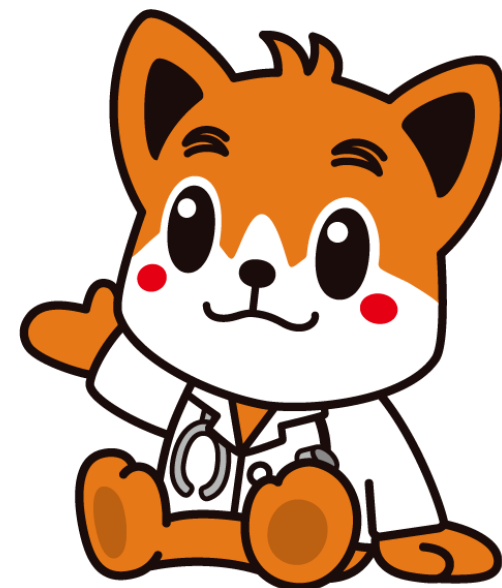




令和8年度診療報酬改定の概要

公益社団法人 日本医師会



日本医師会公式キャラクター「日医君」

はじめに

- ※ 本資料は現時点での「令和8年度 診療報酬改定の概要」をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。
算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は病院と比較して事務職員が少ない診療所向けの内容に重点を置いております。病院に関する項目については厚生労働省の説明資料等もあわせてご参照ください。
- ※ 本資料は、HP掲載後に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

<目次>

総論

改定率について	5
---------	---

外来

賃金・物価対応(初・再診料関連の見直し)	15
初診・再診料等の見直し(全体像)	23
外来ベースアップ評価料(Ⅰ)の見直し	30
医療DX推進体制整備加算等の見直し(電子的診療情報連携体制整備加算の新設)	39
機能強化加算の見直し	43
外来医師過多区域における対応	46
地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し	49
時間外対応加算の見直し	55
生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し	58
外来データ提出加算の見直し	65
処方箋関係の見直し	72
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設	77
特定機能病院等紹介患者受入加算の新設および連携強化診療情報提供料の見直し	80
健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化	84
療養・就労両立支援指導料の見直し	88

オンライン診療

オンライン診療の施設基準の見直し	91
遠隔電子処方箋活用加算の新設	93
遠隔連携診療料の評価の拡大	95

在宅

在宅医療	98
------	----

入院

入院料における物貨対応について	126
急性期・高度急性期入院医療	135
包括期・慢性期入院医療	157
精神科入院医療	171
入院(共通事項)	175

経過措置／附带意見／届出

経過措置	195
附带意見	206
届出について	211

改定率等について

大臣折衝事項について

令和8年度 診療報酬改定率について

1. 診療報酬 +3.09%

※1	うち、賃上げ分	+1.70%
※2	うち、物価対応分	+0.76%
※3	うち、食費・光熱水費分	+0.09%
※4	うち、令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分	+0.44%
※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 各科改定率(医科+0.25% : 歯科+0.31% : 調剤+0.08%)	+0.25%

2. 薬価等 ▲0.87%

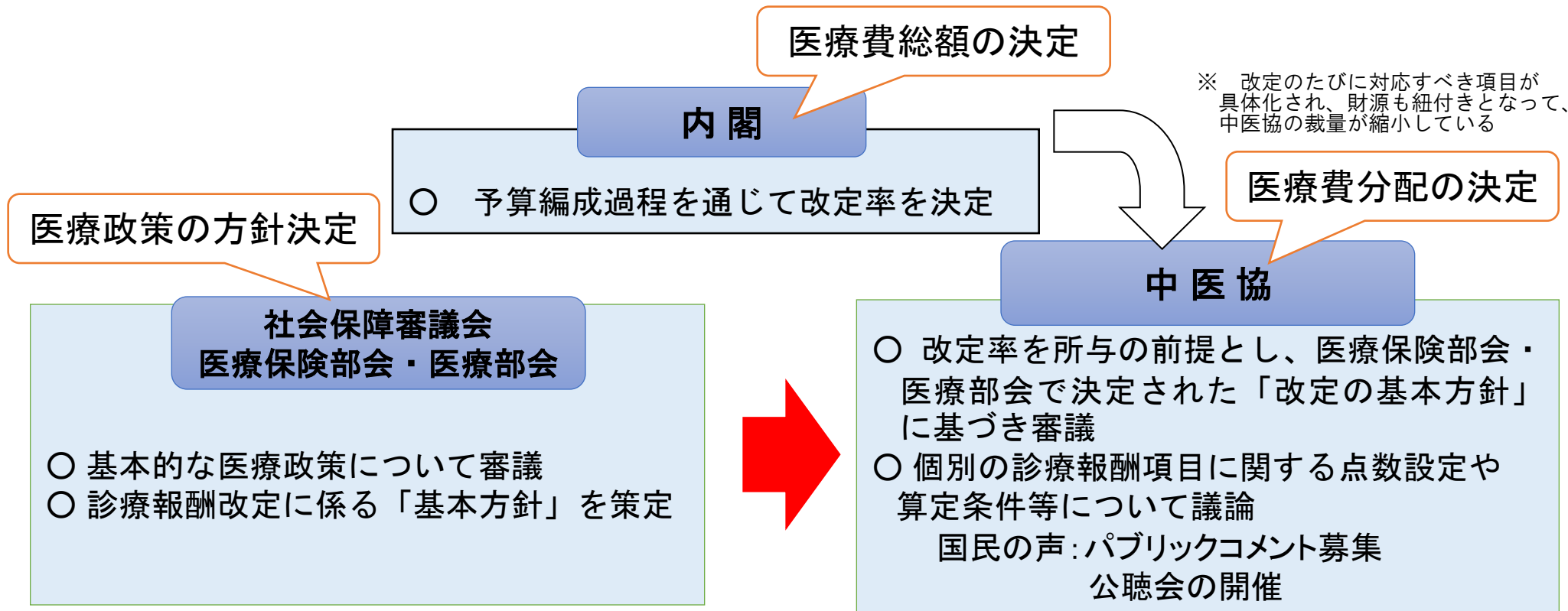
薬価	▲0.86%
材料価格	▲0.01%

最近の診療報酬改定率の推移

	H26(2014)	H28(2016)	H30(2018)	R2(2020)	R4(2022)	R6(2024)	R8(2026)
診療報酬	+0.73%	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%	+0.88%	+3.09
うち	(消費税対応分) +0.63%			勤務医の き方改革への 特例的な対応 +0.08%	看護の処遇改善 +0.20%	看護職員その他医療関係職 種について、ベアを実施して いくための特例的な対応 +0.61%	賃上げ分 +1.70%
					リフィル処方箋の導入・ 活用促進による効率化 ▲0.10%		入院時の食費基準額の 引き上げ(1食当たり30円)の 対応 +0.06%
					不妊治療の保険適用 +0.20%	生活習慣病を中心とした管 理料、処方箋料等の再編等 の効率化・適正化 ▲0.25%	
					小児の感染防止対策に 係る加算措置の期限到 来 ▲0.10%		後発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%
うち本体	+0.10%	+0.49%	+0.55%	+0.47%	+0.23%	+0.46%	+0.25%
薬価等	▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%	▲0.87%
ネット	+0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%	+2.22%

診療報酬改定のプロセス

- ① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
- ② 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)が「診療報酬改定の基本方針」を策定
- ③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬点数の設定を決める



※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

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

中医協における令和8年度診療報酬改定に向けた審議

◎前回改定「答申書」附帯意見(28項目)に基づく検討

- ・検証調査(7項目)、医療法人経営情報データベースシステム(MCBD)、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
- ・医療を取り巻く状況、医療提供体制・地域医療構想、賃上げ、物価対応、医療法等改正、入院時の食費・光熱水費、医療DX、長期収載品の選定療養、外来、入院、在宅、個別事項
- ・薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度
- ・再生医療等製品の保険適用 等

[総会:64回]

[薬価専門部会:22回][保険医療材料専門部会:9回]

[費用対効果評価専門部会:8回][診療報酬改定結果検証部会:6回]

[薬価部会・費用対効果部会合同部会:3回]

[費用対効果部会・薬価部会・材料部会合同部会:3回]

[調査実施小委員会:4回]

[調査専門組織]

- ・医療技術評価分科会:2回
- ・入院・外来医療等の調査・評価分科会:16回
- ・医療機関等における消費税負担に関する分科会:2回

国民の声:パブリックコメント、公聴会(石川県を中心とした北陸地方)



※2年度で延べ119回開催

令和8年2月13日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

(附帯意見:28項目)

中医協 委員名簿

令和7年11月5日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 7名	鳥潟美夏子 松本真人 永井幸子 高町晃司 奥田好秀 鈴木順三 伊藤徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 7名	江澤和彦 茂松茂人 黒瀬巖 小阪真二 太田圭洋 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全国自治体病院協議会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員 6名	飯塚敏晃 ◎小塩隆士 笠木映里 永瀬伸子 本田文子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員 10名	田島健一 木澤晃代 上田克彦 小松知子 藤原尚也 越後園子 荒川隆治 守田恭彦 前田桂 青木幸生	佐賀県白石町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 神奈川歯科大学全身管理歯科学口座障害者歯科学分野教授 中外製薬株式会社 執行役員 渉外調査担当 第一三共株式会社 渉外部 渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社 バイスプレジデント 丸木医科機器株式会社参与

◎印：会長

中医協を中心とした令和8年度診療報酬改定の流れ①

〔中医協 医療を取り巻く状況、医療提供体制・地域医療構想〕

令和7年4月23日、8月27日、10月29日

人口動態、医療需要、医療費、医療機関の経営状況などのデータが提示・その都度更新され、医療を取り巻く状況は、極めて厳しく、過去に例のない危機的な経営状況に陥っていることが明白になった

〔中医協 医療経済実態調査〕

令和7年11月26日 医療経済実態調査結果の報告

令和7年12月 3日 医療経済実態調査結果に対する両側の見解

〔中医協 薬価調査・保険医療材料価格調査〕

令和7年12月 3日 薬価調査・特定保険医療材料価格調査(速報値)

《平均乖離率》薬価:約4.8%(前回:6.0%)、特定保険医療材料:約1.3%(前回:2.5%)

〔中医協 診療報酬改定に関する基本的見解〕

令和7年12月10日 令和8年度診療報酬改定に関する両側の基本的な見解

令和7年12月12日 令和8年度診療報酬改定について

中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申(両論併記)

〔医療保険部会・医療部会〕

令和7年12月12日 令和8年度診療報酬改定の基本方針

《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】
- (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
- (3)安心・安全で質の高い医療の推進
- (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

中医協を中心とした令和8年度診療報酬改定の流れ②

【厚生労働大臣】

令和8年1月14日 中医協に対して①②に基づき答申を行うよう諮問

①12月24日の予算大臣折衝を踏まえ内閣が決定した改定率等

②12月9日の医療保険部会・医療部会が策定した「改定の基本方針」

中医協におけるこれまでの議論の整理を公表し、パブリックコメントを募集

【内閣】

令和7年12月24日の予算大臣折衝を踏まえ改定率等を決定

本体部分の上げは10回連続、3%台の高水準になるのは平成8年度改定以来

本体と薬価等の改定率を差し引いたネットがプラスになるのは平成26年度改定以来

〔中医協〕

令和8年1月14日～20日 パブリックコメント募集(768人から延べ5,808件の意見)

令和8年1月19日 公聴会をオンライン形式で石川県と中心とした北陸地方で開催

(公募による意見発表希望者から公益委員が選定した10名から発表)

