

# 令和8年度診療報酬改定について

※本資料は改定の概要をご紹介するものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、正式な告示・通知等をご確認ください。

厚生労働省保険局医療課  
課長補佐 佐々木康輔

# 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%、内科診療所+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%、内科診療所+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：内科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

## 2. 薬価等

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

## 3. 診療報酬制度関連事項

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

## 4. 薬価制度関連事項

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

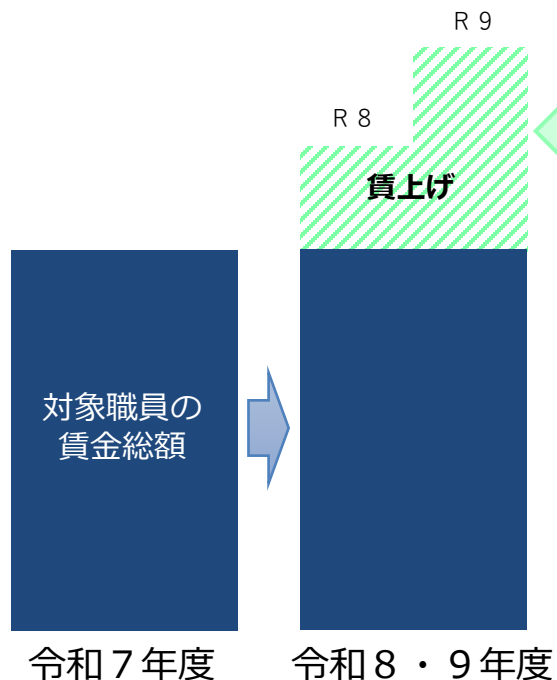
令和8年度診療報酬改定

# 1. 賃上げ・物価対応

# 賃上げ・物価対応に係る全体像

## 【基本的な考え方】

### 賃上げ対応

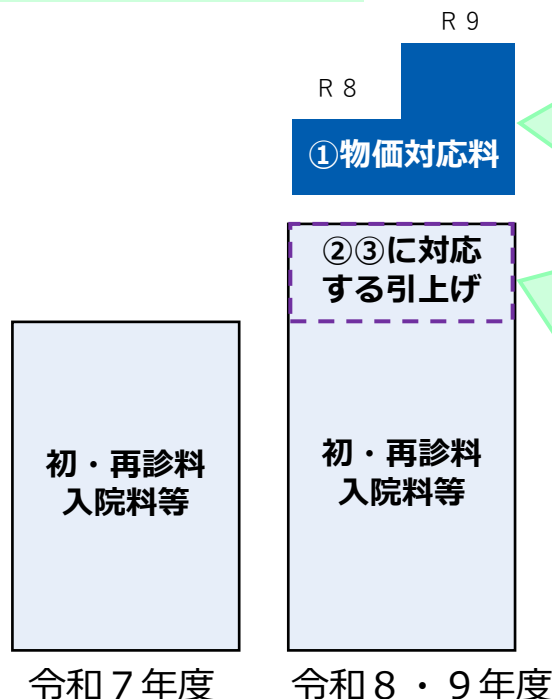


### 新水準のベースアップ 評価料等による支援

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

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

### 物価対応



- **物価対応料を新設**  
(令和9年度は令和8年度の2倍となる予定)

①令和8年度以降の物価上昇への対応分

- **入院料等に包括**

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

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

## 【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与(賞与を含む)に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。



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

## 賃上げに向けた評価の見直し（概要）

### ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、**ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大**する。
  - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）
- 歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、**歯科技工所ベースアップ支援料を新設**する。
- 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、**調剤ベースアップ評価料を新設**する。

