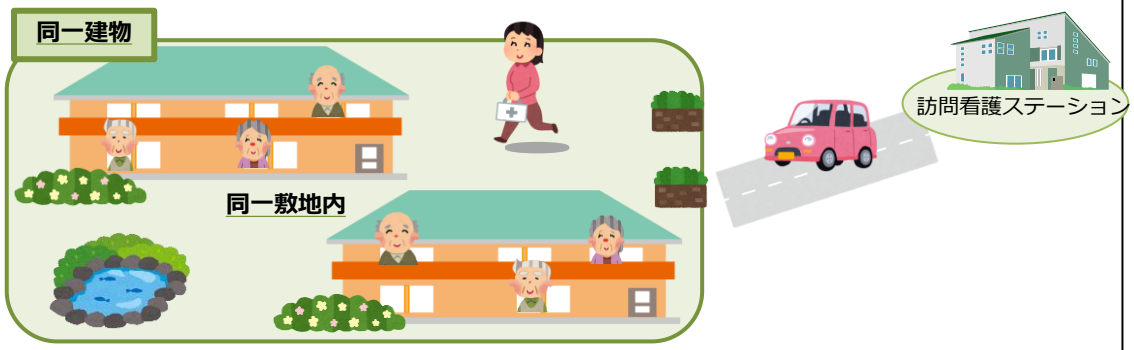
同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し①

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。

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③

複数名訪問看護加算等の見直し

➢ 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、**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に応じた評価**に見直す。

現行

	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	同一建物内 1人又は2人	同一建物内 3人以上
イ～二	看護職員※1	看護師等（准看護師を除く）※2	週1日	4,500円	4,000円
イ～二	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	3,400円
二～ヘ	看護職員	その他職員※3	週3日	3,000円	2,700円
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	2,700円
			1日に2回	6,000円	5,400円
			1日に3回	10,000円	9,000円

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
ホ 利用者の身体的理由により１人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※１保健師、助産師、看護師、准看護師
※２保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
※３保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者

改定後

	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者	算定日数等	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**
イ～二	看護職員	看護師等（准看護師を除く）	週1日	4,500円	**4,000円**	**3,400円**	**3,000円**	**2,700円**
イ～二	看護職員	准看護師	週1日	3,800円	**3,400円**	**2,800円**	**2,500円**	**2,200円**
二～ヘ	看護職員	その他職員	週3日	3,000円	**2,700円**	**2,100円**	**1,900円**	**1,600円**
イ～ハ	看護職員	その他職員	1日に1回	3,000円	**2,700円**	**2,100円**	**1,900円**	**1,600円**
			1日に2回	6,000円	**5,400円**	**3,800円**	**3,450円**	**3,300円**
			1日に3回	10,000円	**9,000円**	**5,500円**	**4,800円**	**4,500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。

令和８年度診療報酬改定

10. 重点的な対応が求められる分野(救急医療・小児周産期医療)

救急医療に係る全体像

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

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

（新）　救急外来医学管理料

1	救急搬送医学管理料		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。

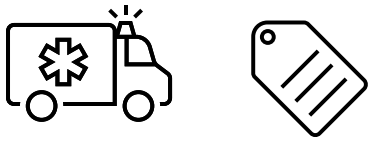
（新）　院内トリアージ実施体制加算　50点

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医学管理のイメージ

○　救急外来において行われる医学管理のイメージは以下のとおり。救急外来の受診患者に必要となる医学管理に応じて、救急外来医学管理料、救急患者連携搬送料、検査・処置・手術の費用等を算定する。

診療前

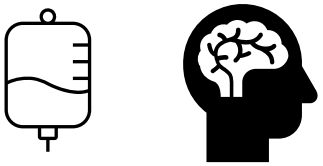


- 救急隊からの患者受入要請への対応
- 診療スタッフの確保
- 救急隊からの引継ぎ
- 院内トリアージ

救急外来 初期診療

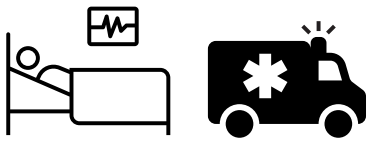
- 気道、呼吸、循環、意識状態、体温等の確認
- 問診・診察
- 検査・処置の必要性の判断

検査 処置・手術



- 生理検査（心電図、超音波検査等）
- 血液検査
- 画像検査（CT・MRI等）
- 注射・投薬・輸血
- 緊急手術

入院・転院 帰宅



- 転帰（入院・転院・帰宅等）の判断
- 患者・家族への説明・指導

24時間救急診療を応需する体制の確保

- 救急外来診療に従事する医師、看護師等の配置
- 緊急に血液検査・画像検査を実施できる体制
- 緊急手術を行う外科医・麻酔科医・手術室スタッフの体制
- 救急患者へ注射薬・内服薬の調剤を実施できる体制

等

地域の救急医療に関する取組

- 都道府県MC協議会、地域MC協議会への参加
- 救急救命士の教育・研修の受入
- 消防機関の実施するウツタイン様式調査への協力
- 地域の関係機関との検討会

等

病院の機能等

- 第二次救急医療機関、第三次救急医療機関、精神科救急医療施設であること
- 救急病院等を定める省令に基づく救急病院又は救急診療所の認定を受けていること

等

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）	

救急外来医学管理料の主な施設基準等

		救急外来医学管理料		
		救急搬送医学管理料１ 夜間休日救急医学管理料１ 救急外来緊急検査対応加算１	救急搬送医学管理料２ 夜間休日救急医学管理料２ 救急外来緊急検査対応加算２	救急搬送医学管理料３ 夜間休日救急医学管理料３
対象患者		（救急搬送医学管理料） 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者 （夜間休日救急医学管理料） 時間外、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。）		
		（緊急検査対応加算） 血液検査、細菌培養検査、注射（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）、処置（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。）、CT検査、MRI検査を実施した患者		
施設基準	病院の機能・実績等	・休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第二次救急医療機関、第三次救急医療機関又は精神科救急医療施設である ・夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している		・救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所である
		・救急搬送件数が年1,500件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年1,200件）以上である	・救急搬送件数が年800件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年640件）以上である	
	職員の配置	・専任の医師（宿日直可）が常時、救急外来近くに勤務。勤務シフトには救急外来診療の経験を５年以上有する医師を２名以上含む。 ・専任の看護師が常時、救急外来内に勤務。時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置が望ましい ・地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましい ・手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されている ・救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、医療機関内に配置されている ・院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年１回以上実施	・専任の医師（宿日直可）が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来近くに勤務。 ・専任の看護師が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来内に勤務。 ・院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年１回以上実施又は当該コースの受講推奨を職員に周知し、受講状況を年１回以上把握 ※施設基準の体制を取る時間以外の時間帯に救急外来診療を実施した場合には、管理料２は算定できない。	
	救急外来の施設	・救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けている ・救急外来診療を行うための区画に必要な救急蘇生装置等を常時備えている（ICU等と隣接している等の要件を満たせば、共用でも可）		
		・救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている	・救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影を実施できる体制が確保されている（CT撮影を実施する従事者は緊急呼出し当番でも可）	
	地域の救急医療に関する取組等	・業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年１回以上実施		
		・以下のいずれか二つ以上を満たしている	・以下のいずれかを満たしている	
		ア　メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議への参加 イ　消防機関の実施するウツタイン様式調査への協力 ウ　当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応 エ　地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関、消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催 オ　救急救命士の病院実習の受け入れ カ　在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っている		

救急外来医療に係る評価の再編②

救急時医療情報取得加算の新設

➢ 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管理サービスを活用し、当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設**する。

（新）　救急時医療情報取得加算　50点

［算定要件］

救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者（JCSⅡ-10以上若しくはGCS12点以下の患者又は無動症の患者）に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを用いて、最新の診療情報を取得した場合に、月１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

- 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。
  - ア　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
  - イ　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること
  - ウ　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること
- 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

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る**。

（新）　院内トリアージ実施体制加算　50点

［算定要件］

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・休日診療料を算定する患者について、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、所定点数に加算する。

［施設基準］

- 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
  - ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間
  - イ　トリアージ分類
  - ウ　トリアージの流れ
- 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の医師又は看護師は、救急外来医学管理料に係る専任の医師又は看護師を兼ねることができる。

➢ **院内トリアージ実施料を廃止**する。

救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

➢ 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。

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

現行

【救急患者連携搬送料】

（新設）
1　入院中の患者以外の患者の場合　1,800点
2　入院初日の患者の場合　1,200点
3　入院２日目の患者の場合　800点
4　入院３日目の患者の場合　600点
（新設）

改定後

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

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

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

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

（参考）救急患者連携搬送料の概要

C００１－２　救急患者連携搬送料

➢ 転院搬送における消防機関の負担の軽減を含む、地域における医療資源の効率的な活用の観点から、**第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるように他の保険医療機関と連携し、初期診療を行った医療機関以外の医療機関で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価**したもの。

※　より高度で専門的な体制を有する医療機関に搬送する場合や、初期診療を行った医療機関において入院医療の提供を行っていない診療科に係る入院医療を提供するために搬送する場合等は、算定できない。

救急隊等による救急搬送

多くの救急外来患者の受入が可能
入院は重症患者への対応に集中

自宅・介護保険施設等

救急隊等による救急搬送

一部の救急外来患者の受入は困難
入院受入は可能

第三次救急医療機関等
（地域の基幹となる救急医療機関）

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

入院中の患者以外の患者の場合	2,400点
入院初日の患者の場合	1,200点
入院２日目の患者の場合	800点
入院３日目の患者の場合	600点

ロ　その他

入院中の患者以外の患者の場合	1,000点
入院初日の患者の場合	500点
入院２日目の患者の場合	350点
入院３日目の患者の場合	200点

（例１）搬送元の医師、看護師、救急救命士が同乗
（搬送元又は搬送先の緊急自動車により搬送）

搬送料１
イを算定

搬送料２
ロを算定

（例２）搬送先の医師、看護師、救急救命士が同乗
（搬送元又は搬送先の緊急自動車により搬送）

搬送料１
ロを算定

搬送料２
イを算定

（例３）その他
（搬送元、搬送先や患者等搬送事業者の自動車により搬送
※市町村、都道府県等の救急隊の自動車を除く）

搬送料１
ロを算定

搬送料２
ロを算定

転院受入医療機関
（特定機能病院、救命救急センター、急性期総合体制加算届出医療機関を除く）

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
800点（入院初日）

ロ　その他
200点（入院初日）

長時間加算　　700点

➢ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合に、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合に所定点数に加算する。

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。

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

➢ 周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

- 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。

現行

【母体・胎児集中治療室管理料】
［施設基準］
イ　以下のいずれかを満たすこと
①　専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。
②　専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること

改定後

【母体・胎児集中治療室管理料】
［施設基準］
イ　以下のいずれかを満たすこと
①　専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。
②　専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上**（ただし、母体・胎児集中治療室の届出病床数が６床以下である保険医療機関であって、当該医師とは別に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が緊急呼出し当番により、30分以内に当該治療室での診療を開始できる体制が確保されている場合にあっては１名以上）**当該保険医療機関内に勤務し**、母体・胎児集中治療室**で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。

- 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。

改定後

【母体・胎児集中治療室管理料】
［施設基準］
ウ　以下の①から④までのうち、いずれか３つ以上を満たすこと。
①　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる妊産婦の搬送受入件数が、年間で10件以上であること。
②　多胎妊娠の分娩件数が、年間で10件以上であること。
③　帝王切開術による分娩件数が、年間で50件以上であること。
④　分娩時の妊娠週数が22週以上34週未満である分娩件数が、年間で10件以上であること。

- 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**。

新生児特定集中治療室管理料の見直し

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。

現行	改定後
【新生児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ ２　新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準 （４）　直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。 （新設）	【新生児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ ２　新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準 （４）　**次のいずれかの基準を満たしていること。** **ア**　直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。 **イ**　**「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に規定する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のいずれかであって、直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が25件以上であること。**

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

小児の成人移行期医療に係る受入の推進

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、小児科を標榜する保険医療機関以外の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。

現行

【難病外来指導管理料】
難病外来指導管理料　　270点
（新設）
［算定要件］
注１　入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
（新設）
２～６　（略）

改定後

【難病外来指導管理料】
イ　難病外来指導管理料１　270点
ロ　難病外来指導管理料２　270点
［算定要件］
注１　イについては、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　ロについては、小児科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする入院中以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して５年以内の患者に限る。）に対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。
３～７　（略）

小児期

小児科医療機関
小児科療養指導料　270点

対象となる疾患・状態
脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、小児慢性特定疾病（小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児
出生時の体重が1,500g未満であった６歳未満の者

受診継続

紹介

移行期

小児科医療機関
原則15歳未満まで
小児科療養指導料　270点

小児科以外の医療機関
紹介を受けた初診から５年以内
難病外来指導管理料２　270点

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に係る小児入院医療管理料等の包括範囲の見直し

➢ 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、以下の病棟及び治療室について、**当該検査に係る検査料及び評価提供料を算定可能**とする。

- 小児入院医療管理料
- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料

抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤に係る小児科外来診療料の見直し

➢ 「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である**「ニルセビマブ」が令和６年５月に薬価収載されたことを踏まえ、**同剤の注射当日の診療は、従来の「パリビズマブ」における取扱いと同様に、**小児科外来診療料ではなく出来高で算定する**。

現行

【小児科外来診療料】
［算定要件］
（２）　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

［施設基準］
三　小児科外来診療料の注２に規定する厚生労働大臣が定める薬剤
パリビズマブ

⇨

改定後

【小児科外来診療料】
［算定要件］
（２）　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブ**又はニルセビマブ**を投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。
［施設基準］
三　小児科外来診療料の注２に規定する厚生労働大臣が定める薬剤
抗ＲＳウイルスヒトモノクローナル抗体製剤

令和８年度診療報酬改定

11. 重点的な対応が求められる分野（精神医療）

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。

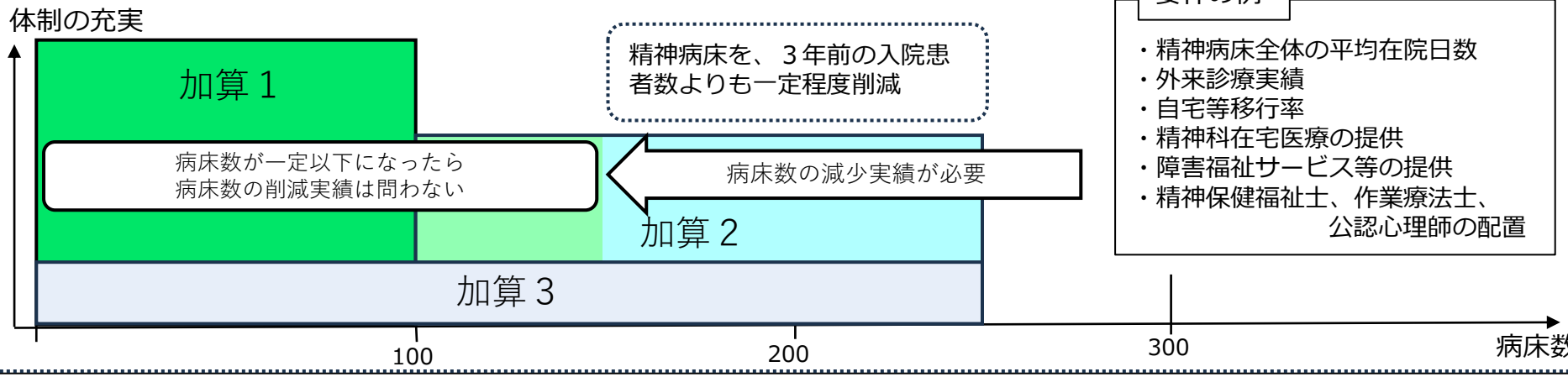
（新）　精神科地域密着多機能体制加算（１日につき）

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

物件費の高騰等を踏まえた対応（精神医療に係る入院料）

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。
- 長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更に推進する必要があること等を踏まえ、精神病棟入院基本料の18対１入院基本料及び20対１入院基本料について、１年以上入院している患者の評価を見直す。

現行

【入院基本料】　（一部抜粋）

（新設）	
（新設）	
精神病棟入院基本料15対１入院基本料	844点
精神病棟入院基本料18対１入院基本料	753点
精神病棟入院基本料20対１入院基本料	697点

【特定入院料】　（一部抜粋）

精神科救急急性期医療入院料　（30日以内）	2,420点
精神科急性期治療病棟入院料１（30日以内）	2,020点
精神科急性期治療病棟入院料２（30日以内）	1,903点
精神科救急・合併症入院料（30日以内）	3,624点
児童・思春期精神科入院医療管理	3,016点
精神療養病棟入院料	1,108点
認知症治療病棟入院料１（30日以内）	1,829点
認知症治療病棟入院料２（30日以内）	1,334点
地域移行機能強化病棟入院料	1,557点

改定後

【入院基本料】　（一部抜粋）

(新)急性期病院A精神病棟入院料15対１入院基本料		**966点**
(新)急性期病院B精神病棟入院料15対１入院基本料		**949点**
精神病棟入院料15対１入院基本料		**918点**
精神病棟入院料18対１入院基本料	**１年未満の場合**	**816点**
	１年以上の場合	**703点**
精神病棟入院料20対１入院基本料	**１年未満の場合**	**754点**
	１年以上の場合	**649点**

【特定入院料】　（一部抜粋）

精神科救急急性期医療入院料　（30日以内）	**2,516点**
精神科急性期治療病棟入院料１（30日以内）	**2,104点**
精神科急性期治療病棟入院料２（30日以内）	**1,981点**
精神科救急・合併症入院料（30日以内）	**3,805点**
児童・思春期精神科入院医療管理料	**3,144点**
精神療養病棟入院料	**1,174点**
認知症治療病棟入院料１（30日以内）	**1,897点**
認知症治療病棟入院料２（30日以内）	**1,397点**
地域移行機能強化病棟入院料	**1,627点**

精神身体合併症への対応

精神科リエゾンチーム加算の見直し

➢ 様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、認知症及びせん妄以外の患者に対する診療について、要件及び評価を見直す。

現行

【精神科リエゾンチーム加算】
精神科リエゾンチーム加算（週1回）　300点

改定後

【精神科リエゾンチーム加算】
1　認知症又はせん妄の場合　300点
2　それ以外の場合　700点
[算定要件]
・週１回に限り所定点数に加算する。
・２について、週２回以上精神科リエゾンチームによる診療を行った場合は、複数回診療加算として、週１回に限り300点を加算する。

特定入院料における包括範囲の見直し

➢ 維持透析を必要としながら精神病床へ入院する必要のある患者への対応を推進する観点から、精神病床において算定可能な入院料における包括範囲を見直し、人工腎臓及び腹膜灌流に係る評価を除外する。
【具体的な内容】
精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の包括範囲から、人工腎臓及び腹膜灌流に係る評価を除外する。

精神科慢性身体合併症管理加算の新設

➢ 精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、継続的な管理が必要な身体合併症に対応した場合について、新たな評価を行う。

（新）　精神科慢性身体合併症管理加算　　700点

［特定疾患療養管理料の対象患者］
悪性新生物
甲状腺障害
虚血性心疾患
不整脈
心不全
脳血管疾患
喘息
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）　等

［対象患者］
糖尿病の患者
特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

［算定要件］
（１）精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科慢性身体合併症管理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、**１月に１回に限り**、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３０－３に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。
（２）内科を担当する当該医師が、当該保険医療機関において、１回以上「Ｉ００１」入院精神療法又は「Ｉ００２」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。

［施設基準］
（１）精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
（２）当該病棟に内科の医師が配置されていること。
（３）精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療を行うにつき十分な体制を有していること。

精神科救急急性期医療入院料等の見直し①

新規入院患者割合要件の見直し

➢ 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

現行

【精神科救急急性期医療入院料】
［施設基準］
当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】
［施設基準］
当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が**「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上の**ものであること。
※ 精神科救急・合併症入院料についても同様に見直す。