令和8年1月23・28日・30日 個別改定項目(短冊)を集中審議

令和8年2月13日 中医協として厚生労働大臣に答申(附帯意見26項目)

令和8年6月1日 施行(薬価改定:令和8年4月1日 施行)

中医協における主な審議項目

《外来》

- ◇ かかりつけ医機能に係る評価、生活習慣病に係る評価、外来機能の分化の推進
- ◇ 療養・就労両立支援指導料、情報通信機器を用いた診療

《入院》

- ◇ 急性期入院医療、高度急性期入院医療
- ◇ 慢性期入院医療・身体的拘束
- ◇ 包括期入院医療、入退院支援、看護職員の確保と働き方等
- ◇ 回復期リハビリテーション病棟、リハビリテーション、病棟における多職種連携
- ◇ 特定機能病院入院基本料、医師の診療科偏在、働き方改革、地域加算、病院薬剤師
- ◇ 多職種配置と医療機関の機能、総合入院体制加算と急性期充実体制加算
- ◇ 重症度、医療・看護必要度

《在宅》

- ◇ 訪問診療・往診等、訪問看護
- ◇ 歯科訪問診療、薬局における訪問薬剤管理指導

《個別項目》

- ◇ 後発医薬品・バイオ後続品の使用体制、服用薬剤調整支援等の評価 ◇ 精神医療 ◇ 敷地内薬局
- ◇ 移植医療 ◇ がん対策・難病対策・透析医療・緩和ケア ◇ 入院から外来への移行
- ◇ 長期収載品の選定療養 ◇ データ提出加算 ◇ 業務の簡素化 ◇ 届出や算定方法の明確化
- ◇ 小児・周産期医療、感染症対策、医療安全、災害医療 ◇ 人口・医療資源の少ない地域、救急医療
- ◇ 技術的事項 ◇ 医薬品その他 ◇ 医療DX ◇ 残薬対策 ◇ 近視進行抑制薬の処方に係る検査

《その他》

- ◇ 賃上げ ◇ 物価対応 ◇ 入院時の食費・光熱水費 ◇ 医療法等改正を踏まえた対応
- ◇ 再生医療等製品の保険適用 ◇ 消費税対応の上乗せ点数の見直し ◇ 被災地特例措置
- ◇ スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直し

賃金・物価対応（初・再診料関連の見直し）

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%** (R 8年度及びR 9年度の2年度平均。R 8年度+2.41%、R 9年度+3.77%) (R 8年6月施行)

賃金対応(ベースアップ評価料等)

※ 1 うち、賃上げ分 **+1.70%** (2年度平均。R 8年度+1.23%、R 9年度+2.18%)

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R 8・R 9にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のペ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。R 8年度+0.55%、R 9年度+0.97%)

- ・ 特に、R 8以降の物価上昇への対応として+0.62% (R 8年度+0.41%、R 9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

物価対応(初・再診料等)

※ 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、R 6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、R 7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 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

賃上げに向けた評価の見直しのポイント

① ベースアップ評価料の評価体系の変更

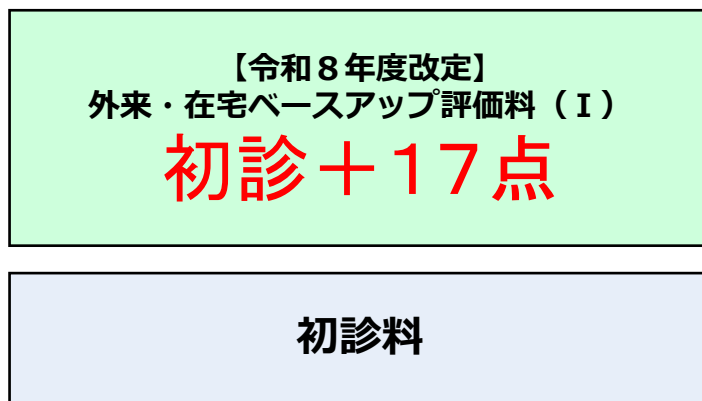
- 外来・在宅ベースアップ評価料について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

② ベースアップ評価料の対象の拡大

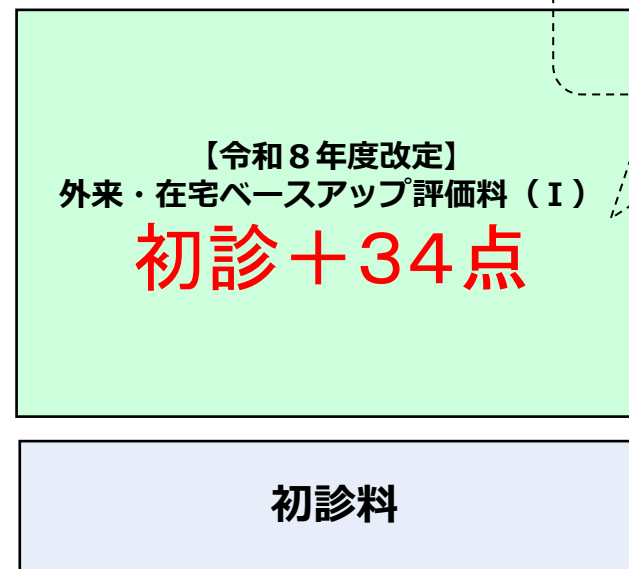
- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大する。
 - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）

賃上げに係る評価【 外来・在宅ベースアップ評価料 I 】のイメージ①

令和7年度以前にベースアップ評価料を算定しておらず、
令和8年度から新たにベースアップ評価料を算定して賃上げを行う医療機関の場合



令和8年度



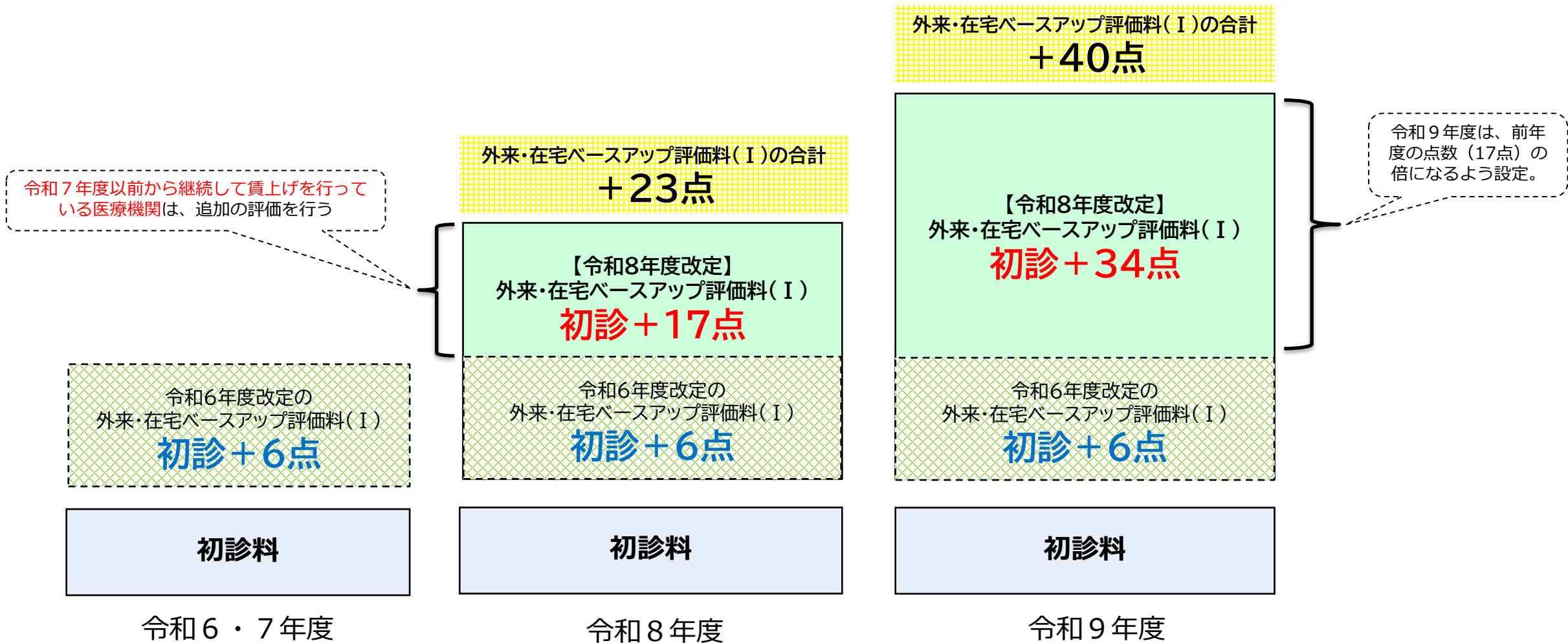
令和9年度

令和9年度は、
令和8年度の2倍
になるよう設定。

【再診の場合】 外来・在宅ベースアップ評価料（I）
令和8年度＋4点 令和9年度＋8点 を算定

賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料 I】のイメージ②

令和7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関(=継続的に賃上げを行っている医療機関)の場合



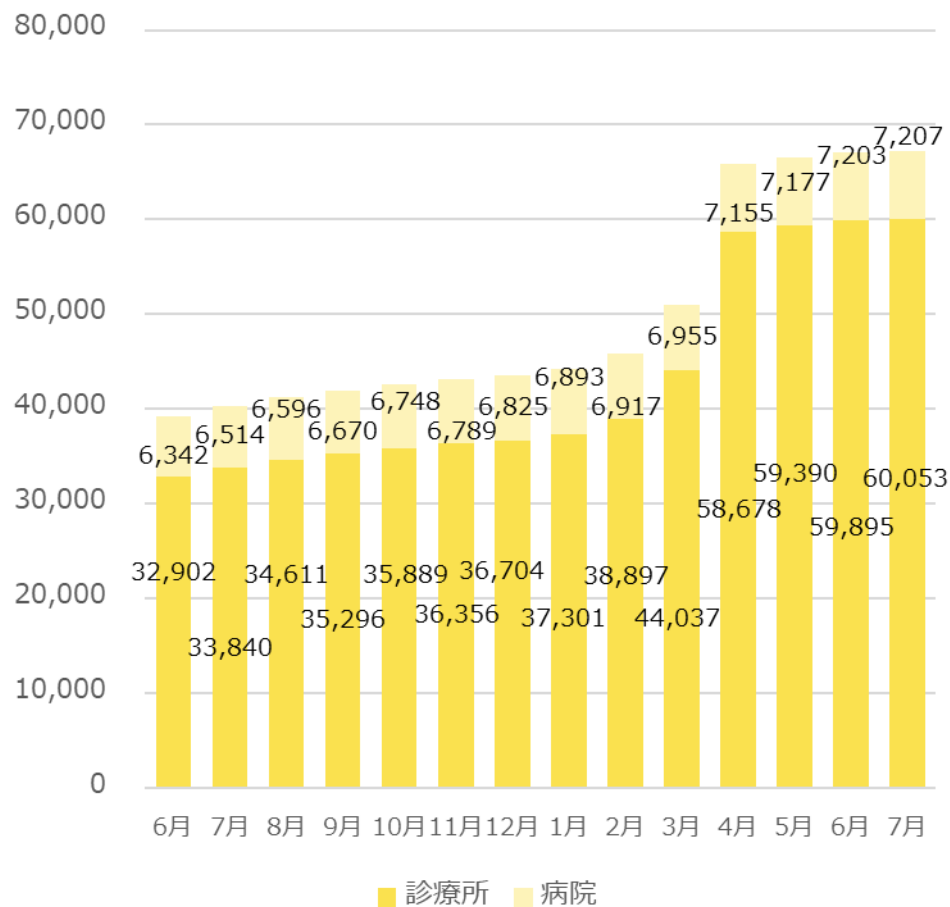
【再診の場合】 外来・在宅ベースアップ評価料(I)
 令和6・7年度 +2点 令和8年度 +6点(2点+4点) 令和9年度 +10点(2点+8点) を算定