### ベースアップ評価料の評価体系の変更

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

### 入院料の見直し

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

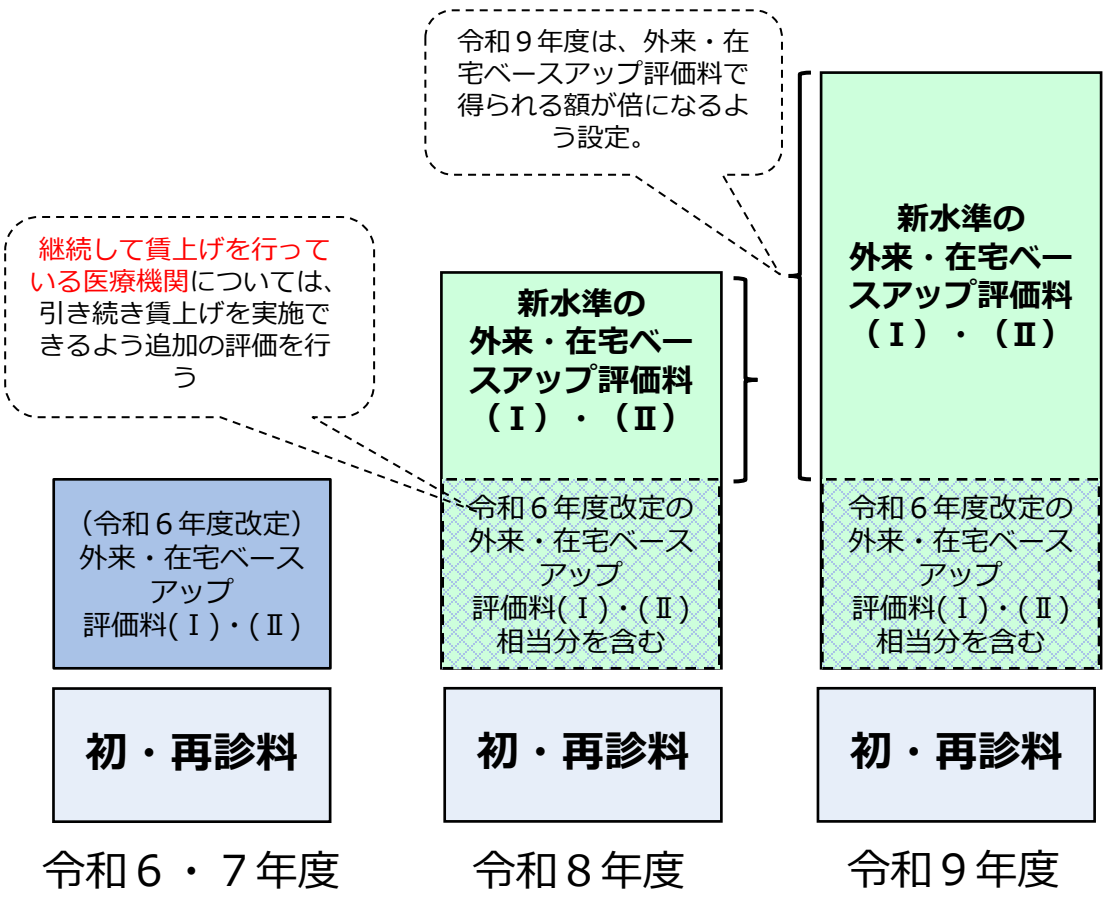
### 賃上げに係る評価の用途の見直し

- 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。

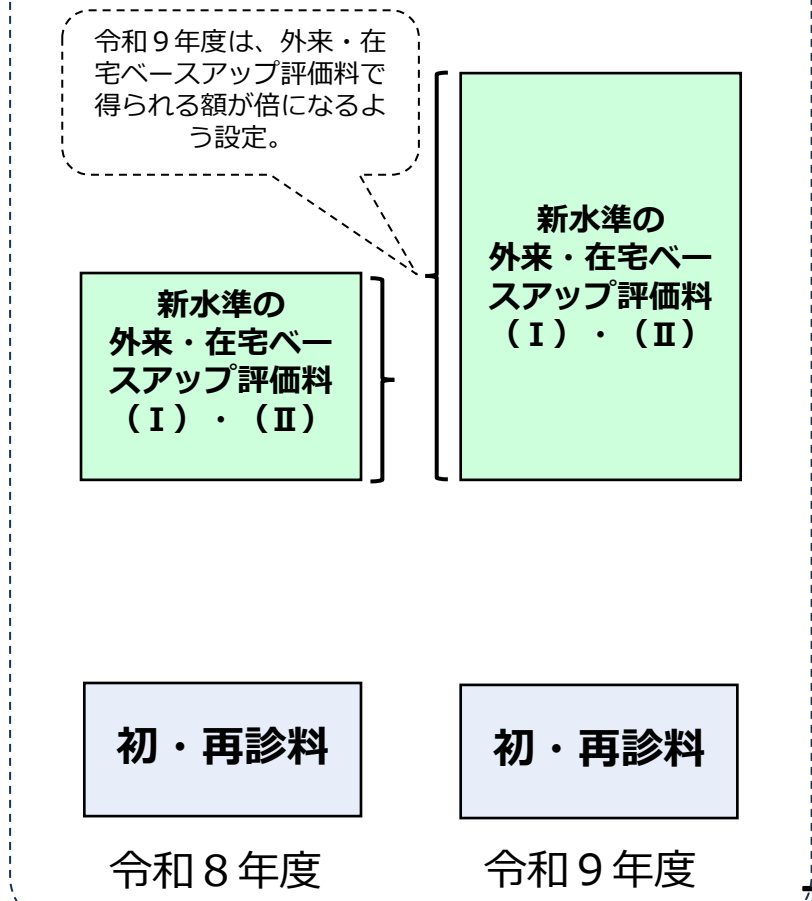
# 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- 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	<b>17点</b>
2 再診時等	<b>4点</b>
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	<b>79点</b>
ロ イ以外の場合	<b>19点</b>
[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	<b>17点</b>	<b>23点</b>	<b>34点</b>	<b>40点</b>
再診時	<b>4点</b>	<b>6点</b>	<b>8点</b>	<b>10点</b>
訪問診療時 (同一訪問診療時以外)	<b>79点</b>	<b>107点</b>	<b>158点</b>	<b>186点</b>
訪問診療時 (同一訪問診療時)	<b>19点</b>	<b>26点</b>	<b>38点</b>	<b>45点</b>