（経過措置）
令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上であることとする。

【精神科救急等病棟必要性チェックリスト】

緊急に医療的介入を要する具体的な因子	点数
他害の事実□殺人　□放火　□強盗　□不同意性交等　□不同意わいせつ　□傷害　□暴行　□恐喝　□脅迫　□窃盗　□器物損壊　□弄火又は失火　□家宅侵入　□詐欺等の経済的な問題行動　□攻撃的・威圧的言動　□これらに準ずる他害行為（　　）	3
自殺行動の事実・切迫した自殺念慮	3
昏迷状態	3
亜昏迷状態　（その日の出来事など簡単な意思疎通も困難な状態のものに限る）	2
意識障害（器質疾患によるものを除く）　□薬物による意識障害　□てんかん発作後もうろう状態　□離脱せん妄	2
不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全□摂食困難　□生命リスク等の危険回避困難	2
特定の目的による入院　□薬物の副作用により生じた重篤な精神症状の管理　□BMI16以下のるい痩対応　□mECTの実施　□クロザピン導入・副作用対応	2
社会生活機能不全	1

要配慮因子	点数
医療観察法通院処遇者	1
警察、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の介入により受診し入院となった者	1

精神科救急急性期医療入院料等の見直し②

対象患者の見直し

➢ 精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者について、ＩＣＵ等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加する。

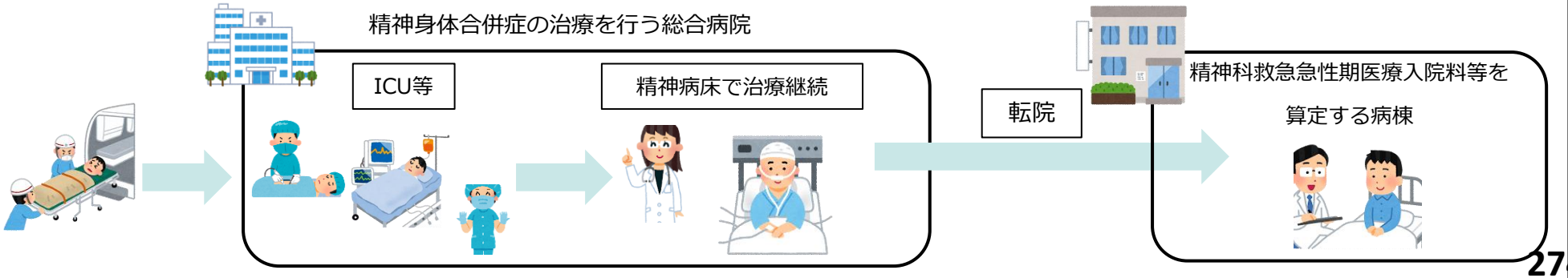
現行

【精神科救急急性期医療入院料】
［対象患者］
ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（医療観察法入院を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者
ウ　（略）

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】
［対象患者］
ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（医療観察法入院を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者
ウ　ア及びイ以外の患者であって、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者
エ　(略)
※　精神科救急・合併症入院料においても同等の見直しを行う。

【新たに算定対象となる患者のイメージ】



精神科救急医療体制加算の見直し

➢ 精神科救急医療体制整備事業の類型に応じた評価体系から、救急受入実績に基づく評価に見直すとともに、**120床を超えて届出を行う場合の特例的な規定を廃止する。**

現行

【精神科救急急性期医療入院料】

イ	精神科救急医療体制加算１	600点
ロ	精神科救急医療体制加算２	590点
ハ	精神科救急医療体制加算３	500点

［施設基準］（主な要件）

○　精神科救急医療体制加算１～３に共通の施設基準
時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口１万人当たり0.5件以上であり、うち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼であること

○　精神科救急医療体制加算１の施設基準
身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。

○　精神科救急医療体制加算２の施設基準
精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。

○　精神科救急医療体制加算３の施設基準
精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】

イ	**精神科救急医療体制加算１**	**600点**
ロ	**精神科救急医療体制加算２**	**500点**
（削除）		

［施設基準］

○　精神科救急医療体制加算１及び２に共通の施設基準
「精神科救急医療体制整備事業の実施について」以下のいずれかの医療機関であること。
・　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
・　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

○　精神科救急医療体制加算１の施設基準
・　時間外、休日・深夜の入院件数が年間**65件**以上又は人口１万人当たり**0.85件**以上であり、うち**13件**以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼であること
・　**24時間365日、重症度及び入院形態を問わず、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備していること。**

○　精神科救急医療体制加算2の施設基準
・　時間外、休日・深夜の入院件数が年間**40件**以上又は人口１万人当たり**0.5件**以上であり、うち**８件**以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼であること

精神科急性期医師配置加算の見直し

➢ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。

１．精神科急性期医師配置加算１及び３について、クロザピンの新規導入件数を、当該加算を算定する病棟における実績から、医療機関全体における実績に見直す。

現行	改定後
【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］（クロザピン実績に係る部分） ○　精神科急性期医師配置加算１の施設基準 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間６件以上であること。 ○　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間３件以上であること。	【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］（クロザピン実績に係る部分） ○　精神科急性期医師配置加算１の施設基準 **当該保険医療機関**においてクロザピンを新規に導入した実績が**過去５年間に15件又は過去１年間に３件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に６人以上であること。** ○　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 **当該保険医療機関**においてクロザピンを新規に導入した実績が**過去５年間に10件又は過去１年間に２件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する実患者数が年間に４人以上であること。**

２．精神科急性期医師配置加算２のイの算定対象となる入院料に、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の精神病棟の 15：1 入院基本料を追加する。

現行	改定後
【精神科急性期医師配置加算2のイ】 ［施設基準］（抜粋） ○　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。	【精神科急性期医師配置加算2のイ】 ［施設基準］（抜粋） ○　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本料又は**十五対一入院基本料に限る。**）又は**特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟**であること。

※上記の要件に加え、内科、外科等を標榜していること、精神病床数が保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ精神病棟が２病棟以下であること、24時間の救急医療を提供していること等の要件がある。

通院・在宅精神療法の見直し

通院・在宅精神療法の見直し

➢ 精神保健指定医が実施する、初診における 30 分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価を行うとともに、初診における 60 分以上の通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

現行

【通院・在宅精神療法】
1　通院精神療法
　ロ　初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
　　（１）精神保健指定医による場合　　600点
　　（２）（１）以外の場合　　550点
　ハ　イ及びロ以外の場合　（略）

改定後

【通院・在宅精神療法】
1　通院精神療法
　ロ　初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
　　（１）60分以上の場合
　　① 精神保健指定医による場合　　**650点**
　　② ①以外の場合　　550点
　　（２）精神保健指定医による30分以上60分未満の場合　　550点
　ハ　イ及びロ以外の場合　（略）
　※在宅精神療法についても同様の見直しを行う

➢ 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

改定後

【通院・在宅精神療法】
注13（概要）　非精神保健指定医による通院・在宅精神療法において、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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注９に規定する心理支援加算は別に算定できない。

［施設基準］
いずれかを満たすこと

（１）　以下のいずれかを満たす医療機関において実施されていること。
○　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている
○　常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている
○　精神病床を有する特定機能病院
○　急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

（２）　以下を全て満たす医師により行われていること。
○　令和８年５月31日時点において、精神医療に20年以上従事していること。
○　過去１年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っていること。

早期診療体制充実加算の見直し

早期診療体制充実加算の見直し

➢ 精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

改定後

	加算１(病院・診療所)	加算２(病院)	加算３(診療所)
（１）精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合	50点	20点	15点
（２）（１）以外の場合	15点	15点	10点

［施設基準］（一部抜粋）

○　初診、30分以上の診療等の診療実績

	加算１	加算２	加算３
過去６か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数	≧５％	≧５％	≧２％
(過去６か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数＋「初診日に30分以上60分未満」の通院・在宅精神療法の算定回数／２）／勤務する医師数	≧60	－	≧24

○　時間外診療、精神科救急医療の提供等

（１）加算１及び２の施設基準　　アからウまでのいずれかを満たすこと。

ア 常時対応型施設又は 身体合併症救急医療確保事業において指定

イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年４件以上 又は 外来対応件数が年10件以上

ウ 外来対応施設）　又は 時間外対応加算１の届出かつ 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

（２）加算3の施設基準　以下のいずれかを満たすこと

(イ)　常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院（以下この項において連携病院という。）と連携し、以下の①から③を満たしていること。

①　１年に１回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料１又は精神科退院時共同指導料１を算定している。

②　通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れる等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしていること。

③　連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。

(ロ)　（１）を満たすこと。

情報通信機器を用いた精神療法の見直し

情報通信機器を用いた精神療法の見直し

➢ 「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている**初診からの精神療法について新たに評価を行う**とともに、要件を見直す。

現行	改定後
【通院精神療法】 イ　（略） ロ　初診料を算定する初診の日に行った場合 ハ　イ及び□以外の場合 （１）30分以上（精神保健指定医による場合）　357点 （２）30分未満（精神保健指定医による場合）　274点	【通院精神療法】 イ　（略） ロ　初診料を算定する初診の日に行った場合 **（１）60分以上（精神保健指定医による場合）　566点** **（２）30分以上（精神保健指定医による場合）　479点** ハ　イ及び□以外の場合 （１）30分以上（精神保健指定医による場合）　357点 （２）30分未満（精神保健指定医による場合）　274点

［算定要件］（初診において行う場合）

○　当該保険医療機関と連携体制を構築する精神保健福祉センター、保健所及び市区町村機関等が訪問指導等を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して行うこと。

○　患者自身に受診希望があること。

○　オンライン精神療法を10症例以上の経験を有する医師が診察を行うこと。

○　診察時に患者の側に精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の当該患者に対して訪問指導等を行っている医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であること。

［施設基準］（一部抜粋）

診療所においては、精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院（以下この項において連携病院という。）と連携し、以下を満たすことでも時間外対応に係る要件を満たすこととする。

○　**１年に１回以上**、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、**退院時共同指導料１又は精神科退院時共同指導料１を算定していること。**

○　**当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと**、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れること等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文章を取り交わしていること。

○　連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。

心理支援加算の見直し

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

現行

【通院・在宅精神療法】
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。

認知療法・認知行動療法の見直し

- 公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行う。
- 対象疾患に不眠症を加える。

現行

【認知療法・認知行動療法】
1　医師による場合　480点
2　医師及び看護師が共同して行う場合　350点

○対象患者
うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、又は神経性過食症の患者

○算定回数
一連の治療につき16回に限り算定する。

改定後

【認知療法・認知行動療法】
1　医師による場合　480点
2　医師及び看護師が共同して行う場合　350点
3　**公認心理師による心理支援を伴う場合**　**330点**

○対象患者
うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症又は**不眠症**の患者

○算定回数
一連の治療につき16回に限り算定する。**ただし、不眠症に対する治療については８回に限り算定する。**

○実施する公認心理師
認知療法・認知行動療法を実施してい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２年以上行った経験のある専任の公認心理師**（他の認知療法・認知行動療法を実施してい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できる）

○「公認心理師による心理支援を伴う場合」に関する施設基準
以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が１名以上勤務していること。
ア 認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験があること。
イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症又は不眠症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に５症例60回以上実施していること。
ウ 認知療法・認知行動療法についての研修を修了していること。

※医師及び看護師が共同して認知療法・認知行動療法を行う場合について、面接後に毎回医師が患者と５分以上面接する要件を廃止する等、施設基準についても見直しを行う。

入退院支援に係る評価の見直し等

入退支援部門に配置が求められる専従職員の業務について

➢ 入退院支援加算と精神科入退院支援加算双方を届出するにあたっては、保険医療機関において同一の入退院支援部門である場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が双方の業務を兼ねられることを明記する。

現行

１　精神科入退院支援加算に関する施設基準
（２）イ　（略）なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

改定後

１　精神科入退院支援加算に関する施設基準
（２）イ　（略）なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室**又は入退院支援加算の入退院支援部門**と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。

多職種による退院支援を行った場合の評価

➢ 医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

現行

医療保護入院等診療料　300点

改定後

医療保護入院等診療料　**１　医療保護入院等診療料１　300点**
（新）　２　医療保護入院等診療料２　400点

［算定要件(医療保護入院等診療料２に係る部分）］（抜粋）
注２　２については、１を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して６月までの間は３月に１回に限り、６月以降は６月に１回に限り算定する。

（２）　医療保護入院等診療料２は、多職種による退院支援を評価したものであり、多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った際に算定する。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第６項第２号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し

➢ 同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士に係る要件を見直す。

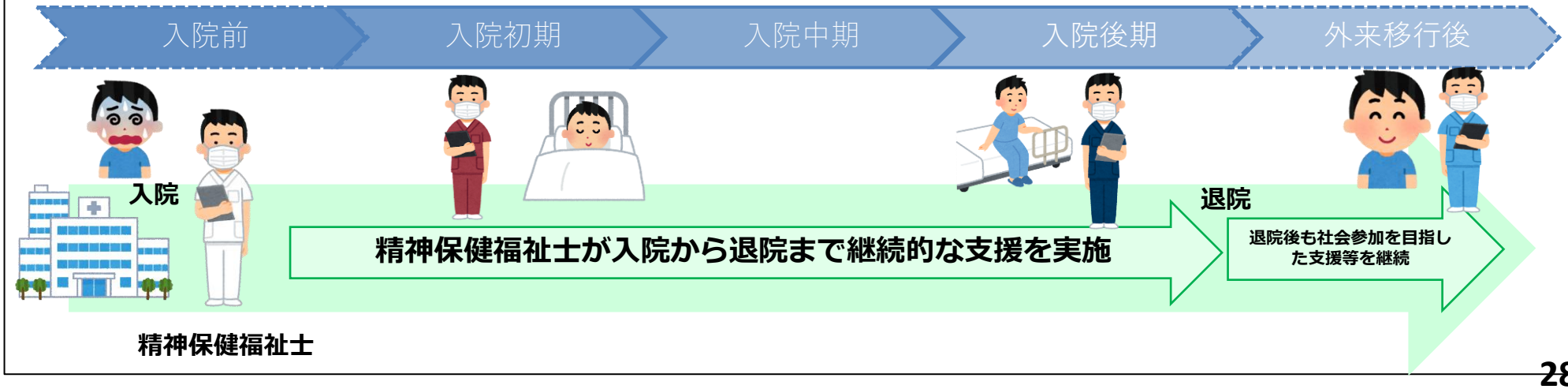
現行

【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】
［施設基準］
（１）当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

改定後

【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】
［施設基準］
（１）当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。**当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。**

※ 精神療養病棟入院料の「注５」に掲げる精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料、及び地域移行機能強化病棟入院料についても同様の見直しを行う。



質の高い精神医療の評価

児童思春期支援指導加算の見直し

➢ 児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。

現行

【児童思春期支援指導加算】
イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）
1,000点
ロ　イ以外の場合
（１）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　450点
（２）（１）以外の場合　250点

改定後

【児童思春期支援指導加算】
イ　児童思春期支援指導加算１
（１）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　**1,100点**
（２）（１）以外の場合
① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　**490点**
② ①以外の場合　**290点**
ロ　児童思春期支援指導加算２
（１）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　**500点**
（２）（１）以外の場合
① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から**１年以内**の期間に行った場合　**400点**
② ①以外の場合　**100点**

［施設基準］（抜粋）
○　児童思春期支援指導加算２の施設基準
・　当該保険医療機関が過去３か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、**月平均４人以上**であること。

臨床心理技術者に係る経過措置の見直し

➢ 臨床心理技術者等を公認心理師とみなす経過措置について、令和 10 年５月 31 日をもって終了する。

令和８年度診療報酬改定

12. 重点的な対応が求められる分野（がん・難病・感染症）

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、**皮下注射を実施した場合についても評価を行う**。

現行

1　外来腫瘍化学療法診療料１
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで　800点
（新設）
（２）　４回目以降　450点
（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　350点
2　外来腫瘍化学療法診療料２
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで　600点
（新設）
（２）　４回目以降　320点
（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　220点
3　外来腫瘍化学療法診療料３
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで　540点
（新設）
（２）　４回目以降　280点
（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

改定後

1　外来腫瘍化学療法診療料１
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）**801点**
（２）　初回から３回目まで（その他の場合）　351点
（３）　４回目以降（静注製剤等の場合）**451点**
（４）　４回目以降（その他の場合）　201点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　**351点**
2　外来腫瘍化学療法診療料２
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）**601点**
（２）　初回から３回目まで（その他の場合）　261点
（３）　４回目以降（静注製剤等の場合）**321点**
（４）　４回目以降（その他の場合）　141点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　**221点**
3　外来腫瘍化学療法診療料３
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）**541点**
（２）　初回から３回目まで（その他の場合）　241点
（３）　４回目以降（静注製剤等の場合）**281点**
（４）　４回目以降（その他の場合）　121点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　**181点**

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

- がんゲノムプロファイリング検査について、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合等においては、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合であっても、がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料が算定できるよう、要件を見直す。

現行

【がんゲノムプロファイリング検査】
［施設基準］
当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

【がんゲノムプロファイリング評価提供料】
［算定要件］
（新設）

改定後

【がんゲノムプロファイリング検査】
［施設基準］
当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**「Ｂ０１１－５」がんゲノムプロファイリング評価提供料における留意事項の（１）に基づいてエキスパートパネルを省略する場合又は**患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。
【がんゲノムプロファイリング評価提供料】
［算定要件］（概要・抜粋）
以下のア、イ及びウを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。
ア 「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合
イ Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合
ウ 以下のいずれかを満たす場合
① 検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合（検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。）
② Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合

人口減少地域におけるＩＭＲＴの施設基準の見直し

ＩＭＲＴの施設基準の見直し

➢ 地域における強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるＩＭＲＴについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。

現行

【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】
［施設基準通知］
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準
（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。
（新設）

改定後

【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】
［施設基準通知］
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準
（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。
（３）　（２）の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は１名（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。

［放射線治療を行う施設］
ア　**地域がん診療連携拠点病院**又は**体外照射を年間200症例以上実施している地域がん診療病院**であること。
イ　当該保険医療機関が所在する**がん医療圏にＩＭＲＴの施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がない**こと。
ウ　当該治療を行うために必要な機器及び施設を備えていること。
エ　**放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制**にあること。
オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する**指針が策定**されていること。
カ　**ガイドラインに基づき**、当該治療を適切に実施していること。

［放射線治療を支援する施設］
ア　**特定機能病院**、**都道府県がん診療連携拠点病院**又は**地域がん診療連携拠点病院**であること。
イ　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が**３名以上**配置されており、そのうち２名は５年以上の放射線治療の経験を有すること。
ウ　放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって５年以上の放射線治療の経験を有すること。**複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師**（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）**１名につき、２施設まで**とする。
エ　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。
オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する**指針が策定**されており、遠隔放射線治療の実施に係る**記録が保存**されていること。
カ　**ガイドラインに基づき**、当該支援を適切に実施していること。

がん患者指導管理料の見直し

がん患者指導管理料の見直し

➢ 悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、がん患者指導管理料について、算定要件を見直す。

現行

［算定要件］
注１　イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

改定後

［算定要件］
注１　イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。
ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に１回に限り算定できる。

［算定要件］（通知抜粋）
（２）がん患者指導管理料ロ
ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じて、**社会福祉士等の**その他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、**就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等の**患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。（略）
イ～カ　（略）

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、診断に必要なBRCA１/２遺伝子検査等の要件を見直す。

現行

【ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査】
[算定要件]
（１）　（略）
（２）　（略）転移性、再発若しくはＨＥＲ２陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、ＰＣＲ法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

改定後

【ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査】
[算定要件]
（１）　（略）
（２）　（略）転移性、再発若しくはＨＥＲ２陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は**遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「Ｄ００６－１８」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）**の血液を検体とし、ＰＣＲ法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設