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況

診調組 入-2
7. 8. 21

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。

月別推移



届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

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))(再掲)

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)

賃金対応(ベースアップ評価料等)

※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%) のペ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

物価対応(初・再診料等)

※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)

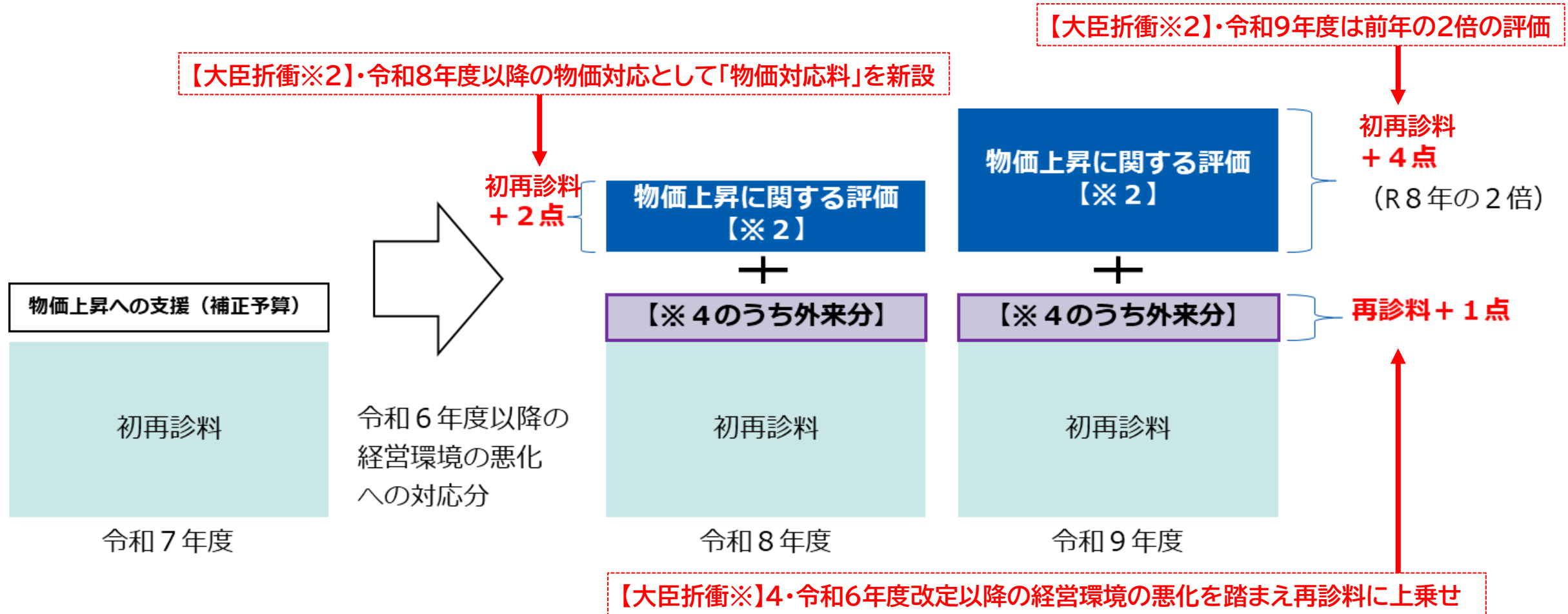
※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・ 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以外の方 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

物価上昇への対応に関わる評価【物価対応料＋再診料の引き上げ】



初診・再診料等の見直し(全体像)

初診料の見直し①

初診料①(物質対応)

項目	改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
初診料本体	291点	291点	291点	変更なし

+ + +

物質 対応	①外来・在宅物価対応料(新設)	—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	③令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	17点 (+17点)	34点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

R7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関の上乗せ分	—	25点	44点	①+②
R8年6月よりベースアップ評価料を算定する医療機関の上乗せ分	—	19点	38点	①+③

初診料の見直し②

初診料②(加算)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
機能強化加算(施設基準変更)	80点	80点	点数に変更なし。施設基準にBCP(災害発生時等における医療機関の業務継続計画)の策定等を追加
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
医療DX推進体制整備加算(廃止)			電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
加算1	12点	—	
加算2	11点	—	
加算3	10点	—	
加算4	10点	—	
加算5 加算6	9点 8点	— —	
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)			これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合
加算1	—	15点	
加算2 加算3	— —	9点 4点	
特定機能病院等紹介患者受入加算(新設)	—	60点	特定機能病院等から紹介された患者に対する初診を、診療所又は許可病床数200床未満の病院が行った場合の評価を新設

再診料の見直し①

再診料①(物質対応)

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等	
再診料本体		75点	76点	76点	・大臣折衝※4	
		+	+	+		
物質 対応	①外来・在宅物価対応料(新設)	—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価	
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	②令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		③令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
R7年度以前からベースアップ評価料を算定 している医療機関の上乗せ分		—	8点	14点	①+②	
R8年6月よりベースアップ評価料を算定 する医療機関の上乗せ分		—	6点	12点	①+③	

再診料の見直し②

再診料②(加算)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
外来管理加算	52点	52点	変更なし
時間外対応加算(名称変更と増点) <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 加算1 5点 7点 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 加算2 4点 5点 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 加算3 3点 4点 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 加算4 1点 2点 </div>		名称を 時間外対応加算から、 時間外対応体制加算 に変更し、評価を引き上げる	
地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算 (評価体系の変更、対象患者の追加、加算の新設等)	28点/21点 38点/31点	28点/21点 38点/31点	<ul style="list-style-type: none"> •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のいずれか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等を追加する。 •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。 •残薬対策として、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。 •外来データ提出加算を新設する。
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)	—	2点	これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合

小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し①

初診時(物貨対応)

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	604点	604点(変更なし)		変更なし
	② ①以外	721点	721点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料1	処方箋交付する場合	652点	652点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	796点	796点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料2	処方箋交付する場合	641点	641点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	758点	758点(変更なし)		

+

+

+

物貨対応	外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	<ul style="list-style-type: none"> ・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	<ul style="list-style-type: none"> ・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	17点 (+17点)	34点 (+34点)	<ul style="list-style-type: none"> ・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し②

再診時(物質対応)

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	410点	411点(+1点)		・大臣折衝※4
	② ①以外	528点	529点(+1点)		
小児かかりつけ医診療料1	処方箋交付する場合	458点	459点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	576点	577点(+1点)		
小児かかりつけ医診療料2	処方箋交付する場合	447点	448点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	565点	566点(+1点)		

+

+

+

物質対応	外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

外来ベースアップ評価料（Ⅰ）の見直し

今回改定の概要（外来ベースアップ評価料（I））

令和8年度から賃上げを行う医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	17点	34点
再診時	4点	8点

R 8 改定
ベースアップ評価料①

初・再診料

令和8年度

R 8 改定
ベースアップ評価料②
(①の2倍)

初・再診料

令和9年度

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	令和9年度
初診時	23点(6+17点)	40点(6+34点)
再診時	6点(2+4点)	10点(2+8点)

R 8 改定
ベースアップ評価料①

R6改定
ベースアップ評価料
相当分

初・再診料

令和8年度

R 8 改定
ベースアップ評価料②
(①の2倍)

R6改定
ベースアップ評価料
相当分

初・再診料

令和9年度

(参考) R6 改定の外来
ベースアップ評価料 (I)

初診時	6点
再診時	2点

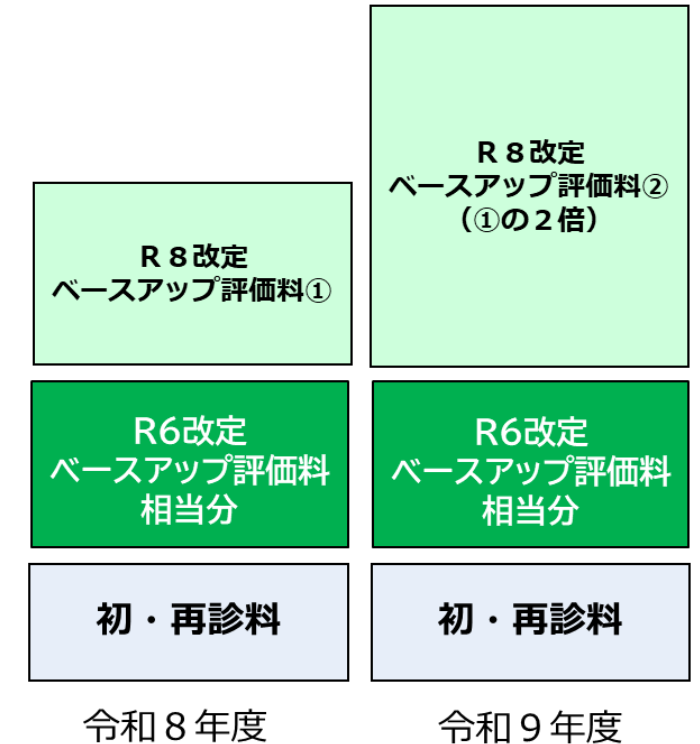
継続的に賃上げを実施する保険医療機関とは？

- ① 令和7年度以前からベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
あるいは、
- ② ①に該当せず、令和8年度にはじめてベースアップ評価料の届出を行う保険医療機関であっても、ベースアップ評価料を算定する月の対象職員の基本給等を合計し、その額を令和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年度から届け出る場合であれば、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であればよい

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	令和9年度
初診時	23点(6+17)	40点(6+34)
再診時	6点(2+4)	10点(2+8)



外来ベースアップ評価料（I）に関する主な変更点①

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



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

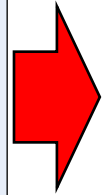
【対象となる職員】

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

外来ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する主な変更点②（手続き）

現行
<p>【届出時の提出書類】</p> <p>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</p>
<p>【実績等の報告】</p> <p>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</p>
<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p>(新設)</p>

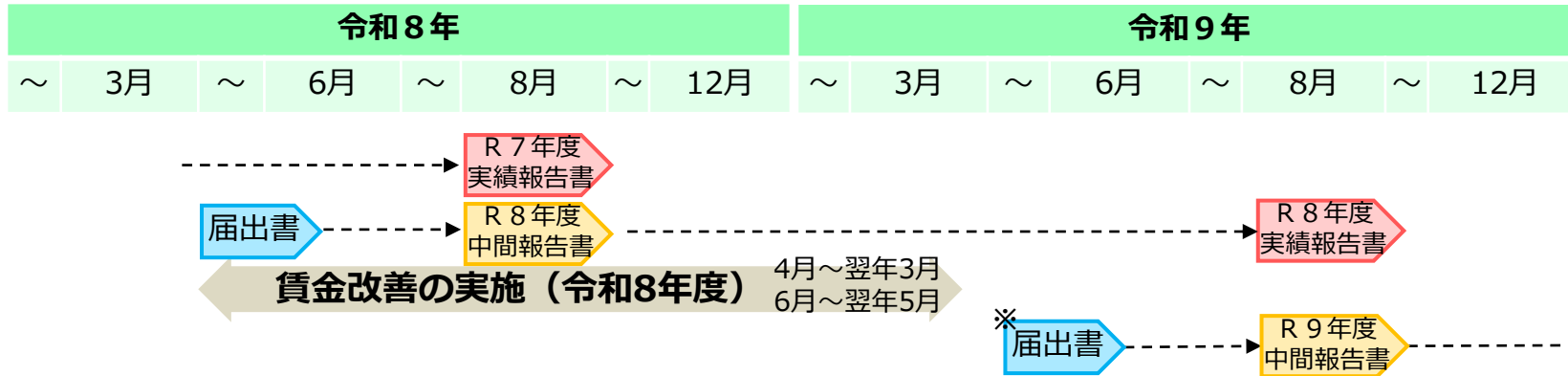


改定後
<p>【届出時の提出書類】</p> <p>各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ (賃金改善計画書は作成不要)</p>
<p>【実績等の報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎年8月に、<u>当該年度における賃金改善の状況</u>を評価するために「<u>賃金改善中間報告書</u>」を作成し、地方厚生(支)局長に報告 算定した年度の翌年の8月に、<u>前年度における賃金改善の取組状況</u>を評価するために「<u>賃金改善実績報告書</u>」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p><u>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</u>においては、<u>法人内の複数保険医療機関を通算</u>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</p>