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

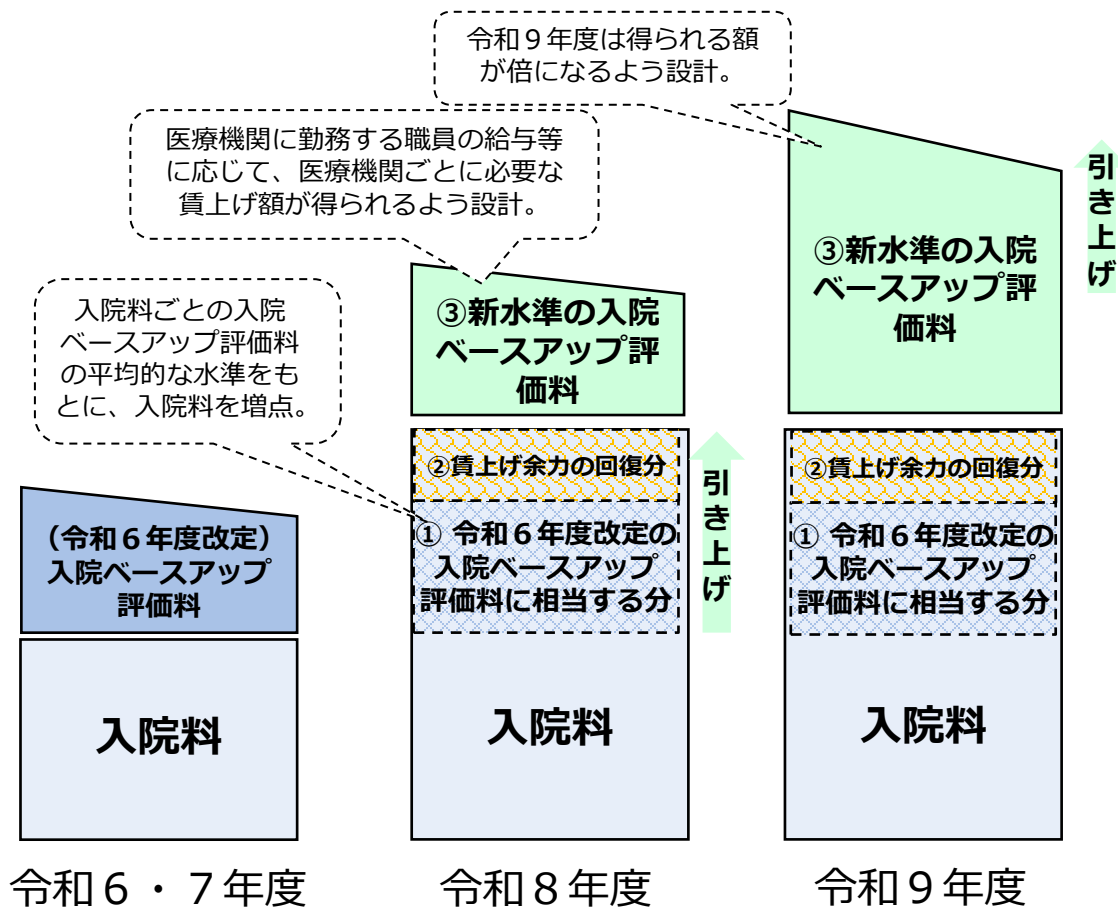
- 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

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

# 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。

## 令和8年度から賃上げを行う医療機関



令和8年度



令和8年度

## 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
～		
	<b>250※</b> 入院ベースアップ評価料 <b>250</b>	<b>250点</b>

※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	<b>1,874点</b>

- 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

- 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
- 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
- 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B U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B U評価料(Ⅱ)、訪看B U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
- 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