投与時閉鎖式接続器具使用加算の新設

➢ 抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料について、抗がん剤投与時に閉鎖式接続器具を使用した場合について新たな評価を行う。

（新）　投与時閉鎖式接続器具使用加算　　150点

［対象患者］

・無菌製剤処理料１の「イ」の対象患者

［算定要件］

・無菌製剤処理料１のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

［施設基準］

・外来腫瘍化学療法診療料１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し①

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

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

現行

【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。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し②

緩和ケア病棟入院料の評価の見直し

➢ 緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。

現行

【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】
注１　（中略）ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

改定後

【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】
注１　（中略）ただし、悪性腫瘍の患者**、**後天性免疫不全症候群の患者**及び終末期の末期腎不全の患者**以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

［対象患者］
- 終末期の末期腎不全の患者とは、以下のア及びイ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、適切な治療にかかわらず、慢性的に 日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

➢ 緩和ケア病棟入院料について、神経ブロックを包括範囲から除外する。

現行

【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】
注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、（中略）、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、（中略）区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

改定後

【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】
注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、（中略）、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、**第11部第２節神経ブロック料、第２節神経ブロックに係る第３節薬剤料、第２節神経ブロックに係る第４節特定保険医療材料料、**第12部放射線治療及び第14部その他、（中略）、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

➢ 遺伝学的検査の実施時等における遺伝学的情報に基づく療養指導等に係る評価について、検査実施前及び検査実施後のライフステージの変化に応じて算定できるよう医学管理料として新設するとともに、遺伝カウンセリング加算及び遺伝性腫瘍カウンセリング加算を廃止する。

（新）　遺伝性疾患療養指導管理料

１　医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合　300点

２　医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合

イ　初回　700点

ロ　２回目　200点

[算定要件]　（概要・抜粋）

- １については、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。
- ２のイについては、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。
- ２のロについては、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。
- 遺伝性療養指導管理料は、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」並びに関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」及び「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

[施設基準]　（概要・抜粋）

- 遺伝性疾患の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- 遺伝性疾患に対する療養指導を年間合計20例以上実施していること。

遺伝学的検査の見直し

遺伝学的検査の対象疾患の見直し

➢ 新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

	エ　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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	**オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの**
１　処理が容易なもの（3,880点）	ライソゾーム病（中略）、**レット症候群、ロウ症候群、三好型ミオパチー、レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症、シトステロール血症、偽性副甲状腺機能低下症**	TNF受容体関連周期性症候群（中略）、**マリネスコ・シェーグレン症候群、ガラクトース―１―リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症、進行性骨化性線維異形成症、無虹彩症、ＰＵＲＡ関連神経発達異常症、レーベル遺伝性視神経症**
２　処理が複雑なもの（5,000点）	プリオン病（中略）、**肺胞低換気症候群及び脳腱黄色腫症**	ソトス症候群（中略）、**ジュベール症候群関連疾患、ウェルナー症候群、コケイン症候群、弾性線維性仮性黄色腫、ダイアモンド・ブラックファン貧血、ＬＭＮＢ１関連大脳白質脳症**
３　処理が極めて複雑なもの（8,000点）	神経有棘赤血球症（中略）、**先天性魚鱗癬、眼皮膚白皮症、乳児発症ＳＴＩＮＧ関連血管炎、進行性白質脳症及びシャルコー・マリー・トゥース病**	ドラベ症候群（中略）、**先天性副腎皮質酵素欠損症及び出血性線溶異常症**

感染症に係る検査の見直し①

ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２に係る検査の算定要件の見直し

➢ 新型コロナウイルス感染症を含む感染症を同時に対象とする検査について、関係学会による提言も踏まえ、評価体系及び要件を見直す。

現行

【ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性】（※）
[算定要件](抜粋)
- ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）】
[施設基準](抜粋)
- 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- 当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含む。）】
[算定要件](概要・抜粋)
- COVID-19 が疑われる患者であって、医学的に多項目の病原微生物の検索の必要性が高いと考えられる患者に対し、一連の治療につき 1回に限り算定する。

※　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性及びＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性についても同様の見直しを行う。

改定後

【ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性】（※）
[算定要件](抜粋)
- ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19**及びインフルエンザウイルス感染症**が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出】
[施設基準](抜粋)
当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

[算定要件](概要・抜粋)
以下のいずれかに該当する場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。
- **重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる患者であって、救命救急入院料等を算定する病床で集中治療が行われた患者に対して実施する場合。**
- **呼吸器感染症が重症化するおそれのある入院外の患者に対して、入院の必要性の判断に当たって、COVID-19若しくはインフルエンザウイルス感染症を対象とする抗原検査又は本検査以外の核酸検出検査では不十分であり、特に医学的必要性があるために、本検査を実施する場合。**

感染症に係る検査の見直し②

薬剤感受性検査の算定要件の明確化

➢ 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、薬剤感受性検査について、厳格な抗菌薬適正使用が必要とされている抗菌薬の投与に際して、追加的に薬剤感受性検査を実施した場合には、改めて所定点数を算定できることを明確化する。

現行

【細菌薬剤感受性検査】
[算定要件]
（新設）

改定後

【細菌薬剤感受性検査】
[算定要件]
- **細菌薬剤感受性検査は、原則として、細菌感染症に対する一連の治療につき１回に限り算定できる。ただし、細菌薬剤感受性検査の結果、カルバペネム系抗菌薬を含む通常の治療で用いられる抗菌薬に対する非感受性または耐性が確認された場合であって、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌等、多剤耐性を有する細菌に対して有効な抗菌薬の適応判定を行う必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。**

感染症対策や薬剤耐性対策の推進

微生物学的検査体制加算の新設

➢ 感染対策向上加算１について、微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、微生物学的検査室を有する医療機関について新たな評価を行う。

（新）　微生物学的検査体制加算　（入院初日）　30点

［施設基準］
（１）　感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関であること。
（２）　当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有しており、院内の抗菌薬の適正使用の監視、院内感染対策サーベイランス等への参加及び抗菌薬適正使用支援チームに係る業務等に活用していること。

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の対象疾病の範囲の拡充

➢ 院内感染対策において感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、標準予防策に加えて適切な感染対策を推進する観点から、特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病の範囲を見直す。

現行

【特定感染症入院医療管理加算】
［算定要件］
院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、１入院に限り７日を限度として加算する。
ア～ホ（略）
（新設）

【特定感染症患者療養環境特別加算】
［算定要件］
特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。
ア～マ（略）
（新設）

改定後

【特定感染症入院医療管理加算】
［算定要件］
院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、１入院に限り７日を限度として加算する。
ア～ホ（略）
マ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
ミ　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

【特定感染症患者療養環境特別加算】
［算定要件］
特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。
ア～マ（略）
ミ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
ム　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

結核に係る入院医療提供体制の確保①

結核病棟入院基本料における加算の見直し

➢ 結核患者の入院患者数が減少する中、結核医療の提供を持続的に確保するため、入院期間に応じた加算を増点する。

現行

【結核病棟入院基本料】
［算定告示］
注１～３　（略）
４　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　14日以内の期間　400点
（特別入院基本料等については、320点）
ロ　15日以上30日以内の期間　300点
（特別入院基本料等については、240点）
ハ　31日以上60日以内の期間　200点
（特別入院基本料等については、160点）
二　61日以上90日以内の期間　100点

改定後

【結核病棟入院基本料】
［算定告示］
注１～３　（略）
４　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　14日以内の期間　**600**点
（特別入院基本料等については、**500**点）
ロ　15日以上30日以内の期間　**480**点
（特別入院基本料等については、**400**点）
ハ　31日以上60日以内の期間　**360**点
（特別入院基本料等については、**300**点）
二　61日以上90日以内の期間　**120**点

結核に係る入院医療提供体制の確保②

一般病棟入院基本料等における平均在院日数等の対象患者の見直し

➢ 入院患者数の減少により、医療機関が結核病棟を維持することが難しくなっている中で、結核患者受入体制の確保の観点から、結核病棟と一般病棟を併せて１看護単位とするいわゆる「ユニット化病床」やモデル病床等における重症度、医療・看護必要度等の対象となる患者の範囲等を見直す。

現行

［施設基準］
別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十四（略）
（新設）

[施設基準]
重症度、医療・看護必要度の評価に当たっては、産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。

改定後

［施設基準］
別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十四（略）
二十五　結核の治療が必要な者のうち、一般病床又は精神病床に入院する、次のいずれかに該当する結核を主病とする患者
（１）　合併症が重症又は専門的高度医療若しくは特殊医療を必要とする患者
（２）　合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある患者
（３）　入院を要する精神障害者である患者
二十五の二　医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第10条第５号の規定により、感染症病床に入院する、結核を主病とする患者

[施設基準]
重症度、医療・看護必要度の評価に当たっては、**以下に掲げる患者**は対象から除外すること。
ア　産科患者
イ　15歳未満の小児患者
ウ　結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）
（イ）　一般病棟及び結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
（ロ）　「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年12月10日付け健医発1415号厚生省保健医療局長通知）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
（ハ）　医療法施行規則第10条第４号により感染症病床に入院する場合

令和８年度診療報酬改定

13. 重点的な対応が求められる分野（医学管理・リハビリテーション）

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

➢ 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

（新）心不全再入院予防継続管理料

１	**心不全再入院予防継続管理料１**		**1,000点**	**（入院中１回に限り算定）**
２	**心不全再入院予防継続管理料２**	**６回目まで 700点**	**７回目以降 225点**	**（１年を限度として月に１回・外来で算定）**
３	**心不全再入院予防継続管理料３**	**６回目まで 400点**	**７回目以降 225点**	**（１年を限度として月に１回・外来で算定）**

	管理料１（入院中）	管理料２（外来）	管理料３（外来）
主な施設基準	○一般病棟入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を３年（医師は５年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置　（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、３を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各１回以上実施		○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を３年（医師は５年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち１名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料１又は２の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか１つを算定していること。	○初回算定日の６月以内に１を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを１つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定	○初回算定日の６月以内に１又は２を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	○　心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載		

カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

特定薬剤治療環境特別加算の新設

➢ カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、入院中の個室管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　特定薬剤治療環境特別加算（１日につき）　300 点

［算定要件］

○　遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（カルタヘナ法）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に算定する。

○　医薬品等製造販売業者が特に必要と判断した物品については、医薬品等製造販売業者が保険医療機関に給付することとし、保険医療機関が各施設の構造上等の理由により、個別に必要性を判断した環境整備に係る衛生材料及びカルタヘナ法に係る対応に関わらず一般的に使用される衛生材料の費用については、当該加算に含まれる。

特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直し

➢ 特定薬剤治療管理料において、カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤に係る評価を行う。

現行	改定後
【特定薬剤治療管理料】 ［算定要件］ 注11　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。	【特定薬剤治療管理料】 ［算定要件］ 注11　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合**又はカルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。**

疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設

➢ より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。具体的には、**ベッド上のみ**で**ポジショニングや拘縮の予防を目的としたリハビリテーションのみ**を行う場合について、減算及び算定単位数の制限を設ける。

【心大血管疾患リハビリテーション料】　※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

［算定要件］

注８　**特定の患者に離床を伴わずに**20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき**１日２単位**まで算定する。

＜離床を行わずにリハビリテーションを行った場合に、減算及び２単位までの算定の対象となる患者＞

特定の患者とは、個別療法を実施する日に、**ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者**のうち、**以下のいずれにも該当しないもの**をいう。

減算等の対象外

ア　「Ａ３００」救命救急入院料等の**治療室に係る入院料**、疾患別リハビリテーションの注に規定する**早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算**のいずれかを算定している患者**（＝急性期に算定する入院料や加算を算定する患者）**

イ　**患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難**である**15歳未満の小児患者**。

ウ　**患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者**であって、当該個別療法を３単位以上行うことが**医学的に必要であると医師が特に認めたもの**。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、**診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

介護保険との連携の要件化と目標設定等支援・管理料の廃止

介護保険によるリハビリテーション等との連携の要件化

➢ 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料において、**介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する介護支援専門員との連携を要件化**する。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】※　廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様

［算定要件］

- 以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

目標設定等支援・管理料と減算規定の廃止

➢ 上記に伴い、介護保険によるサービスが必要と思われる患者についての計画を要件としていた目標設定等支援・管理料を廃止し、併せて脳血管疾患等リハビリテーション料等における注７の減算規定を廃止する。

現行	改定後
【目標設定等・支援管理料】 1　初回の場合　250点 2　２回目以降の場合　100点 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注７　目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	**【目標設定等・支援管理料】** [廃止] 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [廃止]

※　廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

【計画書様式の簡素化】

- リハビリテーション実施計画書と総合実施計画書を統合して、**記載内容を簡素化**する。
  - ・総合計画評価料として算定できるのは、従前どおり多職種が共同で評価し計画書を作成した場合。
- 計画書における、患者等の**署名欄を廃止**する。

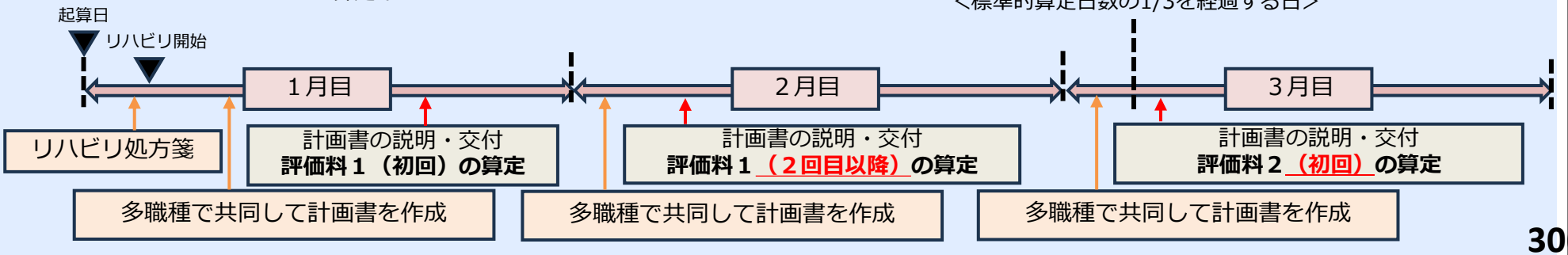
【算定要件の変更】

- 計画書の説明は、医師だけでなく、**看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士でも可能とする**※。
- リハビリテーション総合計画評価料について、**２回目以降に算定する点数を新設する**。

※　回復期リハビリテーション病棟においては、引き続き医師による説明が必要。

現行		改定後	
【リハビリテーション総合計画評価料】		【リハビリテーション総合計画評価料】	
1 リハビリテーション総合計画評価料１	300点	1 リハビリテーション総合計画評価料１	
（新設）		**イ　初回の場合**	300点
（新設）		**ロ　２回目以降の場合**	**240点**
2 リハビリテーション総合計画評価料２	240点	2 リハビリテーション総合計画評価料２	
（新設）		**イ　初回の場合**	240点
（新設）		**ロ　２回目以降の場合**	**196点**

【要介護被保険者等の場合】　<算定イメージ>



リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し

リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し

➢ リンパ浮腫複合的治療料について、より実態に即した評価を行う観点から、リンパ浮腫複合的治療料の評価を見直す。

現行	改定後
【リンパ浮腫複合的治療料】 ［算定要件］ 1　重症の場合　200点 （新設） （新設） 2　１以外の場合　100点	【リンパ浮腫複合的治療料】 1　重症の場合 イ　60分以上　500点 ロ　40分以上60分未満　350点 2　１以外の場合　150点

［算定要件］

● 「１」の「重症の場合」におけるイは１回**60分以上**、ロは１回**40分以上60分未満は１回40分以上**、「２」の「１以外の場合」は１回20分以上行った場合に算定する。

＜リンパ浮腫複合的治療料の算定にあたって実施される治療・指導等のイメージ＞

発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

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

現行

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

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

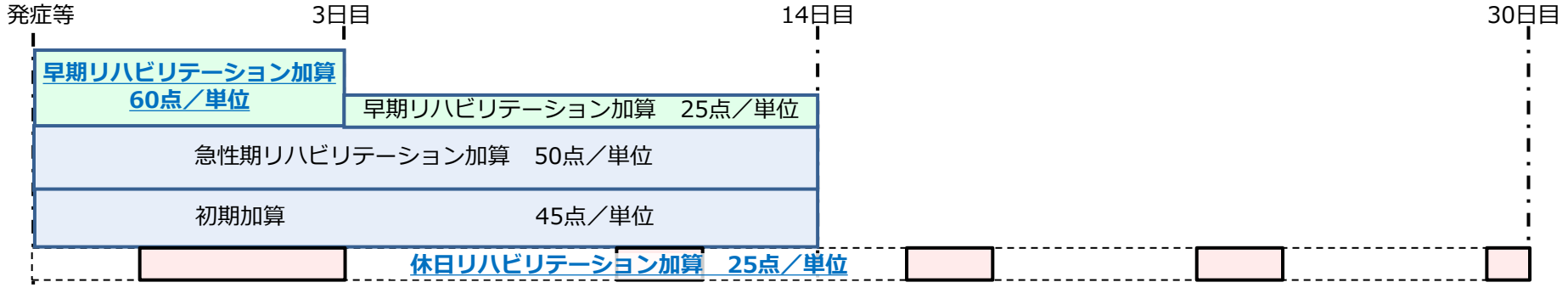
改定後

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

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

※　他の疾患別リハビリテーション料についても同様

［算定イメージ］



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

休日のリハビリテーションの適切な評価

休日リハビリテーション加算の新設

➢ 休日においても平日と同様にリハビリテーションを実施し、**切れ目のないリハビリテーションを推進する**観点から、**休日リハビリテーション加算を新設**する。

（新）　休日リハビリテーション加算（１単位につき）　　25点（30日目まで）

【疾患別リハビリテーション料】
[算定要件]

- 各疾患別リハビリテーション料に定める対象者（下表参照）に対して、土曜日、休日にリハビリテーションを行った場合は、加算の起算日（下表参照）から起算して**30日目までを限度**として、休日リハビリテーション加算として、**１単位につき25点を所定点数に加算**する。

疾患別リハビリテーション料	休日リハ加算の対象者	休日リハ加算の起算日
心大血管疾患リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	• 入院中のもの	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
脳血管疾患等リハビリテーション料	• 入院中のもの • 入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。）	発症、手術又は急性増悪
廃用症候群リハビリテーション料	• 入院中のもの	発症、手術若しくは急性増悪 又は当該患者の廃用症候群の急性増悪
運動器リハビリテーション料	• 入院中のもの • 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。）	発症、手術又は急性増悪

退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

退院時リハビリテーション指導料の見直し

➢ 退院時リハビリテーション指導料の対象患者について、**当該保険医療機関での入院中に、疾患別リハビリテーション料等を算定した患者のみを対象**とするよう規定を設ける。

現行

【退院時リハビリテーション指導料】
［対象患者］
当該保険医療機関に入院していた患者

改定後

【退院時リハビリテーション指導料】
［対象患者］
当該保険医療機関での入院中に、以下のいずれかを算定したもの
- **第７部リハビリテーションの第１節の各区分**
- **「Ａ２３３」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算**
- **以下の注に掲げる早期離床・リハビリテーション加算**
  - **「Ａ３０１」　特定集中治療室管理料**
  - **「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料**
  - **「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料**
  - **「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料**
- **「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算**

医療機関外における疾患別リハビリテーションの上限単位数の見直し

医療機関外における疾患別リハビリテーションの上限単位数

➢ １日に３単位までとされている医療機関外での疾患別リハビリテーション料の上限実施単位数について、生活場面を想定した訓練等の際に、より多くの時間をかけて実施する場合があることを鑑みて、**一連の入院において、更に合計３単位**（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については６単位）までに限り、**別に疾患別リハビリテーションとみなすことができる**こととする。

現行

【第７部　リハビリテーション＜通則＞】
［算定要件］
６　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。
　また、当該保険医療機関外であっても、以下の(１)から(４)までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。