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	中間報告書	報告書
<ul style="list-style-type: none"> ○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※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</p>

- 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。

外来ベースアップ評価料（I）届出様式の見直しについて

8 年 5 月 11 日

開設者名：

日医 太郎

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード 1234567
保険医療機関名 日医クリニック

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

3.0 人

※ 対象職員とは、**自保険医療機関に勤務する職員**をいう。

（ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。）

※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

※ 0より大きい数であればよい。

外来・在宅ベースアップ評価料（I） の届出には「様式95」を使用します。

40歳以上の医師、歯科医師、業務委託により勤務する者を除いた職員数を常勤換算で入力します。

例：常勤1名、パート4名の職員
（パート4名は全員が半日勤務の場合）

$$\text{常勤1名} + (\text{非常勤4名} \times 0.5) = 3\text{名}$$

賃金改善計画書の作成が不要になったため、
必要な記載事項は以上です。

残りの部分は該当する項目にチェックを入れるのみです。

ベースアップ評価料 報告様式の見直しについて

様式100

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書
・賃金改善中間報告書」

1. 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

「中間報告」と「実績報告」は共通の様式
となっており「様式100」を使用します。

令和8年6月から今回の改定後の
ベースアップ評価料の算定を開始した場合

令和8年8月の提出書類

- ①令和8年6月～7月の実績に係る
「賃金改善中間報告書」

令和9年8月の提出書類

- ①令和8年6月～令和9年5月の実績に係る
「賃金改善実績報告書」
- ②令和9年6月～7月の実績に係る
「賃金改善中間報告書」

ベースアップ評価料 詳細な情報について



▼ 本文へ ▶ お問合わせ窓口 ▶ よくある御質問 ▶ サイトマップ ▶ 国民参加の場

Google カスタム検索

検索

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

↑ ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > ベースアップ評価料等について

ベースアップ評価料等について

【重要】

○本ページは **令和6年度診療報酬改定** におけるベースアップ評価料に関する情報です。

○令和8年6月1日より施行される令和8年度診療報酬改定のベースアップ評価料についての詳しい情報については、追って公開予定です。

※令和8年度診療報酬改定に関する情報は [こちら](#) でお知らせしています。
(ベースアップ評価料に関する改正点や関連通知も掲載しています。)

ベースアップ評価料に関しては、厚生労働省HPに特設ページが設けられておりますが、この資料の作成時点においては、令和6年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料に関する情報が掲載されております。

詳しい情報は追って公開予定とされております。

医療DX推進体制整備加算等の見直し
(電子的診療情報連携体制整備加算の新設)

医療DX推進体制整備加算等の見直し(今回改定のイメージ)

(廃止)
医療DX推進体制整備加算
 (医療DXに対応する体制を評価)

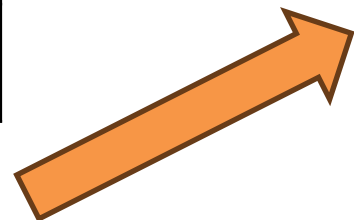
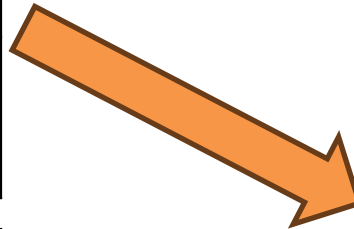
マイナ保険証の利用率、電子処方箋の導入に応じて、初診料に加算
 8~12点(月1回)

(廃止)
医療情報取得加算
 (オンライン資格確認を導入している医療機関において診療情報を活用する体制を評価)

初診:1点(月1回)
 再診:1点(3か月に1回)

明細書発行体制等加算

1点(再診料に加算)
 ※廃止はされないが、電子的診療情報連携体制整備加算の届出医療機関は算定不可



(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算		
〔初診料〕(月1回)	加算1	15点
	加算2	9点
	加算3	4点
〔再診料・外来診療料〕 (月1回)		2点

電子的診療情報連携体制整備加算(施設基準)

施設基準

		初診料			再診料 (2点)
		加算1 (15点)	加算2 (9点)	加算3 (4点)	
(1)	オンライン請求	○	○	○	○
(2)	明細書発行	○	○	○	○
(3)	オンライン資格確認	○	○	○	○
(4)	オンライン資格確認で取得した診療情報を閲覧・活用する体制	○	○	○	○
(5)	マイナ保険証利用率 (30%以上)	○	○	○	○
(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	○	○	○	○
(7)	DX推進体制等の院内掲示及びウェブサイトへの掲載	○	○	○	○
(8)	電子処方箋	○	(8)から(10)のいずれか1つ		
(9)	電子カルテ	○			
(10)	診療情報の共有	○			

電子的診療情報連携体制整備加算の新設

電子的診療情報連携体制整備加算の新設

[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

機能強化加算の見直し

機能強化加算の見直しについて

〔点数に変更なし〕

○現行と同様 80点

○新設項目

〔外来医師過多区域に関する対応〕

○改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係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**とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算の対象としない。

〔データ提出加算の届出が望ましい旨の追加〕

○以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ① 再診料の外来データ提出加算 | ⑤ 在宅時医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ② 地域包括診療料の外来データ提出加算 | ⑥ 施設入居時等医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ③ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の充実管理加算 | ⑦ 在宅がん医療総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ④ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の充実管理加算 | |

〔BCPの策定〕

○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。

※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、**令和9年5月31日までの間**に限りBCPの策定については**該当するものとみなす。**

機能強化加算について

初診料・小児かかりつけ診療料(初診時) 機能強化加算 80点

【算定要件】

- 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。

【施設基準】(下線部新設)

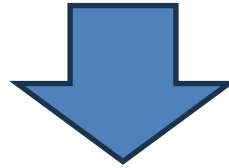
- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
 - オ 施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- 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。

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(今回改定の経緯)

令和7年6月13日 閣議決定【骨太の方針2025】

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。



令和7年12月12日公布 医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号)の概要(令和8年4月施行)

【外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保】

- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

外来医師過多区域に関する対応(今回改定について)

<基本的な考え方>

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係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は、機能強化加算や地域包括診療加算等の算定等を不可とする

<具体的な内容>

以下の算定・届出を不可とする

- 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

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等
の見直し

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ①)

地域包括診療加算
認知症地域包括診療加算

改定前

改定後

認知症地域包括診療加算	
認知症 地域包括診療加算1	38点
認知症 地域包括診療加算2	31点

地域包括診療加算1	
(1) 認知症を有する患者等の場合	38点
(2) その他の慢性疾患等を有する場合	28点

地域包括診療加算	
地域包括診療加算1	28点
地域包括診療加算2	21点

地域包括診療加算2	
(1) 認知症を有する患者等の場合	31点
(2) その他の慢性疾患等を有する場合	21点

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ②)

地域包括診療料
認知症地域包括診療料

改定前

改定後

認知症地域包括診療料	
認知症 地域包括診療料1	1,681点
認知症 地域包括診療料2	1,613点

地域包括診療料1	
イ 認知症を有する患者等の場合	1,682点
ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,661点

地域包括診療料	
地域包括診療料1	1,660点
地域包括診療料2	1,600点

地域包括診療料2	
イ 認知症を有する患者等の場合	1,614点
ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,601点

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ①)

※地域包括診療料及び認知症地域包括診療料についても同様

改定前

認知症地域包括診療加算

(①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない



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

(①～③のすべてを満たす者)

- ① 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
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない

改定前

地域包括診療加算

- 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後

地域包括診療加算

(2) その他の慢性疾患等を有する場合

- 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、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

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大①)

対象患者拡大の例

高血圧症を有する要支援の患者さんの場合

改定前

地域包括診療加算(28点/21点)

- × 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者

改定前

認知症地域包括診療加算(38点/31点)
(①～③のすべてを満たす者)

- × ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後

地域包括診療加算
(2) その他の慢性疾患等を有する場合(28点/21点)

- × ● 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、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

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/31点)
(①～③のすべてを満たす者)

- ① 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
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない



地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(その他)

① 連携薬局要件の緩和

院外処方を行う場合は、24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している必要があるが、当該医療機関の特性に応じて、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張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保険医療機関であれば、連携薬局については、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

② 望ましい要件の追加

地域包括診療加算・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が明記された

③ 薬剤適正使用連携加算(3月に1回 30点)の対象患者拡大

地域包括診療料・加算等の算定患者が入院、あるいは介護老人保健施設に入所した場合に、入院・入所先と連携し、薬剤の種類数が減少した場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」について、他の保険医療機関の外来を継続的に受診している患者についても算定可能とする

④ データ提出加算(月1回 10点)の新設

地域包括診療加算及び地域包括診療料について、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が新設された

⑤ 残薬対策の追加

- ・ 診療の際、患家における残薬を確認した上で、状況に応じて、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

⑥ 医療資源の少ない地域における医師配置要件の緩和

医療資源の少ない地域においては、常勤換算2名以上の医師配置要件を、1.4人以上に緩和する

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

点数と名称の見直し

- 患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や、病院勤務医の負担軽減に繋がる取組を更に推進するため、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

時間外対応体制加算の施設基準(抜粋)

施設基準の変更はなし

(1)時間外対応体制加算1の施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の**常勤**の医師、看護職員又は事務職員等により、**常時対応**できる体制がとられていること。

(2)時間外対応体制加算2の施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の**非常勤**の医師、看護職員又は事務職員等が、**常時、電話等により対応**できる体制がとられていること。

(3)時間外対応体制加算3の施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**標榜時間外の夜間の数時間**は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。

(4)時間外対応体制加算4の施設基準

診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による**連携により対応**する体制がとられていること。(当番日については、**標榜時間外の夜間の数時間**は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。)

生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し

生活習慣病関連の評価の見直し①

生活習慣病関連の評価

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
生活習慣病管理料(Ⅰ) ・脂質異常症 ・高血圧症 ・糖尿病 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	610点 660点 760点 — —	610点 660点 760点 60点 60点	原則として、必要な血液検査等を少なくとも 6か月に1回行う
生活習慣病管理料(Ⅱ) 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	333点 — —	333点 60点 60点	生活習慣病とは関係のない管理料等は、 (Ⅱ)の包括範囲から除外する (悪性腫瘍特異物質治療管理料、地域連携夜間・休 日診療料、傷病手当金意見書交付料等)

その他、生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)に共通する見直し

- ✓ 療養計画書への患者署名を不要にする
- ✓ 糖尿病を主病とする患者について、糖尿病の薬剤以外の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