## 改定後

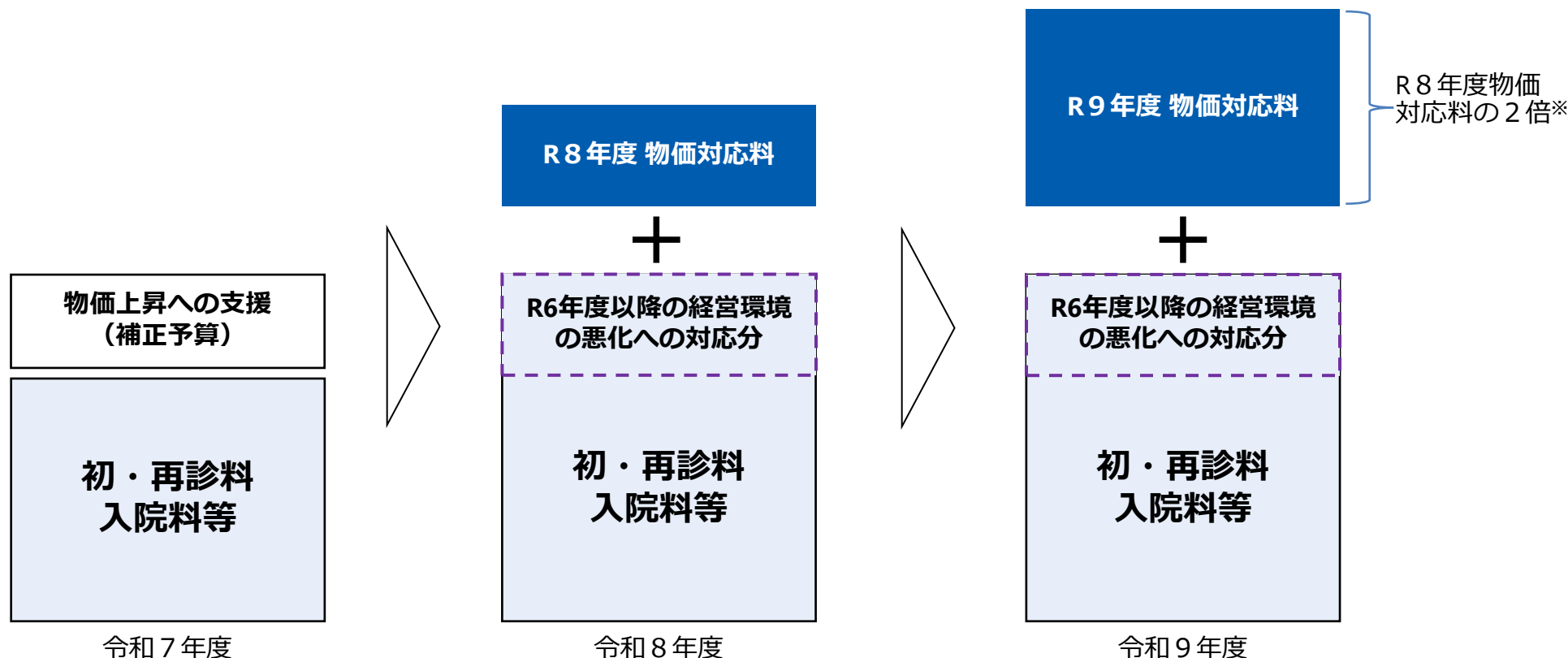
- 賃上げの目標  
**令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す**
- 対象となる施設  
保険医療機関、**保険薬局**、訪問看護ステーション
- 対象となる職員  
**当該保険医療機関に勤務する職員**（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。）  
例）左記の対象職員に加え、**40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員** 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法  
(入院B U評価料の場合) 以下を合計したもの  
◆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B U評価料(Ⅱ)、訪看B U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  
**※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  
※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**



## 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。

#### (新) 物価対応料

##### 1 外来・在宅物価対応料

	R8年	R9年
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
二八 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。

(新) 歯科外来物価対応料	R8年	R9年
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。

(新) 調剤物価対応料 (1日につき)	R8年	R9年
	1点	2点

[算定要件]

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

(新) 訪問看護物価対応料 (1日につき)	R8年	R9年
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があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

#### 現行

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



#### 改定後

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

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



## 入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

### 入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

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

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

		現行		改定後
自己負担 (1食当たり)	総額 (1食当たり)	690円	+40円 →	<b>730円</b>
	一般所得者の場合	510円	+40円 →	<b>550円</b>
	住民税非課税世帯の場合	240円	+30円 →	<b>270円</b>
	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 →	<b>130円</b>

- 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 →	<b>458円</b>
	自己負担 (1日当たり)	370円	+60円 →	<b>430円</b>

※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

令和8年度診療報酬改定

## 2. 急性期・高度急性期入院医療

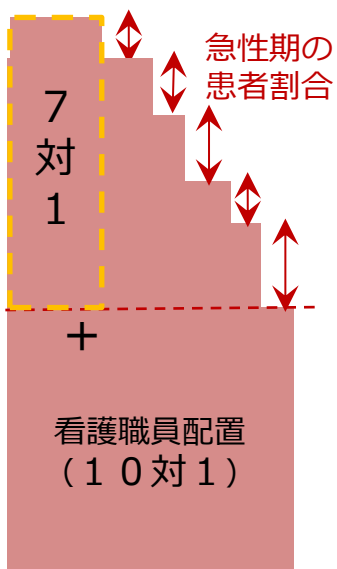
# 急性期における評価の見直し

- 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・向上に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