改定後

【第７部　リハビリテーション＜通則＞】
［算定要件］
６　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。
　また、当該保険医療機関外であっても、以下の(１)から(４)までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、**１日に３単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院期間において、合計３単位（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については６単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。**なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。

＜屋外でリハビリテーションを実施し算定できる最大の単位数の例＞

入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	・・・
３単位	３単位	３単位	３単位	３単位	・・・

屋外等で訓練して算定できるのは、１日３単位まで

入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	・・・
３単位	**４単位**（３**＋１単位**）	３単位	**５単位**（３**＋２単位**）	３単位	・・・

１日３単位に加え、一連の入院期間中に計**３単位（６単位）**まで算定可能

疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

➢ 疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者について、令和６年度改定で回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの算定上限が６単位となった趣旨を踏まえ、上限単位数の緩和対象を明確化する。

現行

【第７部　リハビリテーション】
［施設基準］
別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

改定後

【第７部　リハビリテーション】
［施設基準］
別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- 脳血管疾患等の患者のうち**発症日、手術日又は急性増悪の日から**六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

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

【疾患別リハビリテーション料】

［施設基準］

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

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

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

<疾患別リハビリテーション料の専従者と他の専従者との兼任>

○　兼任可能

第７部リハビリテーション第１節各区分*の専従の理学療法士等

＊ただし、心大血管疾患リハビリテーション料については、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合のみ可

○　兼任不可能

第１章第２部入院料等（入院料や入院基本料等加算）の専従の理学療法士等（専任は兼任可。）

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

規定の単位数※１に**含める**業務

- **疾患別リハビリテーション料 ＋ 集団コミュニケーション療法**
- 第２章第８部 精神科専門療法
- 第２章第２部 医学管理等
- 第２章第３部 在宅医療
- 第２章第７部 リハビリテーション※２

規定の単位数に**含めない**業務

- その他リハビリテーション
- 家族等の指導に関する業務
- 介護施設等への助言に係る業務
- リハビリテーションの記録時間
- 個別療法のために移動する時間

等

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

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

病棟（入院料）において配置される療法士の業務の明確化

入院料において配置される療法士の業務範囲や兼任規定の明確化

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

現行

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

改定後

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

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

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進①

摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準の見直し

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

現行

【摂食嚥下機能回復体制加算】
［施設基準］
1　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準
（１）　（摂食嚥下支援チームの構成員）
ア及びウ　（略）
イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士

改定後

【摂食嚥下機能回復体制加算】
［施設基準］
1　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準
（１）　（摂食嚥下支援チームの構成員）
ア及びウ　（略）
イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は**専任の**常勤言語聴覚士

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

現行

3　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準
（３）　当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、２名以上であること。

改定後

3　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準
（３）　当該保険医療機関において、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者における、**ア及びイの前年の実績の合計数が**２名以上であること。
ア　中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者
イ　**鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者**のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、**嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者**

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

➢ 療養病棟で、栄養摂取に係る適切なプロセスを経て経腸栄養を実施する場合に算定可能な経腸栄養管理加算について、**当該病院へ入院前から中心静脈栄養で管理されていた患者は、その期間を問わず加算の算定を可能**とする。また、経口摂取が不可となった場合に、栄養摂取方法の決定に係る適切なプロセスを経て、中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても、加算の算定が可能であることを明確化する。

現行

【経腸栄養管理加算】
［算定要件］
(19)　「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、入棟前の１か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア　長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

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

改定後

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

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

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

令和８年度診療報酬改定

14. 重点的な対応が求められる分野（医薬品適正使用）

薬剤総合評価調整加算について

➢ 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことによりポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が充実されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

現行

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算　100点

注１　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。

イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

改定後

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算　160点

注１　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。

イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**

ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**

現行

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注２　保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、**退院時薬剤情報連携加算**として、60点を所定点数に加算する。

改定後

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注２　削除

退院時薬剤情報管理指導料：保険薬局への情報提供のみ　→　薬剤総合調整加算：転院先･転所先･保険薬局等へ情報提供先が**拡大**

病棟薬剤業務実施加算について

➢ 病棟薬剤業務実施加算について、ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、薬剤総合評価調整加算等の算定回数が多い場合の評価を見直す。

現行	改定後
【（医科点数表）病棟薬剤業務実施加算】	【（医科点数表）病棟薬剤業務実施加算】
1　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　120点	1　（新）病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　300点
2　病棟薬剤業務実施加算２（１日につき）　100点	2　病棟薬剤業務実施加算２（週１回）　120点
	3　病棟薬剤業務実施加算３（１日につき）　100点

［施設基準］
三十五の四　病棟薬剤業務実施加算の施設基準
(1)　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準
イ　病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
ロ　薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。
ハ　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
ニ　当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
ホ　薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ト　薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。
(2)　病棟薬剤業務実施加算２の施設基準
(1)のイからホまで該当する保険医療機関であること。
(3)　病棟薬剤業務実施加算３の施設基準
イ～ホ　（略）
(4)　（略）

【A250】薬剤総合評価調整加算の算定回数が直近３ヶ月で10回
【B014】退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が直近３ヶ月における退院患者に対する退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が４割以上

残薬対策に関する主な改定項目

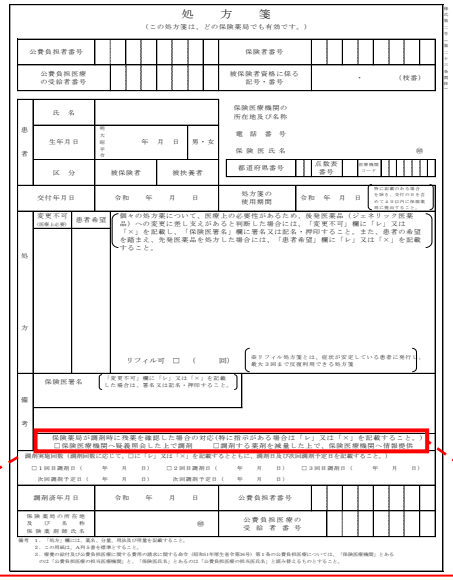
処方時の対応

●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

医師と薬剤師の同時訪問の推進（再掲）

医科

訪問診療薬剤師同時指導料の新設

➢ 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。

（新）　訪問診療薬剤師同時指導料（６月に１回）　300点

［算定要件］

○ 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方の調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。

○ 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。

○ 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。

○ 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。

○ 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調剤

訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

（新）　訪問薬剤管理医師同時指導料（６月に１回）　150点

［算定要件］

○ 在宅での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、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患家を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

○ 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。

○ 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患家の患者の主治医であるものとする。

○ 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の服薬管理等に係る要件の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、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。
- 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への**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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)　（略）
(ロ)　他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル)　（略）

⇨

改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
［算定要件］
オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(イ)　（略）
(ロ)　他の保険医療機関と連携**並びに**オンライン資格確認**及び電子処方箋システム等**を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。**また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、**担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
(ハ)～(ル)　（略）

在宅時医学総合管理料等の要件の新設

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、**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。

現行

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】
［算定要件］
（新設）

⇨

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】
［施設基準］
患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- 保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、**「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」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す**。

残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し②

訪問看護の運営基準の見直し

- 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。）の確認も含めて状況等の把握を行う必要があることを明確化する。
- また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、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。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（心身の状況等の把握）
第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（心身の状況等の把握）
第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、**服薬状況、**病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）

４　運営に関する事項
(５) 心身の状況等の把握（基準省令第９条関係）
基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、**服薬状況（残薬の状況を含む。）、**介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。
（６）～（９）略
(10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）
①～④　（略）
⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。**また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況（残薬の状況を含む。）については、必要に応じ、利用者の同意を得て利用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。**

長期収載品の選定療養

- 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

現行	改定後
【長期収載品の選定療養の患者負担額】 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**四分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額	**【長期収載品の選定療養の患者負担額】** 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**二分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

- 時間外の選定療養について、医療機関のみであったところを薬局についても追加する。

現行	改定後
【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】 ３　保険医療機関が表示する診療時間以外における診療	**【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】** ３　保険医療機関**又は保険薬局**が表示する診療時間**又は開店時間**以外の時間における診察**等**

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

➢ 保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を以下の通り見直す。

入院中の患者以外の患者に対して、薬効分類がたん白アミノ酸製剤に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であるものであって、用法及び用量に経口投与が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合については、

- **手術後の患者**である場合は**その旨**
- **経管により栄養補給を行っている患者**である場合は**その旨**
- **必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者**に投薬する場合は**その理由**

を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とする。

現行	改定後
【第５部　投薬】 通則 １～５　（略） （新設）	【第５部　投薬】 通則 １～５　（略） **６　入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。**

栄養保持を目的とした医薬品（令和８年３月現在）

- イノラス配合経腸用液
- エンシュア・リキッド
- エネーボ配合経腸用液
- ツインラインNF配合経腸用液
- エンシュア・H
- ラコールNF配合経腸用液

令和８年度診療報酬改定

15. 医療技術の適切な評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
（２）既存技術の評価の見直し
（３）移植医療に係る評価の見直し
（４）検査に係る評価の見直し
（５）腎代替療法に係る評価の見直し

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）植込型除細動器移植術　４ 胸骨下植込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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応①

➢ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術及び保険医療材料等専門組織で審議された技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。

学会からの提案技術

先進医療技術

先進医療会議における評価結果の報告

保材専で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術

医療技術評価分科会

評価対象となる技術（693件）※6

① うち、
学会等から提案のあった医療技術
665件 ※1※4※6

② うち、
先進医療として実施されている医療技術
27件 ※2※4

③ うち、
保材専で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術
3件 ※3

評価

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術
158件 ※5※6
（新規62件、既存96件）

医療技術評価分科会としては、
今回改定では対応を行わない技術
535件 ※6
（新規240件、既存295件）

※1　先進医療として実施中の技術、保険医療材料等専門組織で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。
※2　先進医療会議における評価結果について先進医療会議より報告された医療技術に限る。
※3　保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術及び技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術に限る。
※4　うち、２件は①及び②に該当する。
※5　うち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等での記載あり」とされたものは127件（新規54件、既存73件）であった。
※6　件数には、重複する提案の数は含まれない。

中医協総会における検討

医療技術評価分科会における評価の対象としない提案　又は
中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案
144件

- 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っていく。**
- 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、引き続き検討していく。**

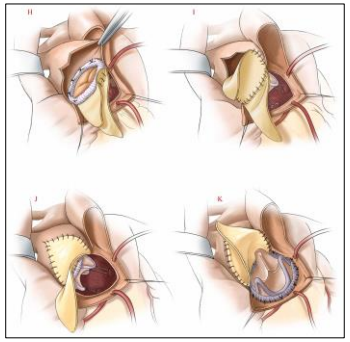
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応②

新規技術の保険導入

➢ 保険収載されていない手術や検査等について、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて、新たに保険収載する。

［新たに保険収載される手術等の例］

（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）	死体移植腎機械灌流保存	18,848点
（新）	弁置換術　４　大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの	198,000点
（新）	体温調節療法　２　ウォーターパッド特定加温装置を用いる場合	11,000点
（新）	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	42,190点



弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの）
出典：学会提出資料

［新たに保険収載される検査等の例］

（新）	壁側胸膜凍結生検法	15,800点
（新）	人工呼吸　電気インピーダンス断層撮影加算（１日につき）	1,550点
（新）	蛍光リンパ管・リンパ節造影	500点

壁側胸膜凍結生検法
出典：学会提出資料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応③

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX 線治療等と比較して臨床的アウトカムの改善が確認された、以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】
［算定要件］（概要）

1　希少な疾病に対して実施した場合　187,500点

・ 陽子線治療：**（改）３個以内の大腸癌肺転移※**
（原発巣切除後であり、局所再発のないものであって、肺外転移が制御されているものに限る。）、
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）、
早期肺癌※（Ⅰ期からⅡＡ期までの肺癌に限る。）、
肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）

・ 重粒子線治療：**（改）３個以内の大腸癌肺転移※**
（原発巣切除後であり、局所再発のないものであって、肺外転移が制御されているものに限る。）、
限局性の骨軟部腫瘍※、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）、
早期肺癌※（Ⅰ期からⅡＡ期までの肺癌に限る。）、
肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌※、
局所進行子宮頸部扁平上皮癌※（長径６センチメートル以上のものに限る。）、
悪性黒色腫※（婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）

※　手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2　希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合　110,000点

・ 陽子線治療　：　限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
・ 重粒子線治療：　限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

[加算]
①粒子線治療適応判定加算　40,000点
（キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

②粒子線治療医学管理加算　10,000点
（照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価）

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応④

新規技術の保険導入

➢ 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　気管支形成を伴う肺切除
- 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術　単独のもの　胸腔鏡下によるもの
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術　傍大動脈
- 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
- 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術
- 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合
- 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がん（ＩＡ期及びＩＢ１期）、子宮体がん（ＩＢ期））

出典：学会提出資料

［内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要］
- **当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
- 当該手術を実施する患者について、**関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

既存技術の見直し

➢ 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の評価を見直す。

現行		改定後	
【腹腔鏡下直腸切除・切断術】		【腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）】	
1　切除術	75,460点	1　切除術	78,960点
2　低位前方切除術	83,930点	2　低位前方切除術	87,430点
3　超低位前方切除術	91,470点	3　超低位前方切除術	94,970点
4　経肛門吻合を伴う切除術	100,470点	4　経肛門吻合を伴う切除術	103,970点
5　切断術	83,930点	5　切断術	87,430点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑤

新規技術の保険導入

➢ 手術支援装置を用いて実施する人工膝関節置換術を新設する。

（新）　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）　42,190点

[算定要件]
　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性膝関節症、大腿骨頭壊死症又は関節リウマチの患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、大腿骨及び脛骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工膝関節置換術を実施した場合に算定する。

①解剖学的指標等の登録

②手術プランニング

③ロボット支援骨切り

ロボット制動により紫色の部分のみ削るため他部位の損傷を予防できる

正確で安全な手術

出典：学会提出資料

既存技術の見直し

➢ 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）の対象疾患に、大腿骨頭壊死症、関節リウマチを追加する。

現行

【人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】
［算定要件（通知）］
　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性股関節症の患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工股関節置換術を実施した場合に算定する。

改定後

【人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）】
［算定要件（通知）］
　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性股関節症、**大腿骨頭壊死症又は関節リウマチ**の患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工股関節置換術を実施した場合に算定する。

出典：学会提出資料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑥

新規技術の保険導入

➢ 経皮的体温調節療法を見直し、重症熱中症及び偶発性低体温症に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置及びウォーターパッド特定加温装置を用いた体温調整を行う場合の評価をそれぞれ新設する。

現行	改定後
経皮的体温調節療法（一連につき）5,000点	体温調節療法（一連につき） **1　中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いる場合**　5,000点 **2　ウォーターパッド特定加温装置を用いる場合**　**11,000点**

中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いる場合

[対象患者]
① 重症熱中症（深部体温40℃以上かつＧＣＳ８点以下の状態にある熱中症）
② 偶発性低体温症（深部体温32℃以下の状態にあるものに限る。）
③ 急性重症脳障害（くも膜下出血又は頭部外傷によるものに限る。）を伴う発熱患者

[算定要件]
中心静脈留置型経皮的体温調節装置コントロールユニット及び中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。（特定保険医療材料、中心静脈注射用カテーテル挿入の費用は、別途算定可能。）

ウォーターパッド特定加温装置を用いる場合

[対象患者]
① 重症熱中症（深部体温40℃以上かつＧＣＳ８点以下の状態にある熱中症）
② 偶発性低体温症（深部体温32℃以下の状態にあるものに限る。）

[算定要件]
ウォーターパッド特定加温装置コントロールユニット及びウォーターパッド加温装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。使用するパッド等の消耗品の費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]（共通）
①②の患者に対して行う場合には、以下のいずれかの特定入院料の届出を行う医療機関であること。
- 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑦

新規技術の保険導入

➢ 経皮的脳血栓回収術について、頸動脈ステント留置を併施する場合の評価を新設する。

（新）　経皮的脳血栓回収術 1 頸動脈ステント留置を併施するもの　47,150点

［算定要件（通知）］

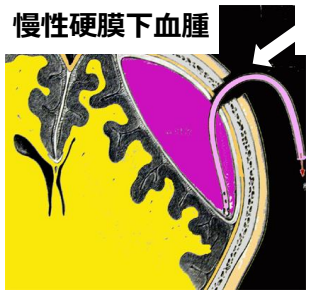
・　「１」については、内頸動脈又は中大脳動脈に塞栓（血栓）を認める患者であって、内頸動脈又は総頸動脈に高度狭窄又は完全閉塞を認めるものに対し、一期的に頸動脈ステントを留置した場合に算定する。実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

既存技術の見直し

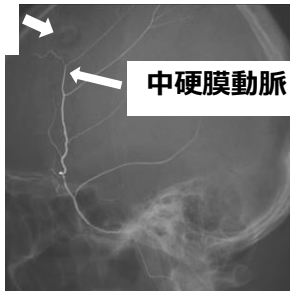
➢ 慢性硬膜下血腫の再発例に対する血栓塞栓術の評価を追加する。

現行

【血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）】
［算定要件（通知）］
（１）　「１」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。



穿頭ドレナージ
（従来法）



血腫被膜に分布する
中硬膜動脈を塞栓する

出典：学会提出資料

改定後

【血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）】
［算定要件（通知）］
（１）　「１」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者**及び慢性硬膜下血腫を再発した患者**に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。
（２）　**慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合には、関係学会の定める適正使用指針及び診療ガイドラインを遵守し、初回又は前回の治療として実施した「Ｋ１６４」頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）の「２」硬膜下のもの又は「Ｋ１６４－２」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑧

既存技術の見直し

➢ 血漿交換療法の対象に、自己免疫性脳炎を追加する。

現行

【血漿交換療法】
［算定要件］
(12)　当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

改定後

【血漿交換療法】
［算定要件］
(12)　当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎**又は自己免疫性脳炎**の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

新規技術の保険導入

➢ 発達及び知能検査のうち、「操作が容易なもの」に、WAIS-Ⅲ成人知能検査（簡略版）、WAIS-Ⅳ成人知能検査（簡略版）、BACSを追加する。

現行

【発達及び知能検査】
［算定要件］
（４）　発達及び知能検査の「操作が容易なもの」とは、（中略）、レーヴン色彩マトリックス及びＪＡＲＴのことをいう。

改定後

【発達及び知能検査】
［算定要件］
（４）　発達及び知能検査の「操作が容易なもの」とは、（中略）、レーヴン色彩マトリックス**、**JART**、WAIS-Ⅲ成人知能検査（簡略版）、WAIS-Ⅳ成人知能検査（簡略版）及びBACS**のことをいう。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑨

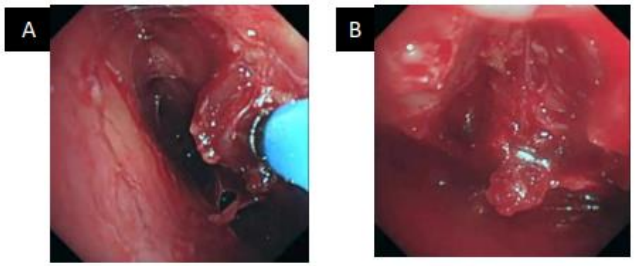
新規技術の保険導入

➢ 胸膜組織を胸腔鏡下に凍結させて採取する場合の評価を新設する。

（新）　壁側胸膜凍結生検法　　15,800点

［算定要件］抜粋
・　壁側胸膜凍結生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

［施設基準］
・　専ら呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。
・　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。