生活習慣病関連の評価の見直し②

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

※下線部は今回追加されたもの

区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料、
区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、
区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、
区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、
区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料、
区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、
区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、
区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、
区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料、
区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、
区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、
区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、
区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、
区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、
区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、
区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、
区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、
区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、

区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、
区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、
区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、
区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、
区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、
区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、
区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、
区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、
区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、
区分番号B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、
区分番号B006に掲げる救急救命管理料、
区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、
区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、
区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、
区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、
区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、
区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料、
区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料及び
区分番号B013に掲げる療養費同意書交付料

生活習慣病関連の評価の見直し③

眼科医療機関連携強化加算／歯科医療機関連携強化加算の新設

- 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

[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は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

（新）歯科医療機関連携強化加算 60点

[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は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

生活習慣病関連の評価の見直し④

在宅自己注射指導管理料の見直し

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

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。



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

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(インスリン製剤等)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。

糖尿病の患者であっても、インスリン製剤など糖尿病の薬剤(※)以外の薬剤であれば、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

※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

生活習慣病関連の評価の見直し⑤

外来データ提出加算の見直し

※現行の外来データ提出加算について、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

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

外来データ提出加算 50点



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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

特定疾患療養管理料の評価の見直し

特定疾患療養管理料

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
特定疾患療養管理料 診療所 病院(100床未満) 病院(100床以上200床未満)	225点 147点 87点	225点 147点 87点	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(NSAIDs)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

外来データ提出加算の見直し

生活習慣病管理料に係る外来データ提出加算の見直し

※現行の外来データ提出加算について、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

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

外来データ提出加算 50点



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

<施設基準>

加算1	・十分な実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算2	・相当の実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算3	・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備

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)

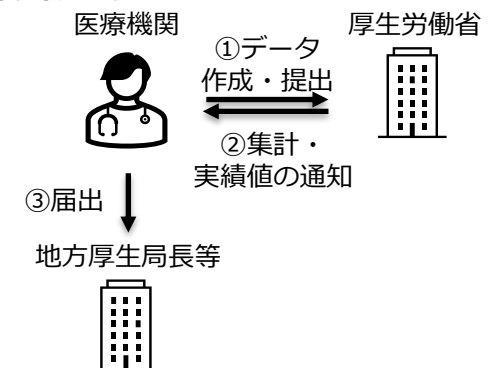
- 令和8年3月31日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算1の実績値に係る要件を満たすものとする。

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)

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

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

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

	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

← 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)

※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)

	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

← 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)

※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)。

地域包括診療加算等に係る外来データ提出加算について

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8年12月 ～令和9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。

処方箋関係の見直し

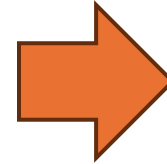
処方箋料の見直し

〔処方箋料の見直し項目〕

○一般名処方加算が減点

○処方箋料について

項目	改定前
処方箋料	
内服薬6種類以内	60点
内服薬7種類以上等	32点
向精神薬の多剤投与	20点
一般名処方加算1	10点
一般名処方加算2	8点



改定後	見直しの概要
60点	<ul style="list-style-type: none"> ・一般名処方加算の見直し ・バイオ医薬品の一般名処方を行う場合も一般名処方加算の対象とする
32点	
20点	
8点	
6点	

○上記見直しは令和8年度診療報酬改定率決定時の予算大臣折衝における大臣合意によるもの

※5 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%

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について①

〔院内掲示が求められる項目について〕

○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について、

院内掲示が求められる項目は以下の項目が追加となった。

- 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

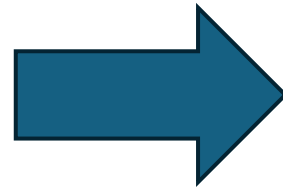
(※ 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)については、令和6年度改定で実施済み)

改定前

地域包括診療加算・診療料

※認知症地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)



改定後(赤線部分が追加)

地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

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

※認知症地域包括診療加算・診療料は
地域包括診療加算・診療料へ統合

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について②

○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の院内掲示の例

日本医師会メンバーズルームに掲載

(https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/03-2innaikeiji_nitii.pptx)

投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・28日以上長期処方を行うこと
- ・リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【参考】保険医療機関及び保険医療養担当規則(厚生労働省令)

第20条第2号 投薬

ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

処方箋様式の見直し

〔処方箋様式見直し項目①〕

①リフィル処方箋の定義を記載

※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

〔処方箋様式見直し項目②〕

②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。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

- 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に情報提供

〔薬局における減量についての補足〕

- 医師が残薬対応について処方箋にチェックした場合に薬局で減量できるのは、内服であれば日数、外用薬であれば量や枚数を減らすのみ。
- 1回あたりの数量、1日あたりの回数は減らせない。
- 医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号 (扶番)	
氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日	男・女	電話番号	
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が適し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方し、場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。	
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)	※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	
備考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供		
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)	□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)		
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称	◎	公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とする。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和54年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

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、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、外来後発医薬品使用体制加算を廃止**する。

廃止

改定前	
外来後発医薬品使用体制加算1	8点
外来後発医薬品使用体制加算2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	5点



新点数

改定後	
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



地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設（主な施設基準）

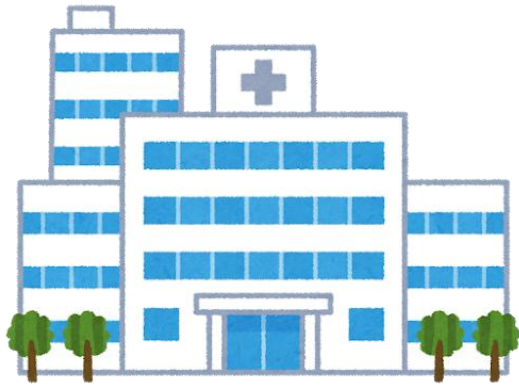
【主な施設基準】

- 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。

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設
および
連携強化診療情報提供料の見直し

大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関の連携

イメージ



【連携を評価】

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。**

【大病院の改定】

- ① 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。**
- ② 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初診料及び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。

【診療所／中小病院の改定】

診療所又は許可病床数が200床未満の病院が、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



特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

診療所(または200床未満の病院)

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点 (初診料の加算)

[算定要件]

診療所又は許可病床数が200床未満である病院において、

- ・ 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。)
- ・ 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を評価



連携強化診療情報提供料の見直し

連携強化診療情報提供料 150点（点数に変更なし）

1. 算定対象医療機関の見直し

⇒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を対象とし、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。

⇒紹介元や紹介先に求められていた以下の施設基準に係る届出は不要とする

- ・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
- ・在宅時医学総合管理料/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。）

2. 複数主治医制の評価

⇒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ことについて、医療機関との間で合意を行い、当該合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合においても算定可能とする。

3. 算定可能回数

⇒患者1人につき3月に1回と見直す。

健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化

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①

- 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②

◆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③

◆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	

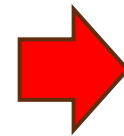
療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料の見直し

〔療養・就労両立支援指導料の見直し項目〕

○療養・就労両立支援指導料

項目	改定前
1 初回	800点
2 2回目以降	400点
※相談支援加算	50点
<情報通信機器を用いて行った場合>	
1 初回	696点
2 2回目以降	348点



改定後	見直し項目
850点	○全ての項目で点数が 増点
500点	
400点	○算定要件の 緩和 (対象疾患の定めを廃止)
740点	○算定可能期間の 延長 (3月→6月へ)
435点	

〔算定要件等〕

- ① 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。
- ② **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。
- ③ 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**6月を限度に見直す**。

(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



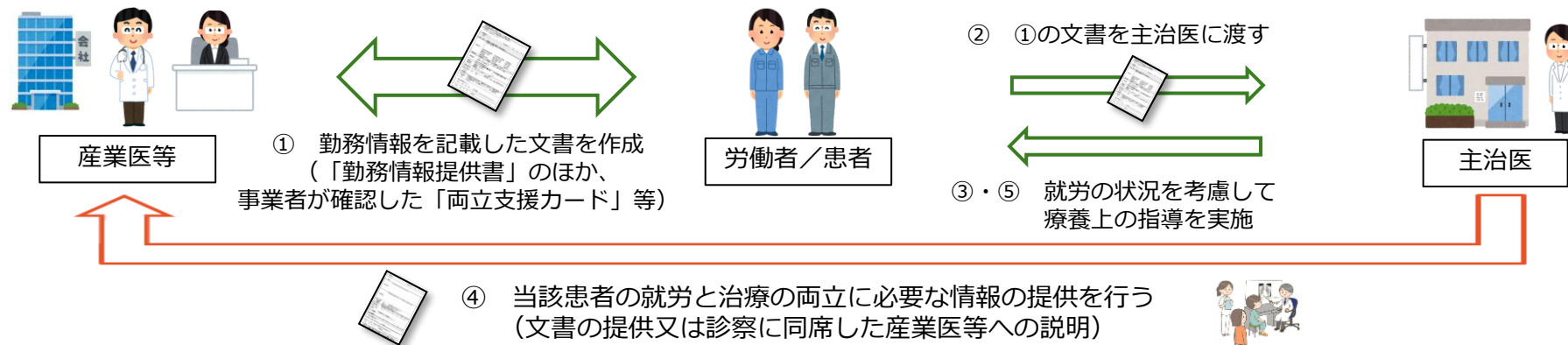
- 療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。）の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等（注）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するもの。

（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。出所：厚生労働省 令和8年度診療報酬改定説明資料

オンライン診療の施設基準の見直し

オンライン診療の施設基準の見直し

【情報通信機器を用いた診療】(下線部新設)

[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を行わないこと

(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。

遠隔電子処方箋活用加算の新設

遠隔電子処方箋活用加算の新設

〔遠隔電子処方箋活用加算の新設〕

○電子処方箋を発行する場合について、新たな評価が新設。

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。

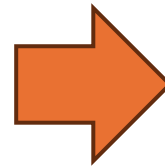
遠隔連携診療料の評価の拡大

遠隔連携診療料の評価の拡大①

〔遠隔連携診療料見直し項目①〕

○増点及び項目の細分化

改定前項目	点数
【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



改定後項目	点数
【遠隔連携診療料】	
<u>1 外来診療の場合</u>	<u>900点</u>
<u>2 訪問診療の場合</u>	<u>900点</u>
<u>3 入院診療の場合</u>	<u>900点</u>

○改定後各項目の対象患者(※対象疾患は次ページ) いずれも3月に1回算定可能

<u>1 外来診療の場合</u>	・対面診療を行っている入院中の患者以外の患者
<u>2 訪問診療の場合</u>	・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
<u>3 入院診療の場合</u>	・入院中の患者

遠隔連携診療料の評価の拡大②

〔遠隔連携診療料見直し項目②〕

○改定後の対象患者、遠隔診療を行う保険医療機関

	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。

在宅医療

在宅医療における物賃対応

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等	
在宅患者訪問診療料(Ⅰ)					+2点	
1 在宅患者訪問診療料1						
イ 同一建物居住者等以外の場合		888点	890点	890点		
□ 同一建物居住者の場合		213点	215点	215点		
2 在宅患者訪問診療料2						
イ 同一建物居住者等以外の場合		884点	886点	886点		
□ 同一建物居住者の場合		187点	189点	189点		
		+	+	+		
物賃 対応	外来・在宅物価対応料〔訪問診療時〕(新設)		-	3点	6点	令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(Ⅰ)	令和7年度以前から 算定している医療機関の場合				令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
		イ 同一建物居住者等以外の場合 □ イ以外の場合	28点 7点	107点 26点	186点 45点	
	令和8年度より 算定する医療機関の場合				令和9年度は 令和8年度の2倍の評価	
	イ 同一建物居住者等以外の場合 □ イ以外の場合	- -	79点 19点	158点 38点		