## 現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

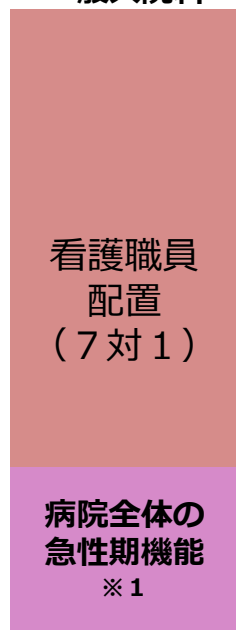
### 急性期一般入院料 1～6



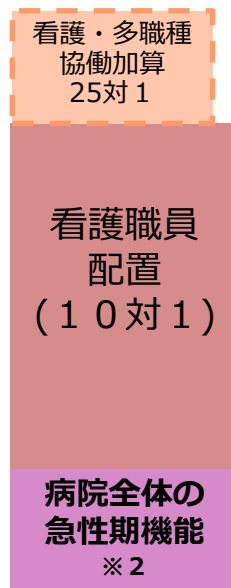
## 改定後

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

### 急性期病院A 一般入院料

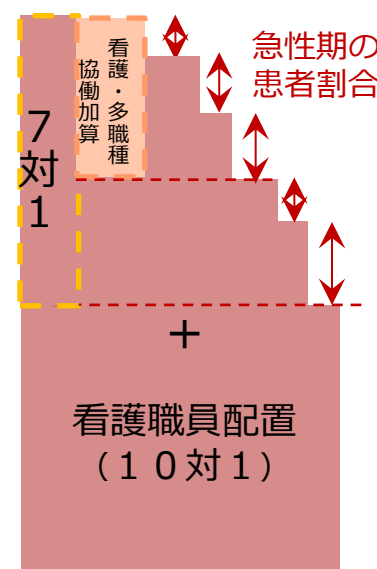


### 急性期病院B 一般入院料



実績等に応じ医療機関が選択可能

### 急性期一般入院料 1～6



※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※ <sup>1</sup>	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※ <sup>1</sup>	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※ <sup>1</sup>		25対1以上					25対1以上				
該当患者割合 指数の基準※ <sup>2</sup>	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）

- |          |   |             |
|----------|---|-------------|
| <b>1</b> | <b>看護・多職種協働加算 1</b> （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合）   | <b>277点</b> |
| <b>2</b> | <b>看護・多職種協働加算 2</b> （急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） | <b>255点</b> |



### [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

# 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A 3点以上、C 1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、ラスブリカーゼ)

#### 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。

入院 1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目 8日目 9日目 10日目 11日目 12日目 13日目 14日目(退院)

現行  
改定後

改定後は上下いずれの方法も可



この期間に少なくとも1回は測定を行う (最も遅くて11日目)。 退院日は必ず測定

(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、**病棟で曜日を一括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は、7日を待たずに測定することが望ましい。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

## 重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

## 【該当患者の基準】

急性期病院※a、 急性期 1 ※a、 看護・多職種 協働加算、 7対1入院基 本料(特定)※a、 急性期総合※a	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上  割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期 2～5	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 医療病棟※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)	<b>割合①：21%</b> <b>割合②：28%</b>	<b>割合①：20%</b> <b>割合②：27%</b>
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%



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)	<b>割合①：22%</b> <b>割合②：29%</b>	<b>割合①：21%</b> <b>割合②：28%</b>
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	<b>割合①</b> 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
	<b>割合②</b> 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