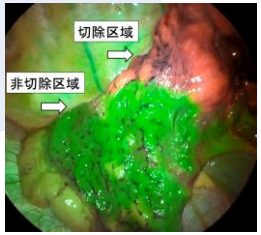
出典：学会提出資料

既存技術の見直し

➢ 術中血管等描出撮影加算の対象に、肺区域切除術を追加する。

現行

【術中血管等描出撮影加算】
［算定要件（通知）］
・　術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、（中略）、「Ｋ４７６－３」動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除術）、「Ｋ６９５」肝切除術の「２」から「７」まで、（中略）又は「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。



改定後

【術中血管等描出撮影加算】
［算定要件（通知）］
・　術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、（中略）、「Ｋ４７６－３」動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除術）、**「Ｋ５１１」肺切除術の「２」、「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術の「３」、「Ｋ５１４」肺悪性腫瘍手術の「２」、「Ｋ５１４－２」胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術の「２」**、「Ｋ６９５」肝切除術の「２」から「７」まで、（中略）又は「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。

出典：学会提出資料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑩

新規技術の保険導入

➢ 同種死体腎移植術の実施前に、採取した腎をポンプ機能を備えた機械灌流装置を用いた場合の評価を新設する。

（新）　同種死体移植腎機械灌流保存　　18,848点

［算定要件］
- 同種死体移植腎機械灌流保存は、同種死体腎移植を行うことを目的として採取した死体腎を、被移植者に移植を行うまでの間の保存を行うことを目的として薬事承認された機械灌流装置を用いて保存した場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- 死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成九年法律第百四号）第６条第２項に規定する脳死した身体の腎は含まない。

［施設基準］
- 腎移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。
- 当該処置を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。
- 常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は体外循環の操作の経験を有していること。また、常勤の臨床工学技士のうち１名以上が関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。

既存技術の見直し

➢ 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）について、腫瘍径に応じた評価に見直す。

現行	改定後
【腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】 52,800点	【腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）】 1　２センチメートル以内のもの　51,200点 2　２センチメートルを超えるもの　66,200点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑪

既存技術の見直し

➢ 冠動脈、大動脈バイパス移植術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）について、１吻合のもの、２吻合又は３吻合のもの及び４吻合以上のものの３段階の評価に見直す。

現行

【冠動脈、大動脈バイパス移植術】
1　１吻合のもの　80,160点
2　２吻合以上のもの　89,250点
（新設）

【冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）】
1　１吻合のもの　71,570点
2　２吻合以上のもの　91,350点
（新設）

改定後

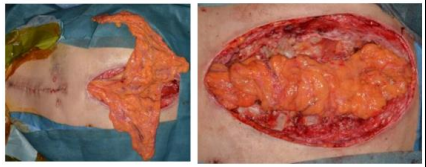
【冠動脈、大動脈バイパス移植術】
1　１吻合のもの　**75,160点**
2　**２吻合又は３吻合のもの**　89,250点
3　**４吻合以上のもの**　**102,250点**

【冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）】
1　１吻合のもの　**66,570点**
2　**２吻合又は３吻合のもの**　91,350点
3　**４吻合以上のもの**　**104,350点**

新規技術の保険導入

➢ 感染性大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術に有茎大網充填術を併施した際の評価を新設する。

（新）　大網充填術加算　17,130点



出典：学会提出資料

［算定要件］
・　感染性大動脈瘤の患者に対して本手術と有茎大網充填術を併せて行った場合に算定する。

新規技術の保険導入

➢ ステントグラフト内挿術について、腹部大動脈における内腸骨動脈の再建を伴うものの評価を新設する。

（新）　ステントグラフト内挿術　腹部大動脈（腸骨動脈の再建を伴うもの）　56,000点

出典：学会提出資料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑫

新規技術の保険導入

➢ 心臓カテーテル法による諸検査について、ガイドワイヤを用いた冠微小循環の評価を行った場合の評価を新設する。

（新）　冠微小循環評価加算　　150点

[算定要件]
心筋虚血による症状を有する患者であって、他の検査により心筋虚血が示されているものの、冠動脈に明らかな狭窄を認めない患者に対して、冠微小循環障害の診断を目的として、冠微小血管抵抗指数等の評価を行った場合に算定する。

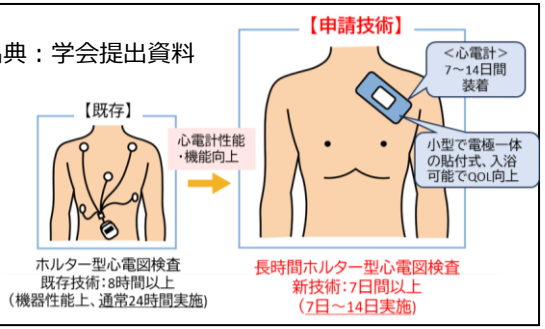
既存技術の見直し

➢ ホルター型心電図検査について、７日間以上実施した場合の評価を新設する。

（新）　長時間心電図加算　　320点

[算定要件]
７日間以上実施した場合は、長時間心電図加算として、320点を所定点数に加算する。

出典：学会提出資料



新規技術の保険導入

➢ 放射性同位元素内用療法管理料の対象疾患に、神経芽腫及び去勢抵抗性前立腺癌を追加する。

【放射性同位元素内用療法管理料】

（新）５　去勢抵抗性前立腺癌に対するもの　ロ　ＰＳＭＡ陽性であって遠隔転移を有するもの　3,000点
（新）８　神経芽腫に対するもの　3,800点

［算定要件］
・　５のロについては、ＰＳＭＡ陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、**放射性同位元素を投与した日**に限り算定する。
・　８については、神経芽腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、**月１回**に限り算定する。

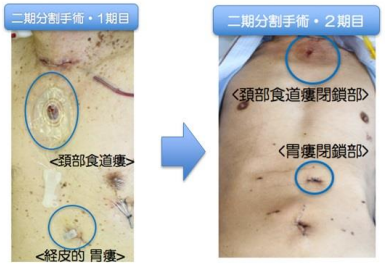
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑬

新規技術の保険導入

➢ 胸部食道癌に対する二期分割手術における一期目の胸腔鏡下手術の評価を新設する。

（新）　胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）　71,950点

［算定要件（通知）］
・　単に腫瘍のみを摘出した場合については、「Ｋ５２６」食道腫瘍摘出術の「３」腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもので算定する。



出典：
学会提出資料

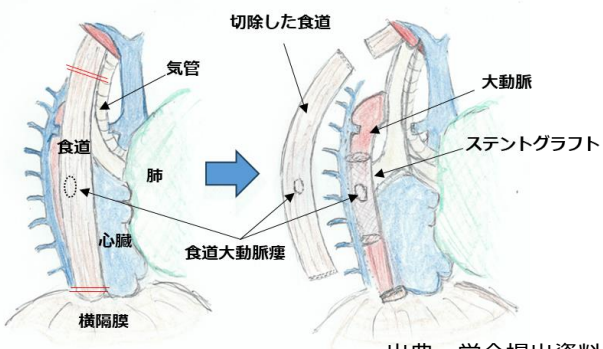
Watanabe M, et al. Esophagus, under review

新規技術の保険導入

➢ 大動脈ステントグラフト内挿術後の食道大動脈瘻に対して瘻孔を形成した食道を胸腔鏡下に切除し頸部食道瘻を造設する手術の評価を新設する。

（新）　胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの）　58,100点

［算定要件（通知）］
・　一期的な食道切除再建術が困難な場合であって、胸腔鏡下に食道切除術を行ったときに算定する。
・　大動脈ステント内挿後であって、食道大動脈瘻に対する胸腔鏡下食道切除術を行った場合には、本区分の所定点数により算定する。

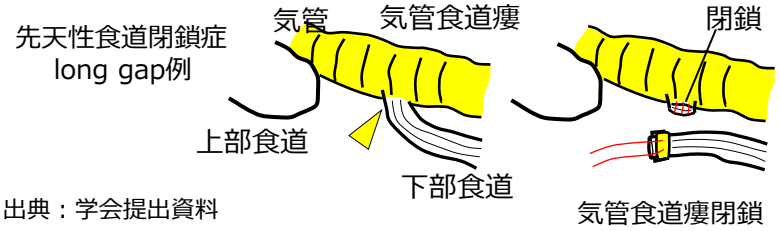


出典：学会提出資料

新規技術の保険導入

➢ 先天性食道閉鎖症に対する気管食道瘻閉鎖術を新設する。

（新）　先天性気管食道瘻閉鎖術　35,000点



出典：学会提出資料

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑭

既存技術の見直し

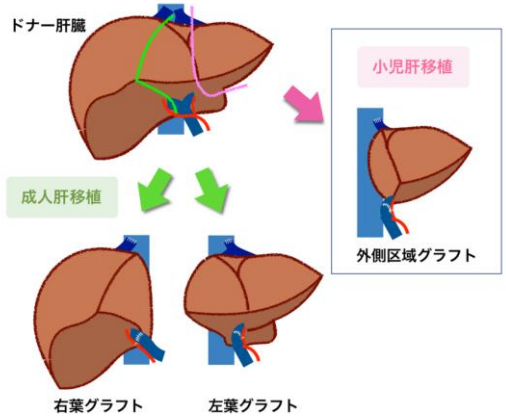
➢ 移植用部分肝採取術（生体）の腹腔鏡によるものについて、対象術式に肝左葉切除術及び右葉切除術を追加する。

現行

【移植用部分肝採取術（生体）】
［算定要件（通知）］
（１）　「１」については、肝外側区域の部分採取を行った場合に算定する。

改定後

【移植用部分肝採取術（生体）】
［算定要件（通知）］
（１）　「１」については、肝外側区域、**肝左葉又は肝右葉**の部分採取を行った場合に算定する。

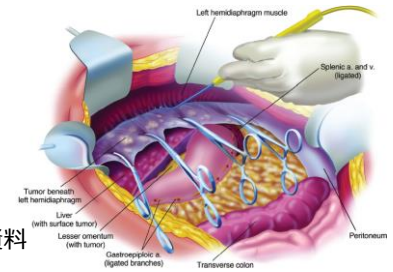


出典：学会提出資料

新規技術の保険導入

➢ 腹膜偽粘液腫、腹膜癌腹膜播種及び腹膜中皮腫の患者に対する腹膜切除を伴う複数臓器の切除術に関する評価を新設する。

（新）　腹膜切除を伴う多臓器合併切除術　　105,000点



出典：学会提出資料

［算定要件］
・　腹膜偽粘液腫、腹膜癌腹膜播種及び腹膜中皮腫の患者に対し、広範囲の壁側腹膜及び複数の臓器を切除した場合に算定する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑮

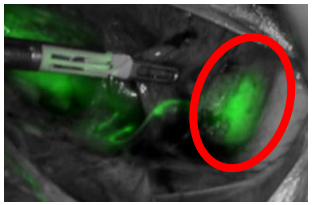
新規技術の保険導入

➢ 子宮悪性腫瘍手術について、センチネルリンパ節生検を実施した場合の加算を新設する。

【Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術／Ｋ８７９－２　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術】

（新）　子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１　5,000点

（新）　子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２　3,000点



出典：学会提出資料

［算定要件］
- 画像診断の結果、所属リンパ節への転移が認められない子宮悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定する。
- センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「Ｋ９４０」薬剤により算定する。
- 放射性同位元素の検出に要する費用は、シンチグラム（画像を伴うもの）の部分（静態）（一連につき）により算定する。
- 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

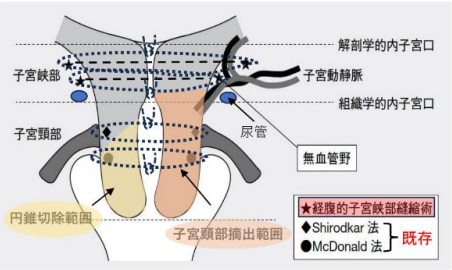
［施設基準］
- 産婦人科又は婦人科の経験を５年以上有しており、子宮悪性腫瘍手術における子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。
- 当該保険医療機関が産婦人科又は婦人科を標榜しているとともに、放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること 。
- 麻酔科標榜医が配置されていること。　・　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- 関係学会より示される指針を遵守すること。

新規技術の保険導入

➢ 開腹及び腹腔鏡下アプローチによる子宮頸管縫縮術を新設する。

（新）　子宮頸管縫縮術（開腹）　12,000点

（新）　腹腔鏡下子宮頸管縫縮術　15,000点



出典：学会提出資料

［算定要件］
- 経膣的子宮頸管縫縮術が無効、効果不十分又は適用できない患者に対して実施した場合に算定する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑯

既存技術の見直し

➢ 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査について、評価を見直すとともに、遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査の結果を医学的に解釈するための多職種による検討会で検討を行った場合の費用を含むことを明確化する。

現行

【遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査】
遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査　20,500点

［算定要件］
（１）　（略）

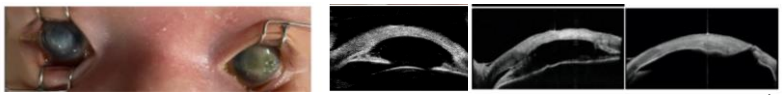
改定後

【遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査】
遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査　**23,500点**

［算定要件］
（１）　（略）**なお、所定点数には、遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査の結果を医学的に解釈するための多職種（遺伝性網膜ジストロフィに関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会で検討を行った場合の費用を含む。**

既存技術の見直し

➢ 前眼部三次元画像解析について、対象疾患を拡大する。



出典：学会提出資料

現行

【前眼部三次元画像解析】
［算定要件］
前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して、月１回に限り算定する。

改定後

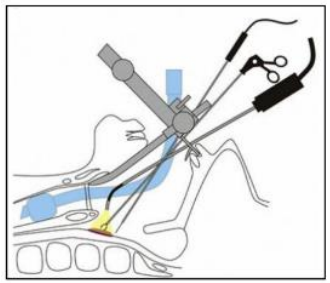
【前眼部三次元画像解析】
［算定要件］
前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術前後、外傷後毛様体剥離、**角膜ジストロフィー、前眼部形成異常、虹彩腫瘍及び毛様体腫瘍の患者**に対して、月１回に限り算定する。

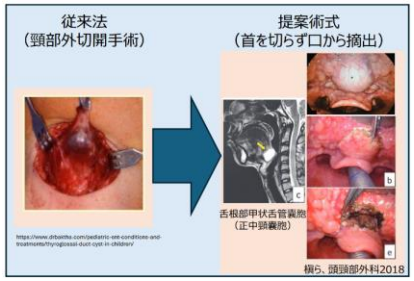
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑰

新規技術の保険導入

➢ 上咽頭、中咽頭及び下咽頭腫瘍摘出術並びに喉頭蓋嚢腫摘出術及び喉頭腫瘍摘出術について、咽喉頭鏡下に実施する点数を新設する。

上咽頭腫瘍摘出術	（新）	5	鏡視下によるもの	8,050点
中咽頭腫瘍摘出術	（新）	3	鏡視下によるもの	5,410点
下咽頭腫瘍摘出術	（新）	3	鏡視下によるもの	9,990点
喉頭蓋嚢腫摘出術	（新）	2	鏡視下によるもの	5,890点
喉頭腫瘍摘出術	（新）	3	鏡視下によるもの	6,120点



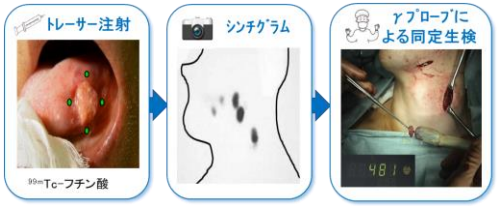


出典：学会提出資料

新規技術の保険導入

➢ 頭頸部悪性腫瘍手術に対する放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検の評価を新設する。

（新）　頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算　3,000点



出典：学会提出資料

［対象手術］
耳介悪性腫瘍手術、外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）、中耳悪性腫瘍手術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術、咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、上咽頭悪性腫瘍手術、喉頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、口腔(くう)底悪性腫瘍手術 、頬(きよう)粘膜悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術、口唇悪性腫瘍手術、頬悪性腫瘍手術、口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術、下顎骨悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術の切除及び全摘、顎下腺悪性腫瘍手術、耳下腺悪性腫瘍手術

［算定要件］
- 触診及び画像診断の結果、頸部リンパ節への転移が認められない頭頸部悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。
- センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「Ｋ９４０」薬剤により算定する。
- 放射性同位元素の検出に要する費用は、シンチグラム（画像を伴うもの）の部分（静態）（一連につき）により算定する。
- 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑱

新規技術の保険導入

➢ 静脈奇形患者に対する硬化療法の評価を新設する。

（新）　静脈奇形硬化療法（一連につき）　　18,000点

［施設基準］
- 形成外科、放射線科、心臓血管外科又は小児外科を標榜している病院であること。
- 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。
- 診療放射線技師が配置されていること。
- 緊急手術の体制が整備されていること。
- 関係学会から示されている指針に基づき、静脈奇形硬化療法が適切に実施されていること。

既存技術の見直し

➢ 自家脂肪注入について、学会指針に基づいた希少疾患の適応拡大を行うとともに、２回目に実施した場合の点数を新設する。

現行	改定後
【自家脂肪注入】 1　50mＬ未満　22,900点 （新設） 2　50mＬ以上100mＬ未満　30,530点 （新設） 3　100mＬ以上　38,160点 （新設）	【自家脂肪注入】 1　50mＬ未満 イ １回目　22,900点　**ロ ２回目　11,450点** 2　50mＬ以上100mＬ未満 イ １回目　30,530点　**ロ ２回目　15,265点** 3　100mＬ以上 イ １回目　38,160点　**ロ ２回目　19,080点**

［対象疾患］
- 鼻咽頭閉鎖不全（鼻漏改善を目的として行った場合）
- ＨＩＶ関連脂肪萎縮症による頬部の陥凹変形
- 進行性顔面半側萎縮症、限局性強皮症、剣創状強皮症及び深在性エリテマトーデス等の変性疾患に伴う陥凹変形
- 第一第二鰓弓症候群、トリーチャーコリンズ症候群及び頭蓋縫合早期癒合症等の先天性形態異常に対する頭蓋又は顔面形成術後の陥凹変形並びにポーランド症候群及び漏斗胸に伴う胸郭変形

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑲

既存技術の見直し

➢ 上下肢ともに麻痺等の運動機能障害がある場合、上肢及び下肢の運動機能障害に対して異なる種類の運動量増加機器が用いられることから、運動量増加機器加算の算定回数制限を拡大する。

現行	改定後
【リハビリテーション総合計画評価料】 ［算定告示］ 注４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に係る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出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。 （新設） （新設）	【リハビリテーション総合計画評価料】 ［算定告示］ 注４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に係る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出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、**次に掲げる点数をそれぞれ**月１回に限り所定点数に加算する。 **イ　上肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合　150点** **ロ　下肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合　150点**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑳

新規技術の保険導入

➢ 在宅ハイフローセラピー指導管理料について、適切な治療にかかわらず重度の低酸素血症の改善が見込めない状態の呼吸器疾患患者が、入院中に高濃度酸素ハイフローセラピーを導入された後に、在宅で治療継続を希望する場合について、その指導管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅ハイフローセラピー指導管理料２　　2,400点

[算定要件]
　在宅ハイフローセラピーを行っている重度の低酸素血症の患者のうち、入院中の患者以外の患者に対して、高濃度の酸素吸入を伴う在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

[対象患者]
　以下のいずれも満たす重度の低酸素血症の患者であって、在宅で高濃度の酸素吸入（酸素流量６L／分以上）を伴うハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者

- 間質性肺炎、急性呼吸窮迫症候群、重症肺炎等の呼吸器疾患に対し、入院による適切な治療が行われたにもかかわらず、常時、高濃度の酸素吸入を要する重度の低酸素血症が持続していること。
- 在宅において高濃度酸素ハイフローセラピーを開始する直前まで、低酸素血症の原疾患に対する治療目的に入院しており、当該入院中に高濃度の酸素吸入を伴うハイフローセラピーが開始され、離脱が困難であること。
- 適切な治療にかかわらず、原疾患の改善が見込めない状態であること。
- 上記の状態を十分に理解したうえで、患者本人が気管挿管又は気管切開による呼吸管理を希望せず、在宅における療養を希望していること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応㉑