※在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料についても同様

在宅医療DX情報活用加算

改定後

- **在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象**

在宅医療DX情報活用加算 1 **11点**

在宅医療DX情報活用加算 2 **9点**

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

1 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取及及び活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 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。
- (6) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - ア 医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること。
 - イ マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
- (7) (6)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

2 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準

- 1の(4)（電子処方箋を発行する体制を有していること。）以外の基準を満たすこと。

3 経過措置

1の(5)（電子カルテ情報共有サービス）については当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

(参考)

現行の在支診の施設基準

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し①

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 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 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 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 ※連携型の機能強化型在宅療養支援診療所は、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していればよい		
機能強化型 在支診・在支病の基準	在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	
	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いずれか4件以上	過去1年間の看取りの実績 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いずれか2件以上	
	地域において24時間体制での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		
	各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。		

【機能強化型在支診である場合に評価される点数】

- ・往診料の注1加算(緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算)、在宅ターミナルケア加算
- ・在宅患者訪問診療料の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 ・在宅がん医療総合診療料

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し②

【背景】

- 前回改定の検証調査において、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の1週間当たりの連絡体制及び往診体制を取っている時間を確認したところ、常時の場合と、極めて短い場合に分かれていることが示された。
- そこで、24時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点から、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、地域の24時間往診体制への貢献の度合いに応じて、よりきめ細かく評価することとされた。



【改定の概要】

現行の連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、普段から訪問診療を行っている医師(※)による**24時間の往診体制を月4回以上確保**していない診療所は、以下の点数について、機能強化型在支診の点数ではなく、通常の在支診の点数を算定することとなった。

※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。

【見直しの対象となる点数】

- 往診料の注1の加算(緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算)
- 往診料の在宅ターミナルケア加算
- 在宅患者訪問診療料の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
- 在宅がん医療総合診療料

算定のイメージ

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、
普段から訪問診療を行っている医師による
24時間の往診体制を月4回以上確保していない診療所

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

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

【背景】

- NDBデータによると、月2回以上訪問診療を実施している65歳以上の患者のうち、要介護3以上の患者など、特別な管理を要する患者さんに対する訪問診療を評価する「包括的支援加算」の算定患者割合を医療機関ごとに見ると、50%以上の医療機関が69%程度存在した一方で、10%以下の医療機関も13%程度みられた。一方で、患者の居住場所により、居宅及び施設に分類したところ、傾向に大きな差は見られなかった。
- そこで、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・施設入居時等医学総合管理料の評価について、患者さんの状態等を勘案した評価を行うこととされた。



【改定の概要】

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、以下のいずれかの要件を満たすこと。

(以下の基準を満たさない場合、「月1回訪問診療を行っている場合」の点数を算定する)

[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。

- ① 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。
- ② 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。
 - 「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月2回以上の訪問診療を行う患者数の2割以上であること。

(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 I₂ 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

算定のイメージ

月2回区分における重症患者割合要件の新設

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

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

その他の在宅医療の主な見直し 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。
- **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。

その他の在宅医療の主な見直し ②

- **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。

等

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	改定後																																								
<p>【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</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>400点</td></tr> <tr><td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>200点</td></tr> <tr><td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>100点</td></tr> <tr><td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>85点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>75点</td></tr> </table> <p>【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</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>300点</td></tr> <tr><td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>150点</td></tr> <tr><td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>75点</td></tr> <tr><td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>63点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>56点</td></tr> </table> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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。</p>	(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	(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	<p>【在宅時医学総合管理料】 在宅医療充実体制加算</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>800点</td></tr> <tr><td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>400点</td></tr> <tr><td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>200点</td></tr> <tr><td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>170点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>150点</td></tr> </table> <p>【施設入居時等医学総合管理料】 在宅医療充実体制加算</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</td><td>600点</td></tr> <tr><td>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</td><td>300点</td></tr> <tr><td>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</td><td>150点</td></tr> <tr><td>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</td><td>126点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>112点</td></tr> </table> <p>【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</p> <p>【ターミナルケア加算】 在宅医療充実体制加算 2,000点</p> <p>【在宅がん医療総合診療料】 在宅医療充実体制加算 300点</p> <p>【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。</p>	(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	(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
(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																																								
(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																																								
(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																																								
(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																																								

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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を30件以上有すること。 ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)



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)

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

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

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(新設)



改定後

【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

【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。



改定後

【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つて、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
<p>【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)</p>	<p>【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。</p>

(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、理由等がやむを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

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	① 24時間の連絡応需体制 ② 24時間の往診体制 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 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			③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備		
	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			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 <small>※ 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</small> 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		
機能強化型 在支診・在支 病に追加で求 める基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 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		① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 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	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 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	
	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	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		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	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	
	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			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		
	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			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		

※ 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
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）

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

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

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

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

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。

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。

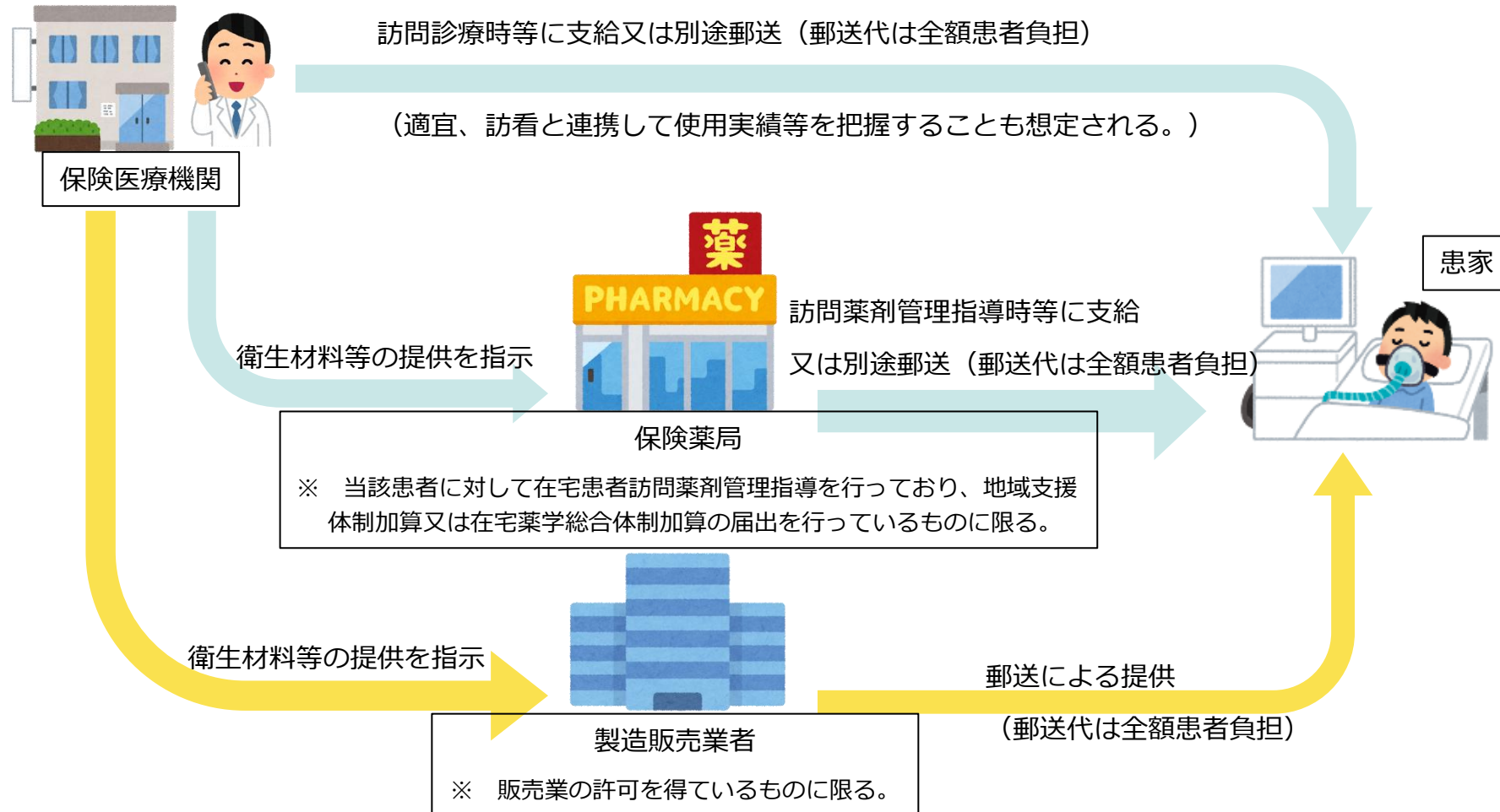
在宅療養指導管理材料加算の一覧

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

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

1月超～



(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】)

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】)

入院料について

入院料における物賃対応について

入院における 物価上昇への対応

大臣折衝※2
・令和8年度以降の物価上昇への対応として特別な項目を設定
・令和9年度は、令和8年度の2倍の評価

物価上昇への支援（補正予算）

入院料

令和6年度以降の
経営環境の悪化
への対応分

+ ●点

物価上昇に関する評価
【※2】

+

【※4のうち入院分】

入院料

物価上昇に関する評価
【※2】

+

【※4のうち入院分】

入院料

●点の2倍

入院料 + ■点

大臣折衝※4
令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえ
た緊急対応分を入院料に上乗せ

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円(※)

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあつては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあつては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。
5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