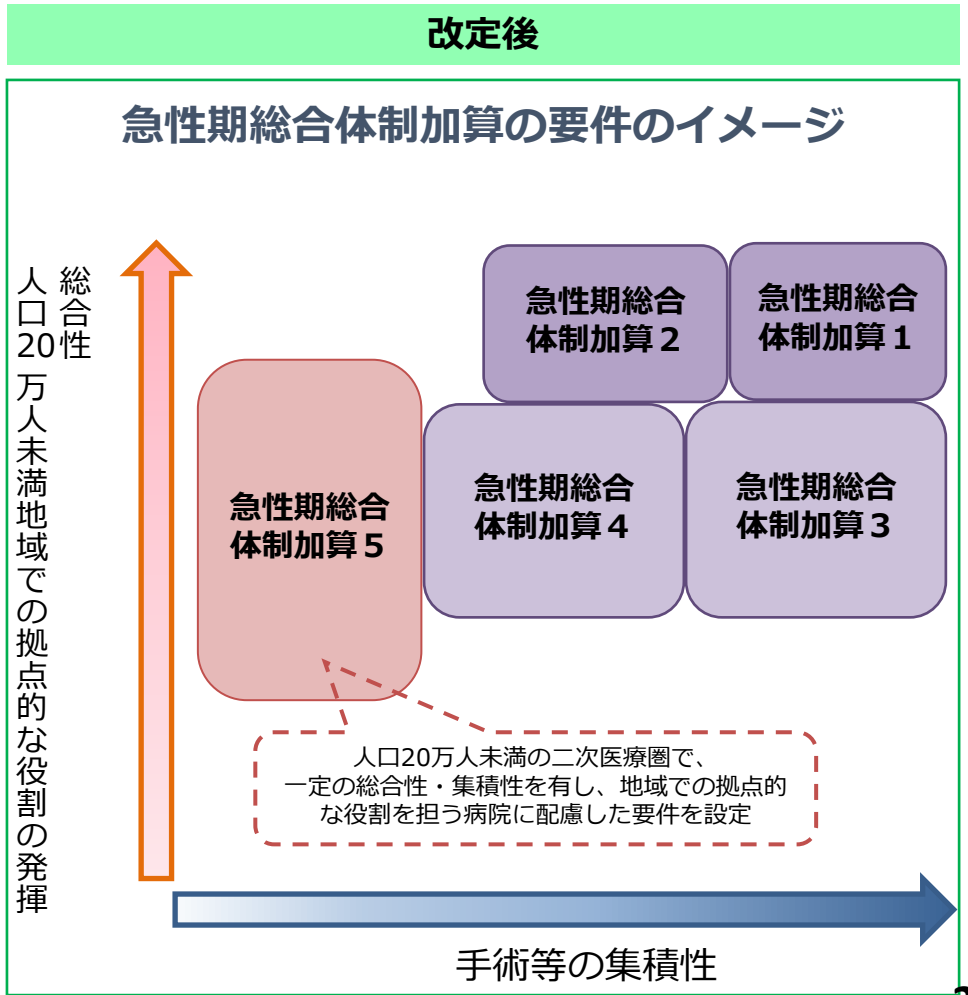
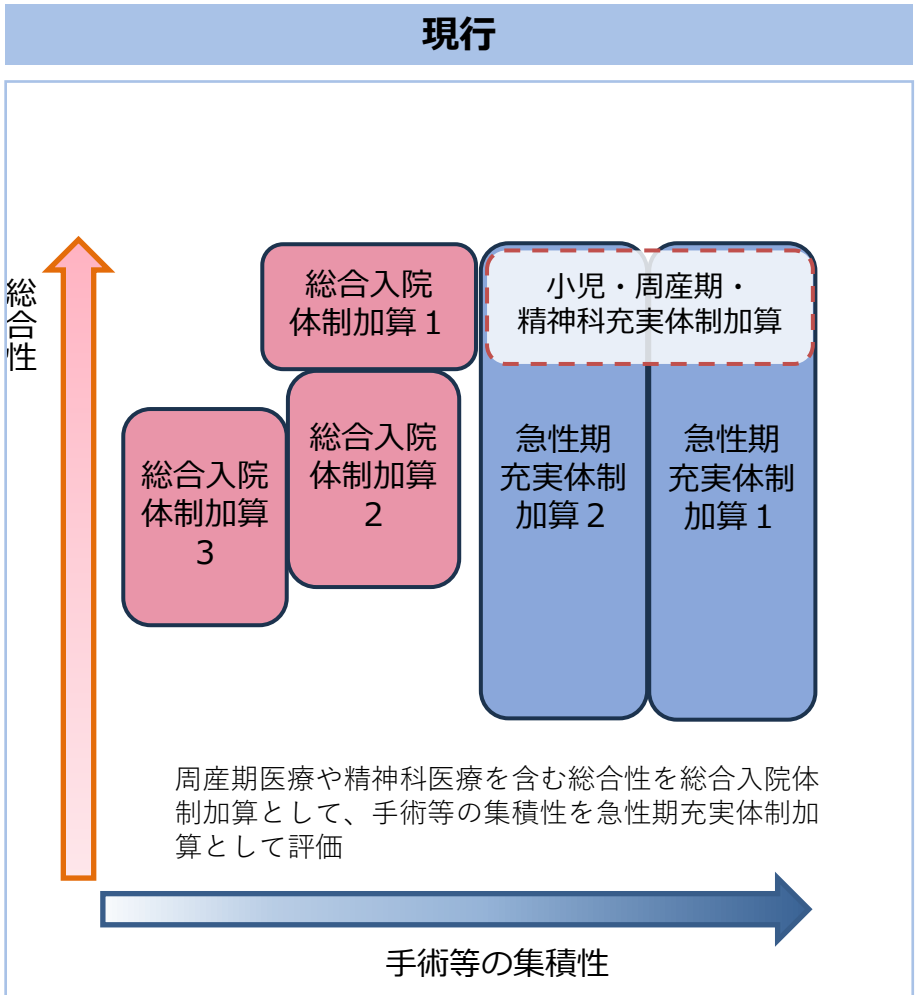
※a B項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること

※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

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

# 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である。



## 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	○	○	○	○

# 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。
- B I の測定に係る研修において、併せて F I M 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A D L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、B I の測定に関わる職員を対象としたB I 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A D L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、B I の測定に関わる職員を対象としたB I 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「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。



# 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 (新設) 620点

#### [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。

# 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 <u>2</u>	救命救急入院料 <u>1</u>
救命救急入院料 <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
救命救急入院料 <u>1</u>	救命救急入院料 <u>2</u>
救命救急入院料 <u>3</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 1	特定集中治療室管理料 1
特定集中治療室管理料 <u>2</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 <u>3</u>	特定集中治療室管理料 <u>2</u>
特定集中治療室管理料 <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 <u>5</u>	特定集中治療室管理料 <u>3</u>
特定集中治療室管理料 <u>6</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 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つては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）に勤務していること。