既存技術の見直し

➢ 画像診断管理加算２の届出を行う医療機関が画像診断管理加算２～４の届出を行う医療機関に委託して遠隔画像診断を実施する場合の評価を新設するとともに、画像診断管理加算２の要件を見直す。

（新）　画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）　166点

［算定要件］

遠隔画像診断による画像診断（略）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、送信側の保険医療機関が画像診断管理加算２の届出を行った保険医療機関であり、かつ、受信側の保険医療機関が画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４の届出を行った保険医療機関である場合において、受信側の当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、通則第５号の規定にかかわらず、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）として、166点を所定点数に加算する。この場合、送信側の保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合においても、画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）を算定する。

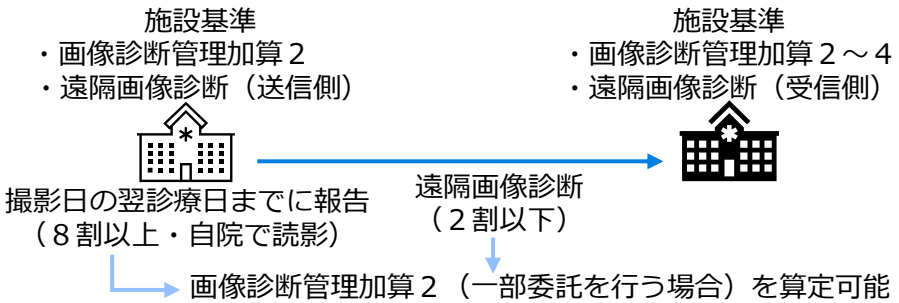
現行

【画像診断管理加算２】

［施設基準］

（４）　当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、（２）に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（６）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。



改定後

【画像診断管理加算２】

［施設基準］

（４）　当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果**（医科点数表第２章第４部画像診断の通則の７に規定する遠隔画像診断を行う場合にあっては、送信側の保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が行う場合に限る。）**が、（２）に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（６）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。**ただし、医科点数表第２章第４部画像診断の通則の７に規定する遠隔画像診断を行うために当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託する場合であって、当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、読影又は診断を委託した割合が２割以下である場合は、この限りではない。**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応㉒

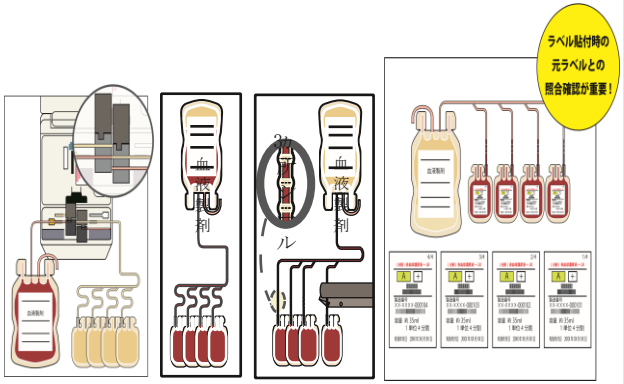
新規技術の保険導入

➢ 点滴注射及び輸血について、血液製剤を無菌的に分割した場合の評価を新設する。

（新）　無菌的分割製剤作成加算　　400点

［算定要件］抜粋
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算として、当該行為を実施した日に限り、400点を所定点数に加算する。
- 無菌的分割製剤作成加算は、関係学会が定める「血液製剤の院内分割マニュアル」に基づき、血液製剤を無菌接合装置及びチューブシーラーを用いて分割した場合に加算する。
- 病棟で注射器を用いて分注した場合には算定できない。
- 当該製剤作成に係る費用は所定点数に含まれる。

［施設基準］
- 輸血管理料Ⅰ又は輸血管理料Ⅱを届け出ていること。



出典：学会提出資料

既存技術の見直し

➢ ＦＬＴ３遺伝子検査について、再度治療法を選択する必要がある場合には、更に１回に限り算定できるよう、要件を見直す。

現行	改定後
【ＦＬＴ３遺伝子検査】 ［算定要件］ （１）　ＦＬＴ３遺伝子検査は、（中略）、患者１人につき１回に限り算定する。	【ＦＬＴ３遺伝子検査】 ［算定要件］ （１）　ＦＬＴ３遺伝子検査は、（中略）、**原則として**患者１人につき１回に限り算定する。**ただし、再度治療法を選択する必要がある場合には、さらに１回に限り算定できる。なお、この場合においては、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応㉓

既存技術の見直し

➢ 高エネルギー放射線治療について、３段階評価を１門照射とそれ以外の２段階として評価見直す。

現行

【体外照射】
２　高エネルギー放射線治療
イ　１回目
（１）　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点
（２）　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点
（３）　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　1,800点
ロ　２回目
（１）　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点
（２）　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点
（３）　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900点

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保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

改定後

【体外照射】
２　高エネルギー放射線治療
イ　（略）
ロ　**その他の場合**
（１）　**１門照射を行った場合（１回目）　840点**
（２）　**１門照射を行った場合（２回目）　336点**
（３）　**２門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（１回目）　1,750点**
（４）　**２門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（２回目）　700点**

注２　２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以外の保険医療機関において行われる場合は、**所定点数の100分の60に相当する点数**により算定する。

新規技術の保険導入

➢ 粒子線治療について、15歳未満の小児に対する評価を新設する。

（新）　小児放射線治療加算　7,000点

［算定要件］
・ **15歳未満の小児**に対して粒子線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数に7,000点を加算する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応㉔

既存技術の見直し

➢ 高エネルギー放射線治療における乳癌に対する全乳房照射及びＩＭＲＴにおける前立腺癌に対する前立腺照射について、寡分割照射も含めた評価を見直す。

現行

【体外照射】
2　高エネルギー放射線治療
注２　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、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。
3　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点
注２　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、１回の線量が３Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

［算定要件（主なもの）］
・２のイ及び３のイは、実施された体外照射を一連で評価したものであり、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。また、定位放射線治療を実施した場合には、区分番号Ｍ００１－３に掲げる所定点数を算定する。　算定に際しては、治療の開始日と終了日をそれぞれ診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

改定後

【体外照射】
2　高エネルギー放射線治療
イ　**乳癌に対する全乳房照射の場合（一連につき）　41,500点**
ロ　（略）
3　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）
イ　**前立腺癌に対する前立腺照射の場合（一連につき）　96,500点**
ロ　（略）
注３　乳癌の患者に対し、全乳房照射を行う場合には２のイにより一連として算定する。なお、寡分割照射として１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行う場合は、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限り算定できる。
４　２のイについて、治療を取りやめた等の場合においては、７回目までは10,500点、８回目以上は14,000点を一連として所定点数に代えて算定する。
６　前立腺癌の患者に対し、前立腺照射を行う場合には３のイにより一連として算定する。なお、寡分割照射として１回の線量が３Ｇｙ以上の前立腺照射を行う場合は、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限り算定できる。
７　３のイについて、治療を取りやめた等の場合においては、９回目までは24,000点、10回目以上は42,000点を一連として所定点数に代えて算定する。

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応①

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既存技術の評価の見直しを行う。

［再評価を行う既存技術の例］

現行		改定後
喘息治療管理料２	280点	400点
髄液一般検査	62点	77点
末梢血液像（鏡検法）　特殊染色加算	37点	52点
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定量	80点	95点
ガストリン	101点	380点
ABO血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型	24点	39点
Ｒｈ（その他の因子）血液型	148点	163点
不規則抗体	159点	174点
クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性	80点	95点
リンパ球刺激試験（ＬＳＴ）　３薬剤以上	515点	700点
抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）	361点	376点
スパイログラフィー等検査　呼気ガス分析	100点	145点

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応②

整形外科領域のＫコードの再編

➢ 医療技術の体系的な分類について、外科系学会社会保険委員会連合の手術基幹コードであるSTEM７の分類に基づく解析により手術時間の差が明らかになったこと等を踏まえ、整形外科領域のＫコードの分類を見直す。

［見直しを行う区分の例］

現行

【骨折観血的手術】
1　肩甲骨、上腕、大腿　21,630点
（新設）
（新設）
2　前腕、下腿、手舟状骨　18,370点
（新設）
（新設）
3　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　11,370点
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）

改定後

【骨折観血的手術】

1	肩甲骨骨折観血的手術	21,630点
2	上腕骨骨折観血的手術	21,630点
3	大腿骨骨折観血的手術	21,630点
4	前腕骨骨折観血的手術	18,370点
5	下腿骨骨折観血的手術	18,370点
6	手舟状骨骨折観血的手術	18,370点
7	鎖骨骨折観血的手術	11,370点
8	膝蓋骨骨折観血的手術	11,370点
9	手根骨（舟状骨を除く。）骨折観血的手術	11,370点
10	中手骨骨折観血的手術	11,370点
11	手指骨骨折観血的手術	11,370点
12	足根骨骨折観血的手術	11,370点
13	中足骨骨折観血的手術	11,370点
14	足趾骨骨折観血的手術	11,370点
15	その他の骨折観血的手術	11,370点

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応③

内視鏡手術用支援機器を用いた手術に対する医療技術評価分科会の評価の明確化

- **内視鏡手術用支援機器を用いた手術に係る評価については、**分野横断的な幅広い観点での評価を行う必要があることから、**医療技術評価分科会で評価を行う**こととする。
- 開腹・開胸手術の代替となる新規技術として提案される内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、腹腔鏡下・胸腔鏡下手術と**同時に提案された場合**や、**内視鏡手術用支援機器を用いた手術のみが提案された場合**についても、医療技術評価分科会における**評価の対象とする**。

学会等からの提案の募集

- **「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」**について、学会等から提案を募集し、医療技術評価分科会において検討することとする。
- 評価の効率化や「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に係る積極的な提案を促す観点から、学会等からの提案書の募集に際しては、各学会等が提出可能な提案書（申請団体として提出するものに限る。）の上限を、原則として、**新規収載の提案が５提案まで、既収載の提案を含めて７提案（※）まで**とした上で、更なる提案書の提出を希望する学会等においては、新規収載の６提案目又は合計で８提案目以降の**追加の提案１つ毎に、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に係る提案を１つ以上提出する**こととする。

（※）例えば、新規収載５提案、既収載２提案等を想定。なお、提案の方向性が類似しているものについては、診療報酬項目・番号ごとに分割せずにまとめて提案することが望ましい。

今後の対応方針

- **厚生労働省において**研究班等で引き続き「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索し、**国内の診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件を確認**し、医療費適正化計画や診療報酬上の評価を検討していく。
- 先行研究の収集だけでなく、**令和８年度診療報酬改定の次の改定に向けた対応**として、**医療技術評価分科会※1において、医療技術の評価の一環として、学会等から提案を**広く募集する。

・**厚労科研「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」等**において、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索的に先行研究の調査やＮＤＢを活用した実態分析

医療技術評価分科会で学会等から提案を募集

・国内の関連学会に取り扱いを照会
・診療報酬上の留意事項通知や疑義解釈との整合を確認

医療技術評価分科会における検討

整合性等があることを確認

整合性等の確認を要する

医療費適正化計画への記載

・関係学会調整後、中央社会保険医療協議会（中医協）で診療報酬上の取扱について個別に議論
・中医協での審議結果に応じた診療報酬上の対応

※１　中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会

手術等の医療技術の適切な評価①

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2026」における手術・処置・検査の技術度や所要時間、費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

［見直しの例］

現行		改定後
超音波検査　３ 心臓超音波検査　ハ 経食道心エコー法	1,500点	1,800点
筋電図検査　筋電図（１肢につき）	320点	384点
経皮的腎生検法	2,000点	2,400点
前立腺針生検法　その他のもの	1,540点	1,848点
超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）	4,800点	5,760点
造影剤注入手技　３ 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	3,600点	4,320点
胸腔穿刺（洗浄，注入及び排液を含む）	275点	330点
人工呼吸　３ ５時間を超えた場合（１日につき）　イ 14日目まで	950点	1,140点
関節穿刺（片側）	120点	144点
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　１ 初日	8,780点	10,536点
経尿道的尿管ステント留置術	3,400点	4,080点

手術等の医療技術の適切な評価②

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2026」における手術・処置・検査の技術度や所要時間、費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

［見直しの例］

現行

【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）】
1　ＣＴ撮影
（新設）

イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合
（１）共同利用施設において行われる場合　1,020点
（２）その他の場合　1,000点
ロ～ニ　（略）

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）】
1　３テスラ以上の機器による場合
イ　共同利用施設において行われる場合　1,620点
ロ　その他の場合　1,600点
2、3　（略）

改定後

【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）】
1　ＣＴ撮影
イ　128列以上のマルチスライス型の機器による場合
（１）共同利用施設において行われる場合　1,120点
（２）その他の場合　1,100点
ロ　64列以上**128列未満**のマルチスライス型の機器による場合
（１）共同利用施設において行われる場合　1,020点
（２）その他の場合　1,000点
ハ～ホ　（略）

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）】
1　３テスラ以上の機器による場合
イ　共同利用施設において行われる場合　**1,720点**
ロ　その他の場合　**1,700点**
2、3　（略）

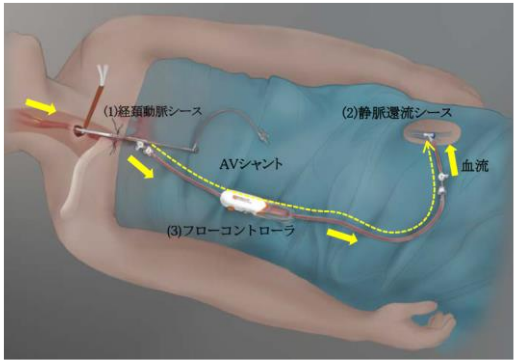
現行			改定後
検体検査判断料	検体検査管理加算（Ⅲ）／（Ⅳ）	300点／500点	**330点／550点**
輸血管理料	輸血管理料Ⅰ／Ⅱ	220点／110点	**242点／121点**
病理診断料	病理診断管理加算１　組織診断／細胞診断を行った場合	120点／60点	**138点／ 69点**
	病理診断管理加算２　組織診断／細胞診断を行った場合	320点／160点	**368点／184点**

手術等の医療技術の適切な評価③

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　経頸動脈的頸動脈ステント留置術　34,740点

[技術の概要]
　総頸動脈と大腿静脈にシースを留置し、シース間にフィルタを備えたフローコントローラを接続して、体外に動静脈(AV)シャントを形成する。頸動脈をクランプし、血圧差により内頸動脈及び外頸動脈の血液を静脈循環に逆流させた状態で、経頸動脈シースを介してステント留置術を行う。

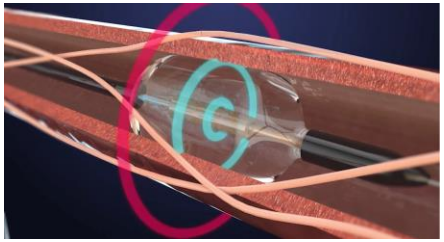


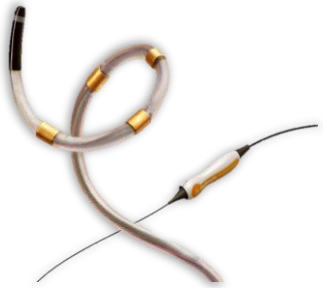
出典：企業提出資料

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　腎神経焼灼術　31,840点

[技術の概要]
　高血圧治療ガイドラインに従った治療（生活習慣の修正、非薬物療法及び薬物療法）で適切に血圧がコントロールできない治療抵抗性高血圧症患者の追加的治療として、血圧を低下させるために、腎動脈周辺の交感神経を焼灼する。





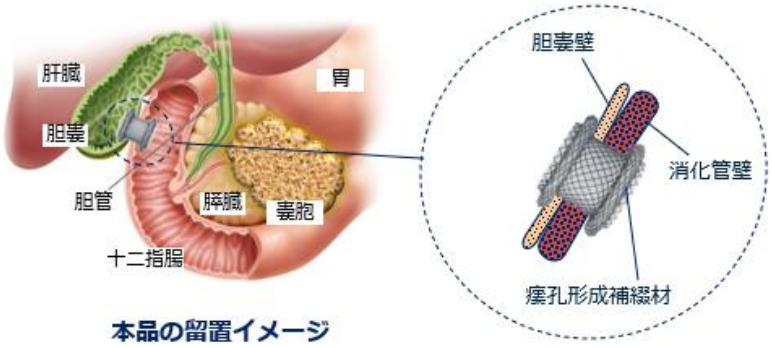
出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価④

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術　13,820点

[技術の概要]
　手術のリスクが高い急性胆嚢炎患者に対し、経胃又は経十二指腸的に内視鏡下胆嚢ドレナージを行う。



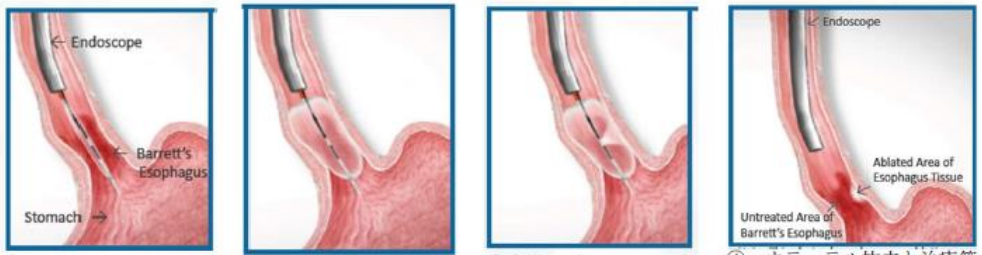
出典：企業提出資料

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術　6,300点

[技術の概要]
　内視鏡的切除後の辺縁遺残や瘢痕上又は近傍の再発で、内視鏡的切除が困難である異形成又は粘膜内にとどまる食道がん病変にバルーンを接触させ、バルーン内で液化亜酸化窒素を噴射して病変組織を冷凍アブレーションする。

＊本製品の治療ステップ



①バルーンカテーテルを内視鏡鉗子口から挿入　②バルーンを膨張、治療位置で固定　③冷媒アブレーションの実施（8～10 秒）　④ カテーテル抜去と治療箇所の確認

出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価⑤

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）

肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

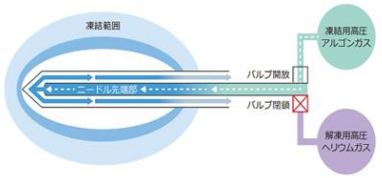
骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

1	**２センチメートル以内のもの**	**51,200点**
2	**２センチメートルを超えるもの**	**66,200点**

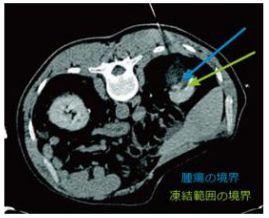
[技術の概要]
　X線CTガイド下に経皮的にニードルを腫瘍組織に穿刺し、ニードル先端内部のノズルからアルゴンガスを噴出させ、ニードル先端部を低温にしてアイスボールを形成し、腫瘍組織を凍結・壊死させる。

・ジュール・トムソン効果を利用しニードル先端部に低温を発生



・凍結範囲に応じてニードルの本数や種類を選択

・X線CTにより経皮的な穿刺をガイドし、凍結範囲をモニタリング



出典：企業提出資料

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

2	**非小細胞肺癌の場合**	**2,800点**

[技術の概要]
　切除不能な進行･再発の非小細胞肺癌と診断された成人患者において、白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で増悪後に、PD-1/PD-L1阻害剤との併用治療に適用される。腫瘍治療電場（TTフィールド）と呼ばれる交流電場を体内に発生させ、癌細胞の増殖を阻害し、腫瘍の増大を抑制する特定の周波数に設定された電場を利用することでがん治療を行う。