1床 あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

<医科無床診療所・歯科診療所>

1施設 あたり	支援額	
	医科無床 診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

<保険薬局>

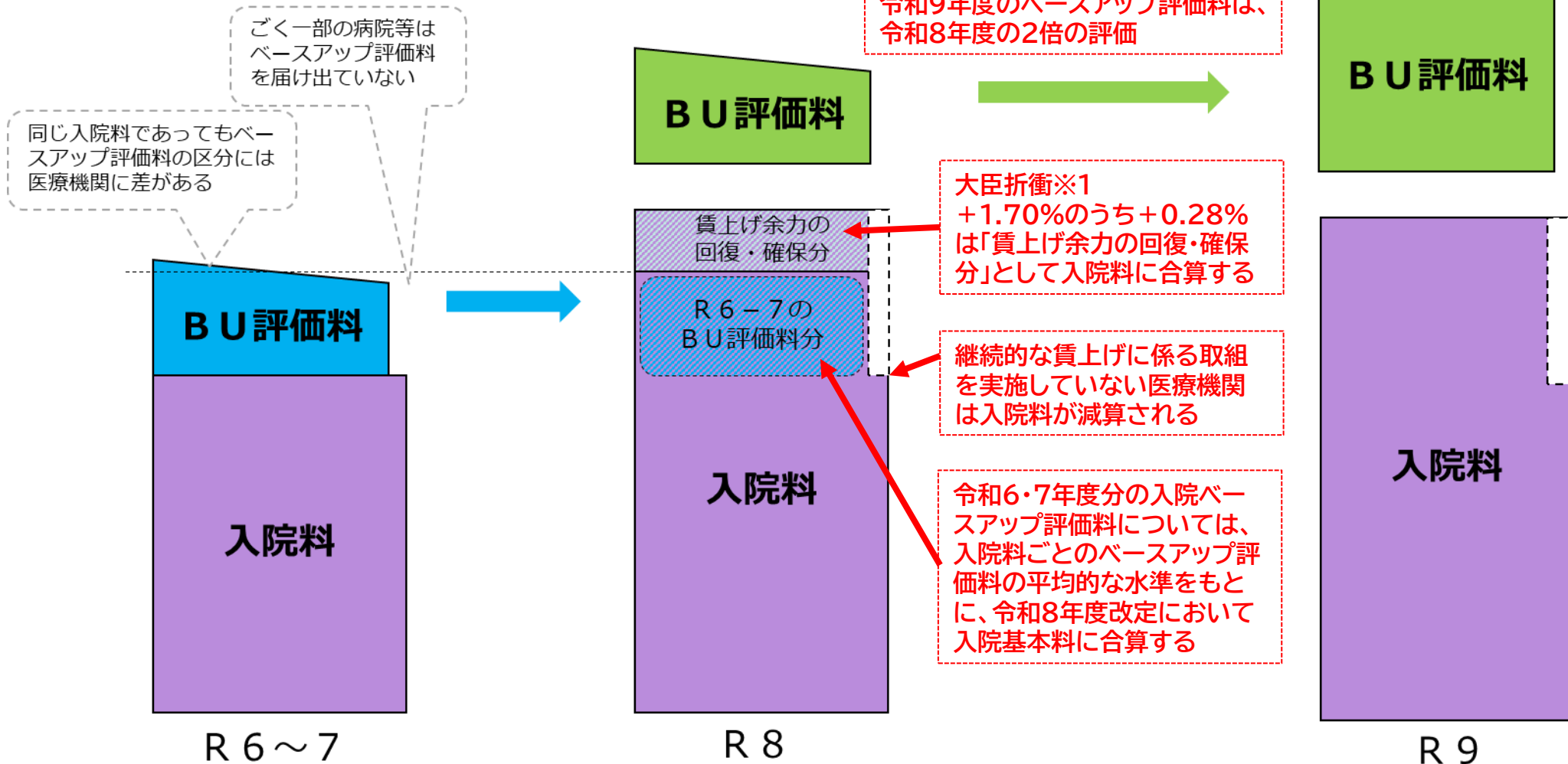
1施設 あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	~5店舗	6~19店舗	20店舗~
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

<訪問看護ST>

1施設 あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

入院における 賃上げのための対応

(入院料・入院ベースアップ評価料に関する対応)



入院料の見直し(物賃対応)

急性期一般入院料

	入院料本体	
	改定前	改定後
急性期一般入院料1	1,688点	1,874点(1,753点)
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点(1,694点)
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点(1,619点)
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点(1,512点)
急性期一般入院料4 (看護・多職種協働加算)	----	1,874点(1,753点)
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点(1,490点)
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点(1,438点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6~	R9.6~
58点	116点
45点	90点
45点	90点
45点	90点
58点	116点
36点	72点
34点	68点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

急性期1 急性期4(看護・多職種協働加算)	▲ 121点
急性期2~6	▲ 85点

入院料の見直し(物賃対応)

地域一般入院料

	入院料本体	
	改定前	改定後
地域一般入院料1	1,176点	1,290点(1,225点)
地域一般入院料2	1,170点	1,282点(1,217点)
地域一般入院料3	1,003点	1,097点(1,032点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6~	R9.6~
32点	64点
32点	64点
23点	46点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

地域一般入院料1~3	▲ 65点
------------	-------

有床診療所入院基本料		入院料本体	
		改定前	改定後
有床診療所入院基本料1	14日以内	932点	1,027点(932点)
	15日以上30日以内	724点	819点(724点)
	31日以上	615点	710点(615点)
有床診療所入院基本料2	14日以内	835点	930点(835点)
	15日以上30日以内	627点	722点(627点)
	31日以上	566点	661点(566点)
有床診療所入院基本料3	14日以内	616点	711点(616点)
	15日以上30日以内	578点	673点(578点)
	31日以上	544点	639点(544点)
有床診療所入院基本料4	14日以内	838点	933点(838点)
	15日以上30日以内	652点	747点(652点)
	31日以上	552点	647点(552点)
有床診療所入院基本料5	14日以内	750点	845点(750点)
	15日以上30日以内	564点	659点(564点)
	31日以上	509点	604点(509点)
有床診療所入院基本料6	14日以内	553点	648点(553点)
	15日以上30日以内	519点	614点(519点)
	31日以上	490点	585点(490点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6~	R9.6~
72点	144点
56点	112点
48点	96点
65点	130点
49点	98点
44点	88点
48点	96点
45点	90点
42点	84点
65点	130点
51点	102点
43点	86点
58点	116点
44点	88点
40点	80点
43点	86点
40点	80点
38点	76点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、入院料本体から95点が減算された()内の点数を算定

※その他の入院料等についても同様 132

有床診療所 療養病床入院基本料	入院料本体	
	改定前	改定後
入院基本料A (生活療養を受ける場合)	1,073点 1,058点	1,131点(1,073点) 1,116点(1,058点)
入院基本料B (生活療養を受ける場合)	960点 944点	1,018点(960点) 1,002点(944点)
入院基本料C (生活療養を受ける場合)	841点 826点	899点(841点) 884点(826点)
入院基本料D (生活療養を受ける場合)	665点 650点	723点(665点) 708点(650点)
入院基本料E (生活療養を受ける場合)	575点 560点	633点(575点) 618点(560点)

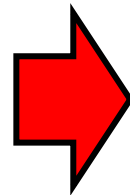


入院物価対応料(新設)	
R8.6~	R9.6~
28点	56点
25点	50点
22点	44点
17点	34点
15点	30点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、
入院料本体から58点が減算された()内の点数を算定

入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料163	163点
入院ベースアップ評価料164	164点
入院ベースアップ評価料165	165点



改定	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料165	165点
入院ベースアップ評価料166	166点
⋮	
入院ベースアップ評価料250	250点
入院ベースアップ評価料251	251点
入院ベースアップ評価料252	252点
⋮	
入院ベースアップ評価料498	498点
入院ベースアップ評価料499	499点
入院ベースアップ評価料500	500点

【改定の概要】

- ① 現在は、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料165(165点)の範囲で算定



令和8年6月からは、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料250(250点)に算定範囲が拡大
 さらに令和9年6月からは、
 ベースアップ評価料251(251点)から
 ベースアップ評価料500(500点)までの点数も算定可能

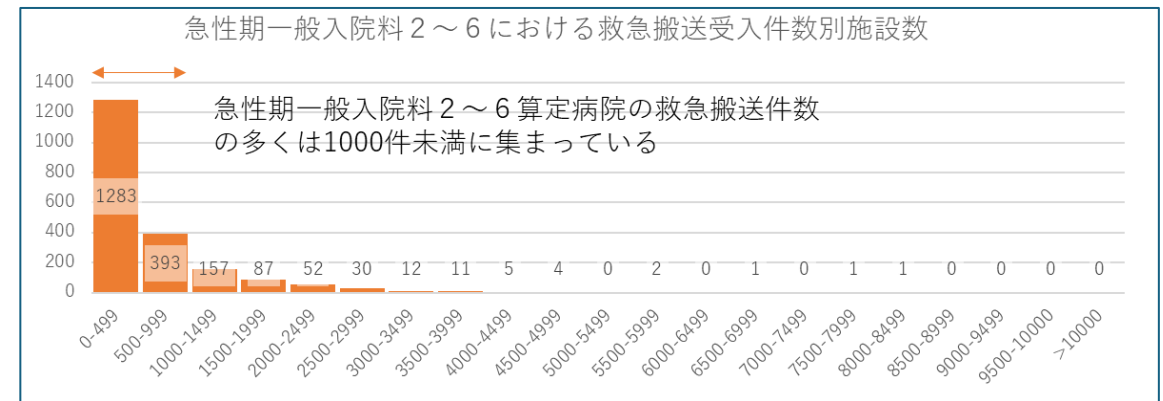
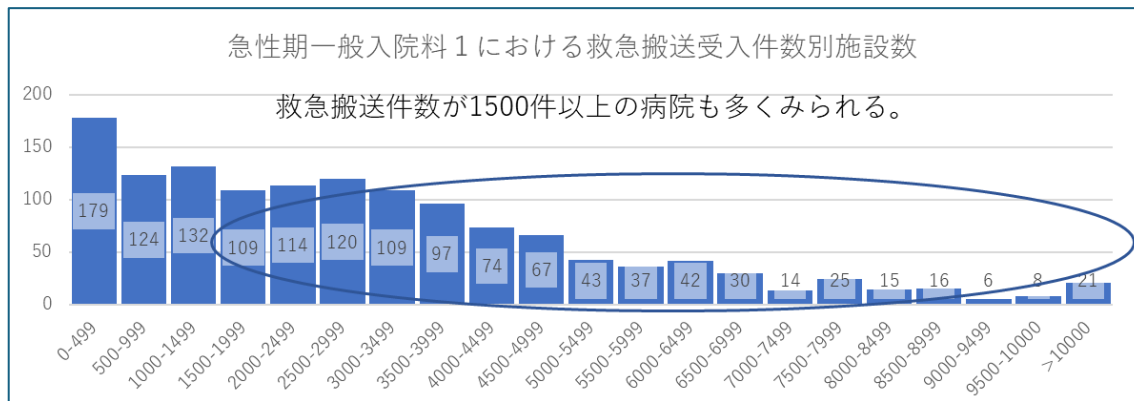
- ② また、40歳未満の勤務医師や事務職員等についても対象になる

急性期・高度急性期入院医療

急性期病院一般入院基本料の新設

考え方①

- ✓ 現在の急性期一般入院料1を算定する病院には、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々な病院があることが確認された。



- そこで、「拠点的な急性期病院」や「地域の救急・急性期機能を担う病院」について、病棟機能とともに、「病院としての機能」を踏まえた評価として、「急性期病院一般入院基本料」が新設されることになった。

- 「拠点的な急性期病院」 = 急性期病院A一般入院料
- 「地域の救急・急性期機能を担う病院」 = 急性期病院B一般入院料

- 新しい入院料が新設される一方で、現在の「急性期一般入院料1～6」も残るので、病院は、自院の状況等に応じて選択することが可能

看護・多職種協働加算の新設

考え方②

- ✓ 急性期一般入院料のうち、高齢の救急患者の多い病棟においては、多職種（薬剤師や理学療法士、管理栄養士、臨床検査技師など）の協働によりADL低下を防ぐ観点から、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みが提案された。

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 残薬確認・処方依頼・セット 薬剤の準備・ミキシング 	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） 食事介助、口腔ケア 	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 食形態や経腸栄養剤の検討 ミーラウンドや食事変更の調整 栄養指導や食事に関する相談対応 	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> 検査の準備や実施 検査に関する患者への説明 	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- ▶ **地域の急性期医療**を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、**看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働**して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- | | | | |
|---|--------------------|-------------------------|-------------|
| 1 | 看護・多職種協働加算1 | （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） | 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

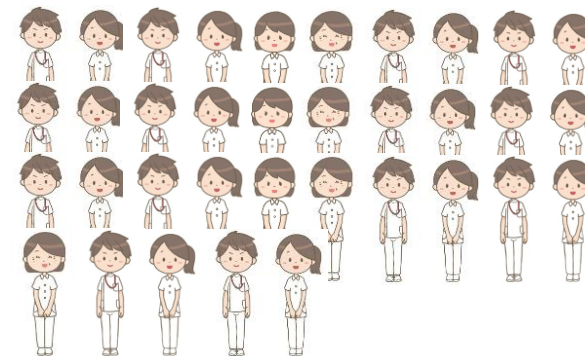
*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 24.3人 (24人)$

(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

*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。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