##### 【特定集中治療室管理料 3】

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

# ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

## ハイケアユニット入院医療管理料における病院実績要件の新設

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

### 改定後

【ハイケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

- 病院の実績に係る要件

**以下のいずれかを満たしていること。**

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

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

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

※ 許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料（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。**

# 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。

令和8年度診療報酬改定

## 3. 包括期・慢性期入院医療

# 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）

- 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
- 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 <b>A2点以上、C1点以上</b>	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	<b>基準該当患者割合に係る指数</b> (※) として 必要度Ⅰ <b>19%</b> 必要度Ⅱ <b>18%</b> ※該当患者割合 + <b>救急搬送応需係数</b>	
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	<b>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</b> (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	<b>7%未満</b> (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
		<b>急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料</b> 特定機能病院、専門病院入院基本料	<b>急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★</b> 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	<b>3,117~3,367点</b>	<b>3,066~3,316点</b>



## 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)

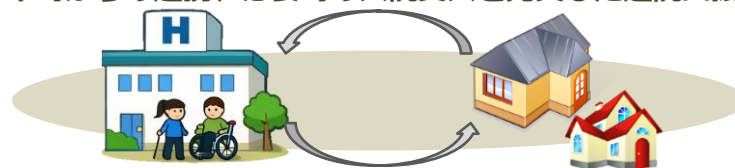
	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算1	(新) 加算2	加算1	(新) 加算2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		<b>専任の管理栄養士 1名</b> + 病棟の配置職員 (療法士 専従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、 <b>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</b>	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				<b>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</b>
休日リハ 実施割合	8割以上	<b>7割以上</b>	8割以上	<b>7割以上</b>	<b>7割以上</b>
ADL低下割合	3%未満	<b>5%未満</b>	3%未満	<b>5%未満</b>	<b>二（要件なし）</b>
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)	<b>150点</b>	<b>90点</b>	<b>110点</b>	<b>50点</b>	<b>30点</b>

# 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。

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



## (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 <b>3以上の施設の協力医療機関</b> 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 <b>緊急入院</b> が <b>直近3か月</b> で <b>15件以上</b> ② <b>在宅患者緊急入院診療加算1～3</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>12回以上</b> 又は <b>協力対象施設入所者入院加算1・2</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>4回以上</b>
救急医療の実績	<b>救急搬送及び下り搬送からの入院</b> が全入院患者の <b>8%以上</b>
入退院支援の実績	<b>退院時共同指導料2</b> と <b>介護支援等連携指導料2</b> の算定回数が <b>直近3か月</b> で合わせて <b>3回以上</b>

※ 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。

# 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 <u>2,346点</u>	入院料2 <u>2,274点</u>	入院料3 <u>2,062点</u>	入院料4 <u>2,000点</u>	入院料5※1 <u>1,794点</u>
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	<u>3割5分以上</u>		<u>2割5分以上</u>		
実績指数	<u>42以上</u>	<u>32以上※2</u>	<u>37以上</u>	<u>32以上※2</u>	

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。



# 療養病棟入院基本料の見直し

## 医療区分の見直し

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合**には、**処置等に係る医療区分3**の患者として入院料を算定することとする。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- **医療的ケア児の受入について評価**する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

## 求める医療区分2・3割合の見直し

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

### 現行

#### 【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**五割**以上であること。



### 改定後

#### 【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割**以上であること。

[経過措置] 令和8年3月31日において現に療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(1)の八に該当するものとみなす。

# 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
<p style="text-align: center;"><b>医療区分3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・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</li> <li>・<a href="#">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。)</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、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)</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> <li>・<a href="#">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</a></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>医療区分2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・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つて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))</li> <li>・その他の指定難病等(スモンを除く。)</li> <li>・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。)</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズ分類がV度の状態に該当する場合に限る。)</li> <li>・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。)</li> <li>・<a href="#">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。)</a></li> <li>・<a href="#">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。)</a></li> <li>・<a href="#">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つて、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。)</a></li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> <li>・<a href="#">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。)</a></li> </ul>	<p><b>(1)感染症の治療に係る処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> </ul> <p><b>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。)</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul> <p><b>(3)その他の処置</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> </ul> <p><b>(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)</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>医療区分1</b></p>	<p style="text-align: center;">医療区分2・3に該当しない者</p>	

# 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年間には5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。

令和8年度診療報酬改定

## 4. 入院に関する共通事項

# 入院基本料等の通則の見直し

## 入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要**とし、**説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

### 身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

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

### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

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

## 入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

### 【施設基準】

#### 第五 病院の入院基本料の施設基準等 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。

# 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)

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 1 j	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て、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/>

### 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**

#### [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。

# 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、多人数の職員間で情報共有を効率的に実施できる機器</li> </ul> <p>(例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能</p> 

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

# 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者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者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者を活用(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