出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価⑥

新規保険医療材料に係る技術料の新設

（新）　培養ヒト角膜内皮細胞移植術　52,600点

[技術の概要]
　水疱性角膜症患者の前房内に、培養ヒト角膜内皮細胞を移植する。

出典：企業提出資料

新規保険医療材料に係る技術料の新設

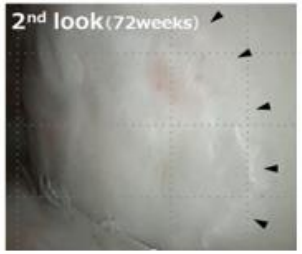
（新）　軟骨修復材移植術　14,030点
軟骨修復材移植術（関節鏡下）　22,340点

[技術の概要]
　外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎による軟骨欠損部（膝は3cm^{2}以下、肘は1.5 cm^{2}以下。）に軟骨修復材を移植する。

塩化カルシウム溶液バイアル

関節鏡画像

術前



術後72週時

アルギン酸ナトリウム溶液プレフィルドシリンジ

出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価⑦

ポジトロン断層撮影等に係る技術料の新設

（新）

ポジトロン断層撮影

６　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　2,780点

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

５　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　3,905点

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

４　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　4,440点

[技術の概要]
　^{68}Ga-PSMA-11を前立腺特異的膜抗原（ＰＳＭＡ）に特異的に結合させ、ＰＥＴにより前立腺癌のＰＳＭＡ陽性病変を同定する。遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、ＰＳＭＡ標的療法の適応判定の補助を目的として実施される。

出典：企業提出資料

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。

全身麻酔の評価の見直し①

全身麻酔の評価の見直し①

➢ 安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価について、区分番号Ｌ０００からＬ００１－２の１まで及びＬ００７を統合し、短時間の鎮静に係る評価として「吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静」を新設する。

現行

【第11部　麻酔】
Ｌ０００　迷もう麻酔　31点
Ｌ００１　筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔　120点

Ｌ００１－２　静脈麻酔
　１　短時間のもの　120点
Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔　310点

改定後

【第11部　麻酔】
（削除）
Ｌ００１　吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静
　１　10分未満のもの　120点
　２　10分以上20分未満のもの　310点
（削除）

（削除）

［算定要件（通知）］抜粋
・　吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静とは、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴うものをいう。
・　１及び２は、吸入麻酔又は静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間がそれぞれ10分未満及び10分以上20分未満の場合に算定する。

➢ 区分番号Ｌ００８について、気道確保デバイスを用いた全身麻酔の評価であることを明確化するとともに、腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合の評価を見直す。

現行

【第11部　麻酔】
Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）
　イ　麻酔が困難な患者に行う場合　**9,130点**
　ロ　イ以外の場合　**6,610点**

改定後

【第11部　麻酔】
Ｌ００８　**声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔**
４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）
　イ　麻酔が困難な患者に行う場合　**9,015点**
　ロ　イ以外の場合　**6,500点**

全身麻酔の評価の見直し②

全身麻酔の評価の見直し②

➢ 安全で質の高い麻酔管理を評価する観点及び深鎮静の評価を整理する観点から、全身麻酔の評価について、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価としてＬ００１－２の２及び３の評価を見直す。

現行

【第11部　麻酔】
Ｌ００１－２　静脈麻酔
　２　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）　600点
　３　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）　1,100点
　注２　３については、静脈麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。

改定後

【第11部　麻酔】
Ｌ００７　**吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）**
　１　**麻酔に従事する医師が専従で実施する場合**　**2,600点**
　２　**麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合**　**1,700点**
　３　**麻酔を専従で実施する場合**　**900点**
　４　**１から３まで以外の場合**　**600点**
　注３　１及び２について、実施時間が２時間を超えた場合は、**麻酔管理時間加算**として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ**780点**、**510点**を所定点数に加算する。

［算定要件（通知）］抜粋
・　当該点数は、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴い、気道確保について適切な管理を要するもの（声門上器具又は気管挿管による気道確保を除く。）を20分以上実施した場合に算定する。
・　１については、施設基準を満たす麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が深鎮静前後の診察を行い、かつ、専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、深鎮静を行うこと。
・　２については、施設基準を満たす麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（担当医師）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、深鎮静前後の診察を行い、担当医師が、深鎮静を行うこと。主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行うこと。
・　３については、担当医師が、深鎮静前後の診察を行い、深鎮静を行った場合に算定する。
・　当該深鎮静を実施する際には、関係学会より示されている「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」に基づき適切に実施すること。

［施設基準（通知）］抜粋
１　麻酔科標榜医が専従で実施する場合の施設基準
（１）　麻酔管理料（Ⅰ）を届け出ていること。
（２）　緊急時又は蘇生時に対応する体制として、夜間及び休日を含む連絡体制並びに機器及び機材の設置に係る手順書を事前に作成すること。当該手順書については、深鎮静を実施する全ての診療科及び麻酔科が協同して作成すること。
２　麻酔科標榜医の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準
（１）　麻酔管理料（Ⅱ）を届け出ていること。　（２）　１の（２）を満たすこと。

脳死臓器提供管理料の見直し

脳死臓器提供管理料の見直し

- 認定ドナーコーディネーターを保険医療機関に配置することにより、臓器提供を希望する国民の意思がより尊重され、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されることから、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について、**脳死臓器提供体制向上加算を新設**する。
- **法的脳死判定に当たって実施される脳血流を判定する画像診断**及び**法的脳死判定後にも継続して用いられる補助循環装置に係る費用**について、脳死臓器提供管理料に加算を設ける。

現行

【脳死臓器提供管理料】
［算定要件］
注　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。

改定後

【脳死臓器提供管理料】
［算定要件］
注１　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。

２　臓器提供に関する専門の知識を有する者が臓器提供に係る説明等を行った場合は、脳死臓器提供体制向上加算として、5,000点を所定点数に加算する。

３　法的脳死判定に当たって、次に掲げる画像診断を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。

イ	動脈造影カテーテル法	1,920点
ロ	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影	800点
ハ	コンピューター断層撮影（造影剤を使用した場合）	720点

４　臓器提供者に法的脳死判定日以後も継続して次に掲げる手術を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。

イ	大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	2,420点
ロ	人工心肺	1,720点
ハ	体外式膜型人工肺	1,720点
ニ	経皮的心肺補助法	1,790点
ホ	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	2,110点
ヘ	補助人工心臓	2,860点
ト	小児補助人工心臓	4,960点
チ	植込型補助人工心臓	2,860点

移植医療に係る評価の見直し

臓器移植実施体制確保加算の新設

➢ 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。

【臓器移植実施体制確保加算】
臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者について、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400に相当する点数を加算する。

［算定要件］

（１）　臓器移植実施体制確保加算は、脳死又は心停止患者から提供された臓器について臓器採取術及び臓器移植術（以下この項において「臓器移植手術」という。）を実施する体制を確保及び維持するとともに、臓器移植手術の実施に向けた調整や準備を円滑かつ適切に実施することを評価したものであり、**臓器あっせん機関からの打診があった場合には臓器移植手術を常時実施できる体制を確保**するとともに、実際の受け入れに当たっては、「「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）」に基づき、**臓器提供施設及び臓器あっせん機関との間で臓器移植手術の実施に係る調整を行い、必要に応じ臓器移植手術を実施する他の保険医療機関と連携して、臓器移植手術を実施**した場合に算定する。なお、**臓器採取術と臓器移植術を実施した保険医療機関がそれぞれ異なる場合であっても、算定できる**。

（２）　「所定点数」とは、手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算（移植臓器提供加算を除く。）の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

［対象となる手術］

・移植用肺採取術（死体）　（両側）
・同種死体肺移植術
・移植用心採取術
・同種心移植術
・移植用心肺採取術
・同種心肺移植術
・移植用肝採取術（死体）
・同種死体肝移植術
・移植用膵採取術（死体）
・同種死体膵移植術
・移植用膵腎移植術（死体）
・同種死体膵腎移植術
・同種死体膵島移植術
・移植用小腸採取術（死体）
・同種死体小腸移植術
・移植用腎採取術（死体）
・同種死体腎移植術

抗ＨＬＡ抗体検査の見直し

抗ＨＬＡ抗体検査の算定要件の見直し

➢ 病歴から抗ＨＬＡ抗体陽性が疑われる患者以外の移植待機患者においても、抗ＨＬＡ抗体陽性患者が一定程度存在することを踏まえ、臓器生着率の向上に資する観点から、抗ＨＬＡ抗体スクリーニング検査について、**日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者については、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるかにかかわらず、算定可能**とする。

現行

【自己抗体検査】
［算定要件］
(29) 「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

改定後

【自己抗体検査】
［算定要件］
(29) 「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者に対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

臍帯血移植の見直し

臍帯血移植の見直し

➢ 質の高い造血幹細胞移植を推進する観点から、組織適合性試験にＮＧＳ－ＳＢＴ法を用いた場合について、**ＮＧＳ－ＳＢＴ法実施加算を新設**する。

現行	改定後
【造血幹細胞移植】 ［算定要件］ 注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。	【造血幹細胞移植】 ［算定要件］ 注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。**ただし、組織適合性試験に当たってＮＧＳ－ＳＢＴ法を用いた場合においては、ＮＧＳ－ＳＢＴ法実施加算として、2,000点を所定点数に加算する。**

迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設

迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設

- フィブリノゲン製剤の適正使用の観点から、同剤の投与に際し必要となる迅速なフィブリノゲン測定を行う場合について、新たな評価を行う。

（新）　迅速フィブリノゲン測定加算　　150点

[算定要件]

- 後天性低フィブリノゲン血症の患者に対して、フィブリノゲン製剤の適応の可否を判断する目的で、手術室等の場所でフィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量を実施した場合は、迅速フィブリノゲン測定加算として、150点を所定点数に加算する。

質の高い臨床検査の適切な評価

新規体外診断用医薬品等に係る検査料の新設

➢ Ｅ３区分（新項目、改良項目）で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

（新）　ＤＮＡメチル化検出検査　　2,500点

[算定要件（概要）]

ＲＡＳ遺伝子野生型の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌の患者において、当該疾患の治療薬の選択の補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、リアルタイムＰＣＲ法により、腫瘍組織から抽出した検体中のＤＮＡメチル化状態の検出を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（新）　ＲＳウイルス核酸検出　　291点

[算定要件（概要）]

以下のいずれかに該当し、ＲＳウイルス感染が疑われる患者に対して、ＲＳウイルス抗原定性が陰性であった場合に、ＲＳウイルス感染の診断を目的として、鼻腔拭い液を検体として、ＮＥＡＲ法により実施した場合に算定する。

ア　入院中の患者
イ　１歳未満の乳児
ウ　パリビズマブ製剤又はニルセビマブ製剤の適応となる患者

（新）　抗ＧＭ－ＣＳＦ抗体　　1,380点

[算定要件（概要）]

抗ＧＭ－ＣＳＦ抗体は、自己免疫性肺胞蛋白症が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により測定した場合に、診断時に１回に限り算定する。なお、経過観察時は算定できない。また、抗ＧＭ－ＣＳＦ抗体の所定点数のうち50/150は、「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」（令和８年２月13日産情発0213第５号保発0213第８号）における「希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の設定方法」に基づき、同検査の希少性を評価したものである。

骨塩定量検査の算定要件の見直し

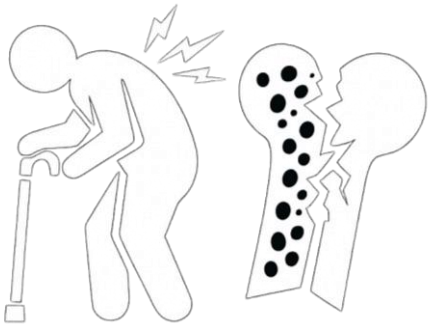
骨塩定量検査の見直し

➢ 関係学会における骨粗鬆症の治療管理での骨塩定量検査の位置づけを踏まえ、算定回数を見直す。

現行

【骨塩定量検査】
［算定要件］
注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき**４月に１回**に限り算定する。

［留意事項通知］
（１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。



出典：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版
（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会）

改定後

【骨塩定量検査】
［算定要件］
注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき**１年に１回に限り算定**する。ただし、骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して１年以内の場合には、患者１人につき４月に１回に限り算定する。

［留意事項通知］
（１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断又はその経過観察を行った場合であって、以下のアからカのいずれかに該当する患者については４月に１回に限り、その他の患者については１年に１回に限り算定する。
ア　**骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して１年以内**の場合
イ　**新たに骨折した場合**
ウ　関係学会のガイドラインで示されている**骨折危険因子が新規に増えた場合**
エ　**ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合**
オ　グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、**骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合**
カ　吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、**骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合**

近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し

近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し

- 近視の進行抑制を目的として診療を行い近視の進行抑制を効能・効果として有する医薬品を投与している患者に対する眼科学的検査について、年２回の受診に限り算定できることとするとともに、２種類以上の検査を行った場合は、２種類を限度として算定するよう、要件を設ける。

現行	改定後
【眼科学的検査】 [算定要件] 通則 （略） （新設）	【眼科学的検査】 [算定要件] 通則 １　（略） **２　近視の進行抑制を目的として診療を行い当該目的に係る効能又は効果を有する医薬品を投与している患者に対して眼科学的検査を行った場合は、年２回に限り算定する。この場合において、１回の受診において複数の検査を行った場合は、２種類を限度として算定する。**

検体検査管理加算の見直し

検体検査管理加算の見直し

➢ 検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）及び（Ⅳ）について、パニック値の閾値の設定等を行うことが望ましいことを要件に追加する。

現行

【検体検査管理加算（Ⅳ）】
（１）～（６）　略
（新設）

※検体検査管理加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）についても同様

改定後

【検体検査管理加算（Ⅳ）】
（１）～（６）　略
（７）　当該保険医療機関内で実施された検体検査の結果が、生命が危ぶまれるような状態にあることを示唆する異常値（以下「パニック値」という。）であった際に、次の対応を行う体制が整備されていることが望ましい。
ア　当該保険医療機関内で実施した検体検査のうち、少なくともグルコース、カリウム及び血小板について、パニック値の閾値を設定すること。
イ　当該保険医療機関内で実施した検体検査の結果が、パニック値であった際に、速やかに当該患者の診療に当たる医師へ連絡すること。なお、医師への伝達については、看護師等を経由して連絡することでも差し支えない。また、連絡を受けた医師は、当該パニック値に対して行った対応について、遅滞なく診療録に記載するよう努めること。
ウ　検査結果報告書等において、当該検体検査の結果がパニック値であることがわかる表示を行うよう努めること。

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の見直し

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の対象患者の見直し

➢ 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２について、**対象患者の無呼吸低呼吸指数の基準を引き下げる**とともに、**１日平均使用時間に係る要件を新設**する。

現行

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料２　250点
［算定要件］
（１）・（２）　（略）
（３）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象患者は、以下のいずれかの基準に該当する患者とする。
ア・イ　（略）
ウ　以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。
(イ)　無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上
(ロ)・(ハ)　（略）
（４）・（５）　（略）
（新設）

改定後

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料２　**240点**
［算定要件］
（１）・（２）　（略）
（３）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象患者は、以下のいずれかの基準に該当する患者とする。
ア・イ　（略）
ウ　以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が**30**以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。
(イ)　無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が**15**以上
(ロ)・(ハ)　（略）
（４）・（５）　（略）
（６）　（３）のウの要件に該当する患者であって、ＣＰＡＰ療法を実施している睡眠時無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者については、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用した上で、当該指導管理を実施する月の前月から数えて３月の間、すべての月で１月当たりの１日平均使用時間が１時間未満である場合には、当該指導管理料を算定しないこと。なお、この場合であっても、在宅療養指導管理材料加算は算定できる。

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の見直し

持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の新設

➢ 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２について、**使用時間等をモニタリング可能な体制を有し、適切な指導管理を行っている場合の評価として、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算を新設**する。

現行

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料２　　250点
（新設）

［算定要件］
（１）～（６）　（略）
（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料２　　**240点**
注２　２について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算として15点を所定点数に加算する。
［算定要件］
（１）～（６）　（略）
（７）　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の算定に当たっては、該保険医療機関においてＣＰＡＰ療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等をモニタリングした上で、ＣＰＡＰ療法の１日平均使用時間を診療録に記載すること。

［施設基準］
（１）　当該保険医療機関においてＣＰＡＰ療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っていること。
（２）　当該月の直近３月以内において、当該保険医療機関がＣＰＡＰ療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に占める、ＣＰＡＰ療法の１日使用時間が４時間以上の日が20日以上である管理月数の割合が４割以上であること。

終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

➢ 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、終夜睡眠ポリグラフィーについて、患者の自宅に医療従事者が訪問して検査装置の装着を行う場合と、その他の場合に係る評価を分ける。

現行

【終夜睡眠ポリグラフィー】
３　１及び２以外の場合
　イ 安全精度管理下で行うもの　　4,760点
　ロ その他のもの　　3,570点
（新設）
［算定要件］
（新設）

改定後

【終夜睡眠ポリグラフィー】
３　１及び２以外の場合
　イ 安全精度管理下で行うもの　　4,760点
　ロ **保険医療機関内で又は訪問して実施するもの**　　3,570点
　ハ その他のもの　　**2,000点**
［算定要件］
○ **検査に要した交通費は、患家の負担とする。**
○ **３のイからハまでについては、合わせて１月に１回を限度として算定できる。**

［対象患者の整理］

改定前		改定後	
イ 安全精度管理下で行うもの	合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者等、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるもの	イ 安全精度管理下で行うもの	（改定前のイと同様）
ロ その他のもの	他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者	ロ **保険医療機関内で実施するもの**	（改定前のロと同様）
		ロ **訪問して実施するもの**	問診、身体所見又は他の検査所見から**睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者**に対し、**睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用**した場合
		ハ その他のもの	

実勢価格等を踏まえた検体検査等の適正化

実勢価格等を踏まえた検体検査等の適正化

➢ 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

現行		改定後	
【評価を見直す検査の例】 アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）	179点	【評価を見直す検査の例】 アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）	**174点**
ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出	700点	ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出	**650点**

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➢ 血液透析患者に対するより安心・安全で質の高い診療体制を確保する観点から、人工腎臓に関して、腎代替療法に関する情報提供、災害対策及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合を要件とする評価に見直す。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点
４時間以上 ５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点
５時間以上	2,171点	2,126点	2,081点

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,856点	1,816点	1,776点
４時間以上 ５時間未満	2,016点	1,976点	1,931点
５時間以上	2,151点	2,106点	2,061点

（新）　腎代替療法診療体制充実加算　20点

［施設基準通知］

（１）　ハザードマップにより当該保険医療機関の災害発生時のリスクを把握した上で、**災害対応に係るマニュアルを作成**していること。

（２）　日本透析医会、日本透析医会支部又は都道府県等による**災害時の情報伝達訓練に年に１回以上参加**していること。(経過措置: 令和９年５月31日)

（３）　腎代替療法に係る情報提供について、関係学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し必要な説明を行っていること。患者に対する説明は、**導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。**

（４）　以下のア又はイのいずれかを満たすこと。(経過措置：令和10年５月31日)

ア　**在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で24回以上算定**

イ　腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、**腎移植に向けた手続きを行った患者**（日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。）**が前年に２人以上**

（５）　透析シャント閉塞等により経皮的シャント拡張術・血栓除去術等の治療を要する場合には、当該保険医療機関で治療を行う場合を除き、シャント閉塞等の治療を行う**他の保険医療機関と事前に連携**した上で必要に応じて診療情報の提供を行う体制が整備されていること。

（６）　**緩和ケア**を必要とする患者に対し、**患者の症状に応じた適切な治療及びケアを提供できる体制が整備されていることが望ましい**。なお、緩和ケアについては、「腎不全患者のための緩和ケアガイダンス」（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）を参考にすること。