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

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割以内の減少

11月に一時的な変動から回復  
引き続き、元の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

元の入院料が算定できる期間

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

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割以内の減少

11月も変動が継続  
12月中に届出内容の変更  
1月から変更後の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

届出(12月)

元の入院料が算定できる期間

変更後の入院料を算定する期間



令和8年度診療報酬改定

## 5. 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。

### 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。

### 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**）

# 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。

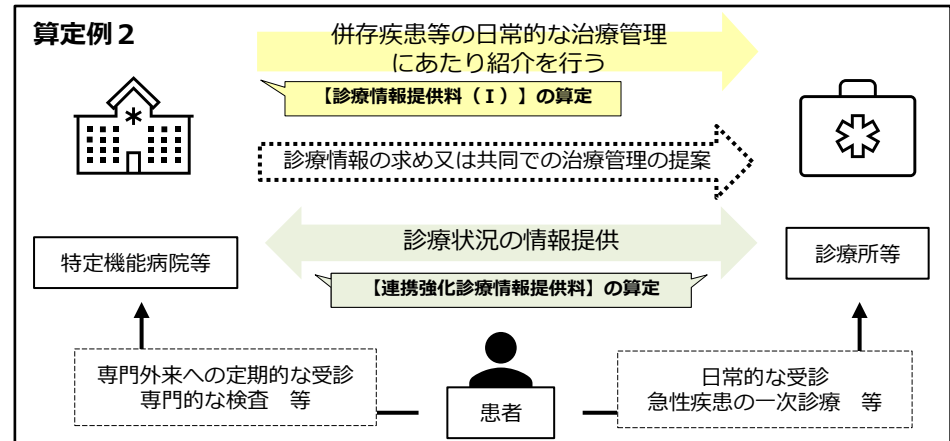
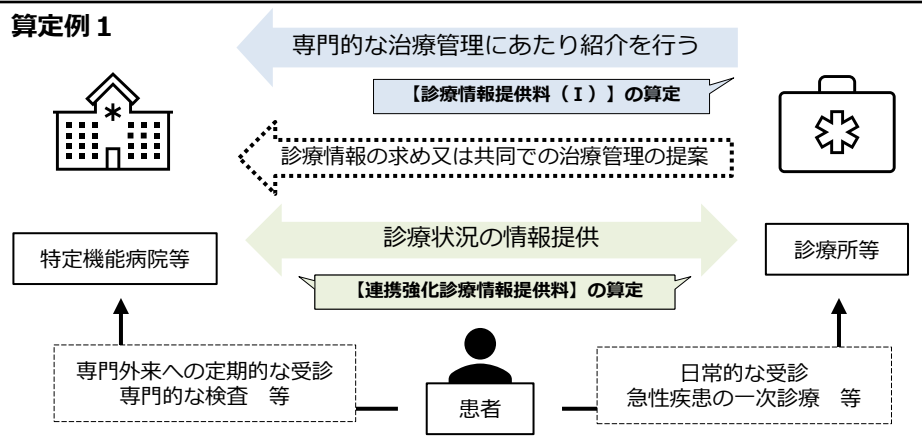
### (新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

[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		
地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	（現行）50%未満 → （改定後）50%未満	（現行） <u>30%</u> 未満 → （改定後） <b>50%</b> 未満
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） <u>20%</u> 未満 → （改定後） <b>40%</b> 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

# 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	<b>(参考)</b> 引き続き包括範囲外である医学管理料等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来栄養食事指導料</li> <li>・ 集団栄養食事指導料</li> <li>・ 糖尿病合併症管理料</li> <li>・ がん性疼痛緩和指導管理料</li> <li>・ 外来緩和ケア管理料</li> <li>・ 糖尿病透析予防指導管理料</li> <li>・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料</li> <li>・ ニコチン依存症管理料</li> <li>・ 療養・就労両立支援指導料</li> <li>・ プログラム医療機器等指導管理料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅰ）</li> <li>・ 電子的診療情報評価料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅱ）</li> <li>・ 診療情報連携共有料</li> <li>・ 連携強化診療情報提供料</li> <li>・ 薬剤情報提供料</li> </ul>
<u>下肢創傷処置管理料</u>	
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。）	
<u>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</u>	
時間外対応・救急対応に関する医学管理	
<u>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</u>	
情報提供等に関連する評価	
<u>傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料</u>	

➤ 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

## 地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

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



# 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			改定後	
・認知症地域包括診療加算 1	38点	➔	・地域包括診療加算 1	
・地域包括診療加算 1	28点		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
・認知症地域包括診療加算 2	31点		・地域包括診療加算 2	
・地域包括診療加算 2	21点		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
・認知症地域包括診療料 1	1,681点		・地域包括診療料 1	
・地域包括診療料 1	1,660点		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
・認知症地域包括診療料 2	1,613点		・地域包括診療料 2	
・地域包括診療料 2	1,600点		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つては、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つを満たしていること。
- 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つを満たしていること。
- 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つては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。