経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化

経皮的シャント拡張術・血栓除去術の見直し

➢ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、シャント閉塞及び高度なシャント狭窄とその他の場合の治療効果の違いを踏まえ、透析シャント閉塞の場合又は超音波検査においてシャント血流量が400ml 以下若しくは血管抵抗指数（RI）が0.6 以上の場合と、その他の場合で点数差を設ける。

現行

【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】
1　初回　12,000点
（新設）
（新設）
2　１の実施後３月以内に実施する場合　12,000点

［算定要件（通知）］
（１）「１」については、３月に１回に限り算定する。

（新設）
（新設）

（２）「１」を算定してから３月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。（中略）
ア　透析シャント閉塞の場合
イ　超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

改定後

【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】
1　初回
イ　**透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合**　**12,000点**
ロ　**その他の場合**　**9,840点**
2　１の実施後３月以内に実施する場合　12,000点

［算定要件（通知）］
（１）「１」については、３月に１回に限り算定する。また、次のいずれかに該当するものは「イ」を算定し、その他のものは「ロ」を算定する。なお、「イ」を算定する場合は、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア　**透析シャント閉塞**の場合
イ　**超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合**（アの場合を除く。）
（２）「１」を算定してから３月以内に実施した場合には、（１）のア又はイのいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。（略）
（削除）
（削除）

医療機関間連携による腹膜透析管理の推進

在宅自己腹膜灌流指導管理料の見直し

➢ 腹膜透析の管理を行う医療機関が乏しい二次医療圏が多いことを踏まえ、腹膜透析を導入する基幹病院とかかりつけ医の連携により、そうした地域の患者にとっての医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価を見直す。

現行

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点
（新設）
（新設）
注１～３　（略）
（新設）

改定後

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
在宅自己腹膜灌流指導管理料
１　在宅自己腹膜灌流指導管理料１　4,000点
２　**在宅自己腹膜灌流指導管理料２**　**1,500点**
注１～３　（略）
４　在宅自己腹膜灌流指導管理料２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、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、**当該指導管理料１を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定**する。

［算定要件（通知）］
・　在宅自己腹膜灌流指導管理料２は、在宅自己腹膜灌流指導管理料１を算定する他の保険医療機関において当該患者が以下のアからオのいずれかに該当すると判断された場合であって、当該他の保険医療機関の求めを受けて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定できる。
ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの　　イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの　　エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
オ　その他医師が特に必要と認めるもの

［施設基準（通知）］
（１）　腹膜透析の診療の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。
（２）　以下のア又はイの手術を**年間３例以上実施**していること。
ア　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術　　イ　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
（３）　必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、**入院可能な体制**を有していること。
（４）　**在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関との連携体制を構築**していること。

令和８年度診療報酬改定

16. 経過措置

経過措置について①

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
1	A000	初診料の注１	令和10年５月31日まで	電子処方箋システムを有していない場合には、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認した場合でも要件に該当するものとみなす。
2	A000 A002	初診料の注２及び注３ 外来診療料の注２及び注３	令和９年３月31日まで	令和８年３月31日時点で、現に逆紹介割合の基準を満たしていた病院にあっては、当該基準を満たすものとみなす。
3	A000	機能強化加算	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日において現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、業務継続計画に係る要件に該当するものとみなす。
4	A100等	入院基本料等の通則	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、身体的拘束最小化の体制に係る基準のうち身体的拘束を最小化するための指針の内容及び身体的拘束最小化の実績等に係る基準については、満たしているものとみなす。
5	A100等	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日時点で急性期一般入院料１～５、７対１入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、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（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は十三対一入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、特定一般病棟入院料の注７を届け出ている病棟又は病室については、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。
6	A100等	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において、現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について②

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
7	A100等	自宅等に退院するものの割合	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日時点で現に急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟については、令和９年５月31日までの間、自宅等に退院するものの割合の計算について、なお従前の例によることができる。
8	A100等	一般病棟入院基本料 精神病棟入院基本料	当分の間	令和８年３月31日において現に地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、当分の間、急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における地域包括医療病棟を届け出ていないこととする要件に該当するものとみなす。
9	A100等	一般病棟入院基本料 精神病棟入院基本料	当分の間	令和８年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、当分の間、急性期病院A一般入院料及び急性期病院A精神病棟入院料における地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っていないこととする要件に該当するものとみなす。
10	A100等	一般病棟入院基本料 精神病棟入院基本料	当分の間	人口20万人未満で地域最多救急病院又は離島からなる二次医療圏で地域最多救急病院のいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、当該時点で人口20万人未満で地域最多救急病院に該当する保険医療機関については、当分の間、人口20万人未満の地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であるものとみなし、離島からなる二次医療圏で地域最多救急病院に該当する保険医療機関については、離島からなる二次医療圏で地域最多救急病院を満たしているものとみなす。
11	A100等	一般病棟入院基本料 精神病棟入院基本料	令和10年３月31日	令和８年５月31日までに実施した全身麻酔による手術件数に係る実績については、令和８年度改定前の医科点数表第２章第11部に掲げる麻酔のうち「Ｌ００８」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ることで差し支えない。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について③

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
12	A100	急性期病院の搬送件数カウント	令和9年3月31日	令和９年３月31日までの間に限り、介護保険施設に入所中の患者の救急搬送に関しては搬送件数に算入しないということにかかわらず、全ての救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる前年度の搬送件数を算入できる。
13	A100	急性期病院の搬送件数カウント	令和9年3月31日	令和９年３月31日までの間に限り、令和８年３月31日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、夜間時間帯（この項において、午後10時から午前８時までをいう。）に受け入れた救急搬送件数が１割以上あることに係る基準を満たしているものとみなす
14	A100	急性期病院の搬送件数カウント	令和9年3月31日	令和９年３月31日までの間に限り、夜間時間帯に受け入れた救急搬送件数の実績の年間の記録がない医療機関については、夜間時間帯に受けれた救急搬送に係る実績は、届出前直近１ヶ月の実績により届け出ることで差し支えない。
15	A101	療養病棟入院基本料	当分の間	令和６年３月31日において令和６年度改定前の医科点数表の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、令和６年度の改正前の基本診療料の施設基準等別表第五の二の二に掲げる中心静脈注射を実施している状態にあるものについては、処置等に係る医療区分３とみなす。
16	A101	療養病棟入院基本料	令和８年９月30日まで	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、医療区分２及び３の患者が６割である要件に該当するものとみなす。
17	A200	急性期総合体制加算	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１若しくは２又は急性期充実体制加算の届出を行っ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、急性期病院Ａ一般入院料を算定していることの基準を満たしているものとみなす。
18	A200	急性期総合入院体制加算	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算３の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、急性期病院Ｂ一般入院料を算定していることの基準を満たしているものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について④

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
19	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制の基準を満たしているものとみなす。
20	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、入退院支援加算１又は２の届出の基準を満たしているものとみなす。
21	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算２又は３の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、敷地内禁煙の基準を満たしているものとみなす。
22	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１又は２の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、院内迅速対応チーム、平均在院日数14日以内、退棟患者に占める病院内転棟割合１割未満、感染対策向上加算１の届出、救命救急入院料等の高度急性期医療に係る治療室の届出に係る基準を満たしているものとみなす。
23	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、急性期総合体制加算３から５における、総合性に係る基準を満たしているものとみなす。
24	A200	急性期総合体制加算	令和10年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和10年５月31日までの間に限り、急性期総合体制加算３から５における、総合性に係る基準のうち、地域医療構想調整会議での合意に係る基準を満たしているものとみなす。
25	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１又は急性期充実体制加算１の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、急性期総合体制加算２から５における手術等の集積性に係る基準を満たしているものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑤

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
26	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算２又は急性期充実体制加算２の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、急性期総合体制加算４及び５における手術等の集積性に係る基準を満たしているものとみなす。
27	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月３１日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算３の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、急性期総合体制加算５における手術等の集積性に係る基準を満たしているものとみなす。
28	A200	急性期総合体制加算	令和10年３月31日	令和８年５月31日までに実施した全身麻酔による手術件数に係る実績については、令和８年度改定前の医科点数表第２章第11部に掲げる麻酔のうち「Ｌ００８」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ることで差し支えない。
29	A200	急性期総合体制加算	令和９年５月31日	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、急性期総合体制加算１から３及び５の全身麻酔による手術件数に係る基準を、令和８年３月31日において現に総合入院体制加算２又は３の届出を行っている保険医療機関については急性期総合体制加算５の全身麻酔による手術件数に係る基準を、令和９年５月31日までの間に限り満たしているものとみなす。
30	A200	急性期総合体制加算	当分の間	令和８年３月31日時点で総合入院体制加算及び地域包括医療病棟入院料の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、急性期総合体制加算１から５までにおける地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っていないこととする要件を満たしているものとみなす。
31	A200	急性期総合体制加算	当分の間	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１又は２の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、急性期総合体制加算２及び４における、許可病床数に占める一般病棟入院基本料等の届出が９割以上に係る基準を満たしているものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑥

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
32	A200	急性期総合体制加算	当分の間	当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に地域最多救急病院であった病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出、急性期総合体制加算５における全身麻酔による手術件数及び手術等の集積性に係る基準について、地域最多救急病院であるものとみなす。
33	A200	急性期総合体制加算	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１の届出を行っている保険医療機関については、急性期総合体制加算１から５まで、総合入院体制加算２の届出を行っている保険医療機関については、急性期総合体制加算の３から５まで、総合入院体制加算３の届出を行っている保険医療機関については、急性期総合体制加算の５、急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、急性期総合体制加算１から５までにおける、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たしているものとみなす。
34	A218	地域加算	令和９年５月31日まで	激変緩和措置として、一部地域については令和９年５月31日までの間に限り、級地の調整を行う。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑦

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
35	A243-2	バイオ後続品使用体制加算	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、原則として、新たに追加された成分に係る割合の基準を満たすものとみなす。
36	A245	データ提出加算	令和10年５月31日まで	令和８年３月31日時点で、精神病棟入院基本料（15対１、18対１、20対１）に係る届出を行っている保険医療機関については、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
37	A245	データ提出加算	当分の間	令和８年３月31日時点で、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（７対１、10対１）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１～４を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。 ・地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料又は精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの ・精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑧

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
38	A300等	特定入院料の施設基準等　通則	当分の間	令和８年３月31日においに現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、一病棟（看護単位）における特定入院料の届出は二までとする基準に該当するものとみなす。
39	A301	特定集中治療室管理料２	令和10年５月31日まで	「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定に該当するものとみなす。
40	A301	特定集中治療室管理料	令和８年12月31日まで	令和８年３月 31 日時点で、現に特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、救急搬送件数又は全身麻酔による手術件数の要件に該当するものとみなす。
41	A301	特定集中治療室管理料１、２	令和８年12月31日まで	令和８年３月 31 日時点で特定集中治療室管理料を行っている治療室にあっては、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者割合の基準を満たすものとみなす。
42	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	令和８年12月31日まで	令和８年３月 31 日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、救急搬送件数又は全身麻酔による手術件数の要件に該当するものとみなす。
43	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料	令和８年12月31日まで	令和８年３月31日時点で現にハイケアユニット入院医療管理料１又はハイケアユニット入院医療管理料２に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和８年度改定後の基準をそれぞれ満たすものとみなす。
44	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	令和８年12月31日まで	令和８年３月31日時点において現に脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績要件に該当するものとみなす。
45	A303	母体・胎児集中治療室管理料	令和９年５月31日まで	令和８年３月 31 日の時点で、現に母体・胎児集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、妊産婦の搬送受入件数に関する実績要件に該当するものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑨

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
46	A304	地域包括医療病棟	当分の間	令和８年３月31日時点で総合入院体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、地域包括医療病棟において、急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関でないことの要件を満たしているものとみなす。
47	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料２又は４に係る届出を行っている病棟にあっては、リハビリテーション実績指数に関する実績要件に該当するものとみなす。
48	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料３又は４に係る届出を行っている病棟にあっては、休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制に関する施設基準に該当するものとみなす。
49	A311,A311-3	精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料		令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上であることとする。
50	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料２	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っていた病棟が、令和８年６月１日までに区分番号Ａ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料２に係る届出を行った場合は、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定した期間と通算して180日を限度としてＡ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料２のハを算定できるものとする。
51	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料２	令和８年９月30日まで	令和８年３月31日において現に令和６年度医科点数表における精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和８年９月30日までの間に限り、精神科急性期治療病棟入院料の看護配置に係る要件以外を満たすこととする。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑩

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
52	別表第六の二	医療資源の少ない地域の対象地域	令和12年５月31日まで	令和６年３月31日において、現に令和６年度診療報酬改定前の医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合なお効力を有するものとする。
53	別表第六の二	医療資源の少ない地域の対象地域	令和14年５月31日まで	令和８年３月31日において、現に令和８年度診療報酬改定前の医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合なお効力を有するものとする。
54	B001-2-6	救急外来医学管理料	令和８年12月31日まで	救急外来医学管理料に係る届出を行う保険医療機関については、地域の救急医療に関する取組の要件に該当するものとみなす。
55	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料１	令和８年９月30日まで	令和８年３月 31 日時点で、現に外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている保険医療機関については、患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針の整備に係る基準を満たしているものとする。
56	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）注４ 生活習慣病管理料（Ⅱ）注４	令和９年３月31日まで	令和８年３月31日において、現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、充実管理加算１に係る実績要件に該当するものとみなす。
57	C005	在宅患者訪問看護・指導料　注19（C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む） 訪問看護医療情報連携加算	令和８年９月30日まで	ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

経過措置について⑪

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
58	特掲診療料の施設基準	在宅療養支援診療所・病院	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、業務継続計画の策定等に係る要件を満たしているものとする。
59	Ｊ通則 Ｋ通則	休日加算１時間外加算１ 及び深夜加算１	令和９年５月31日まで	令和８年３月31日の時点で休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること又は勤務間インターバルを満たしているものとみなす。
60	J038	人工腎臓　注15 腎代替療法診療体制充実加算	令和９年５月31日まで	「日本透析医会、日本透析医会支部又は都道府県等による災害時の情報伝達訓練に年に１回以上参加していること。」の基準に該当するものとみなす。
61			令和10年５月31日まで	在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定実績又は腎移植に向けた手続きを行った患者の実績の基準に該当するものとみなす。
62	K939-4	内視鏡手術用支援機器加算	令和９年５月31日まで	「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」の基準に該当するものとみなす。
63	訪問看護	訪問看護管理療養費　注14 訪問看護医療情報連携加算	令和８年９月30日まで	ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。
64	訪問看護	包括型訪問看護療養費	令和９年５月31日まで	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に係る基準に該当するものとみなす。

※　経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

令和８年度診療報酬改定

17. 附帯意見

令和８年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見①

（全般的事項）

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

（物価対応）

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

（賃上げ）

3　賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和９年度における更なる対応について検討すること。

（病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア）

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

（入院医療）

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

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

7　救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・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。

令和８年度診療報酬改定

18. お知らせ

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。

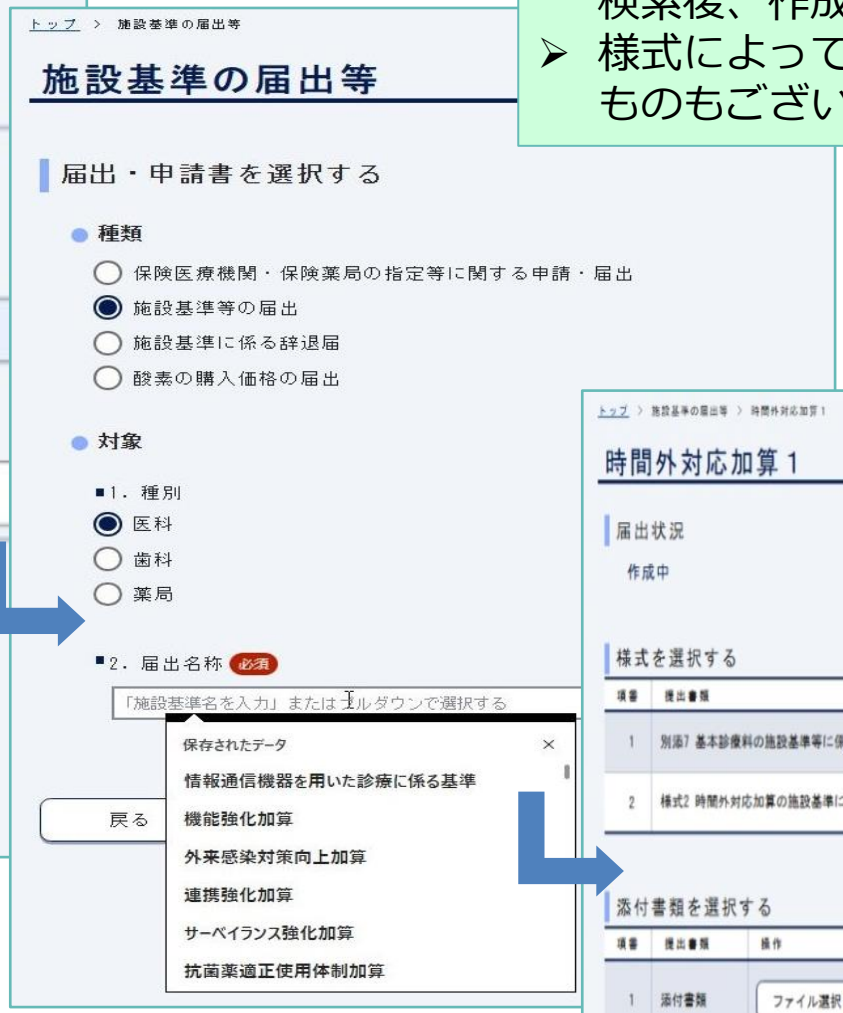
保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

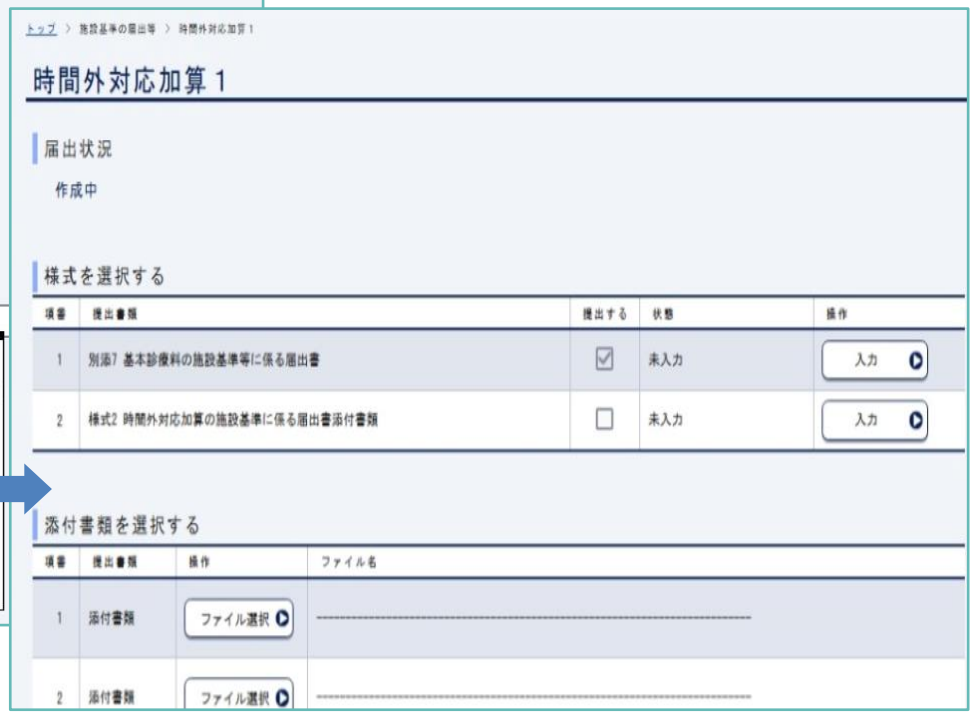
※R8.1.26時点

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）※令和８年６月から名称が「時間外対応体制加算」に変わります。

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。

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。