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

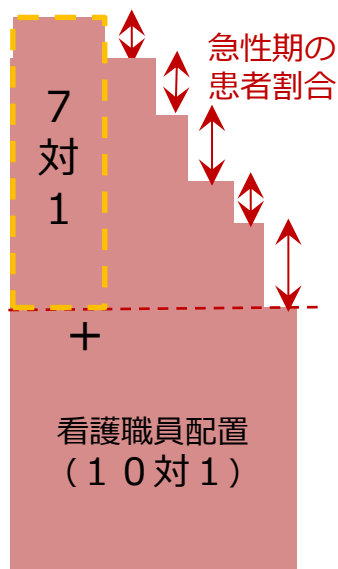
急性期における評価の見直し

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

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

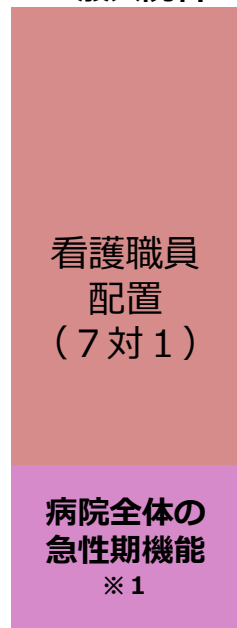
急性期一般入院料 1～6



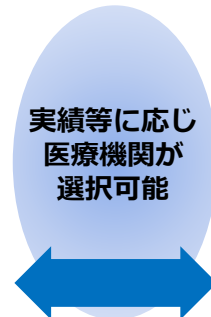
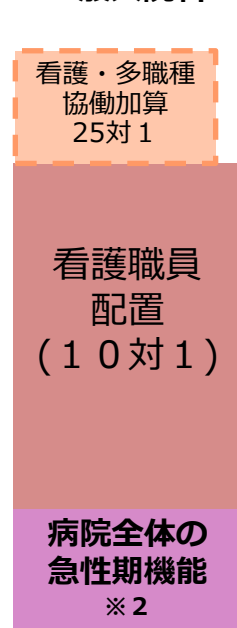
改定後

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

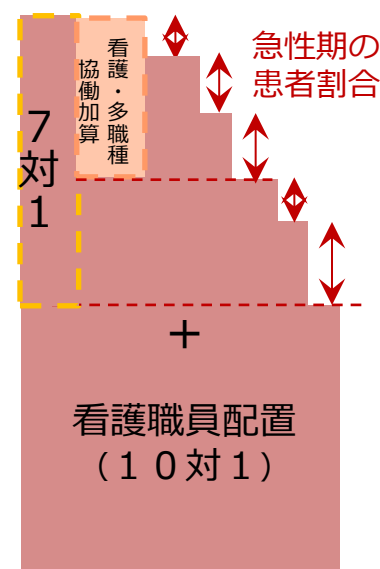
急性期病院A 一般入院料



急性期病院B 一般入院料



急性期一般入院料 1～6



※ 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の新設

主な施設基準の比較

	急性期病院A	急性期病院B
看護配置	7:1(看護師7割以上)	10:1(看護師7割以上)
平均在院日数	16日	21日
重症度、医療・看護必要度	割合①:2割7分 割合②:3割5分	割合①:2割7分 割合②:3割5分
急性期医療の実績	救急搬送件数 年2,000件以上 かつ 全身麻酔手術 年1,200件以上	以下のいずれかを満たす ①救急搬送件数 年1,500件以上 ②救急搬送件数 年 500件以上 全身麻酔手術 年 500件以上 ③所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数(年1,000件以上) ④離島の場合は所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数
DPC、 地域包括医療病棟、 地域包括ケア病棟等との関係	<ul style="list-style-type: none"> DPC対象病院であること 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の届出を行っていないこと 	<ul style="list-style-type: none"> DPC対象病院であること 地域包括医療病棟の届出を行っていないこと

急性期病院一般入院基本料等の評価

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

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

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

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

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

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

重症度、医療・看護必要度の見直し

考え方

- ✓ 現行の重症度、医療・看護必要度では、手術症例に比べて、内科系疾患は点数が得られにくいという問題点があった
- ✓ また、救急搬送による入院の多くが「手術なし症例」であったが、救急搬送受入件数が多くても、手術なし症例が多い病院では、密度の高い医学的管理を実施しているにもかかわらず、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしにくい、という問題点もあった

➤ そこで、

- ① 内科系疾病に関連したA・C項目の追加と、
- ② 救急搬送受入件数に応じた評価を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応した場合の評価が、適切に重症度、医療・看護必要度に反映されるように見直しを行うことになった

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）	なし	-	あり	-
	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経皮的心的筋焼灼術等の治療、 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⑩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		
		0点	1点	2点
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
10	口腔清潔	自立	要介助	-
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助
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

×

介助の実施	
0	1
-	-
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
-	-
-	-

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
22	別に定める検査	検査	E F - 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	E B U S - T B N A
		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	体外衝撃波胆石破碎術（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（P T E G）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波膵石破碎術（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

- 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}：

$$1 \text{ 病床あたりの救急搬送受入件数} / \text{年} \times 0.005$$

を該当患者割合に加算

割合指数

- 該当患者割合が15%であるため、割合指数^{※3}は $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$ になる。

- **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
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

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。

- **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)

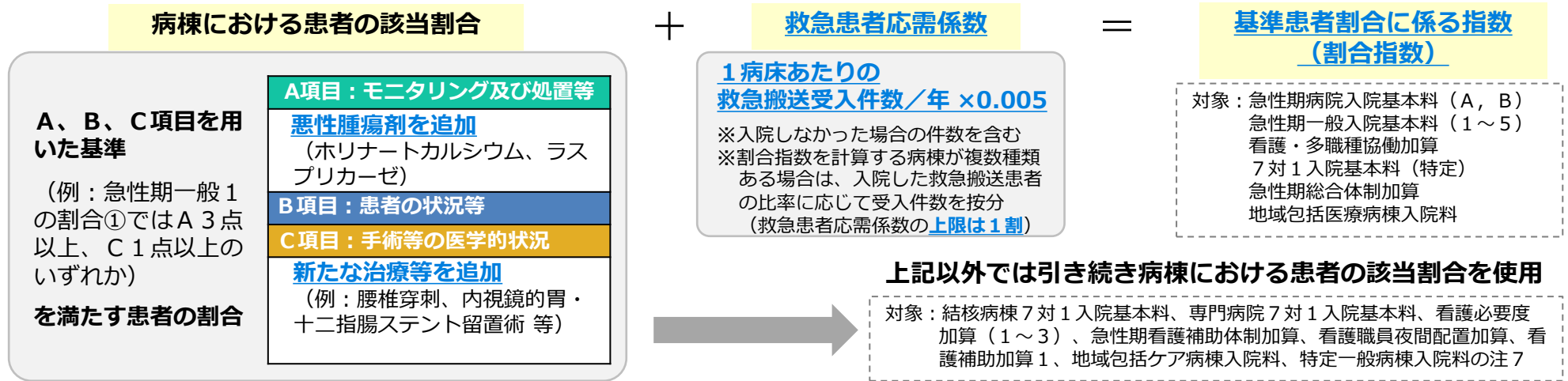
左例の場合、救急患者応需係数として $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$ が該当患者割合に加算される。

- ※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。

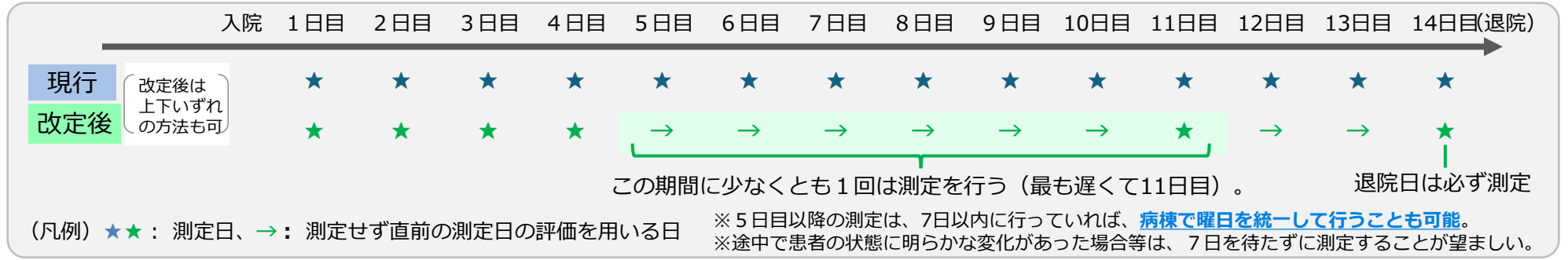
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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。



- 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。



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%



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

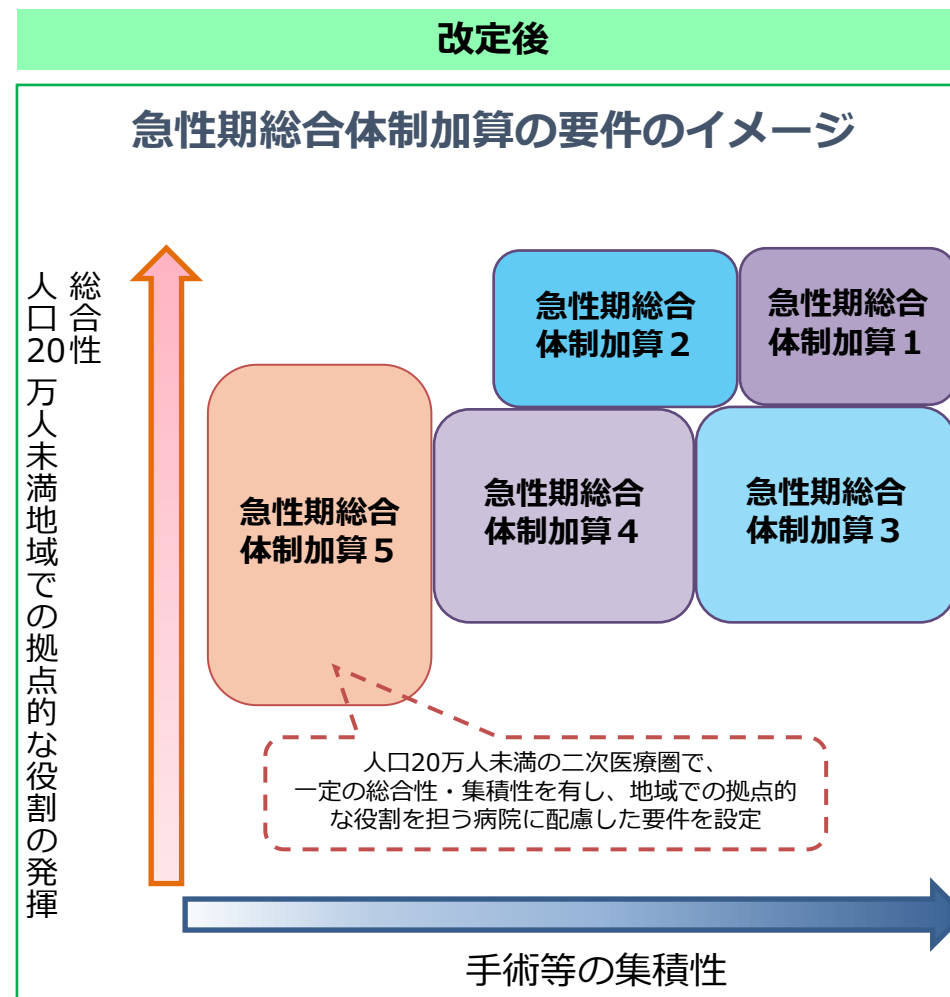
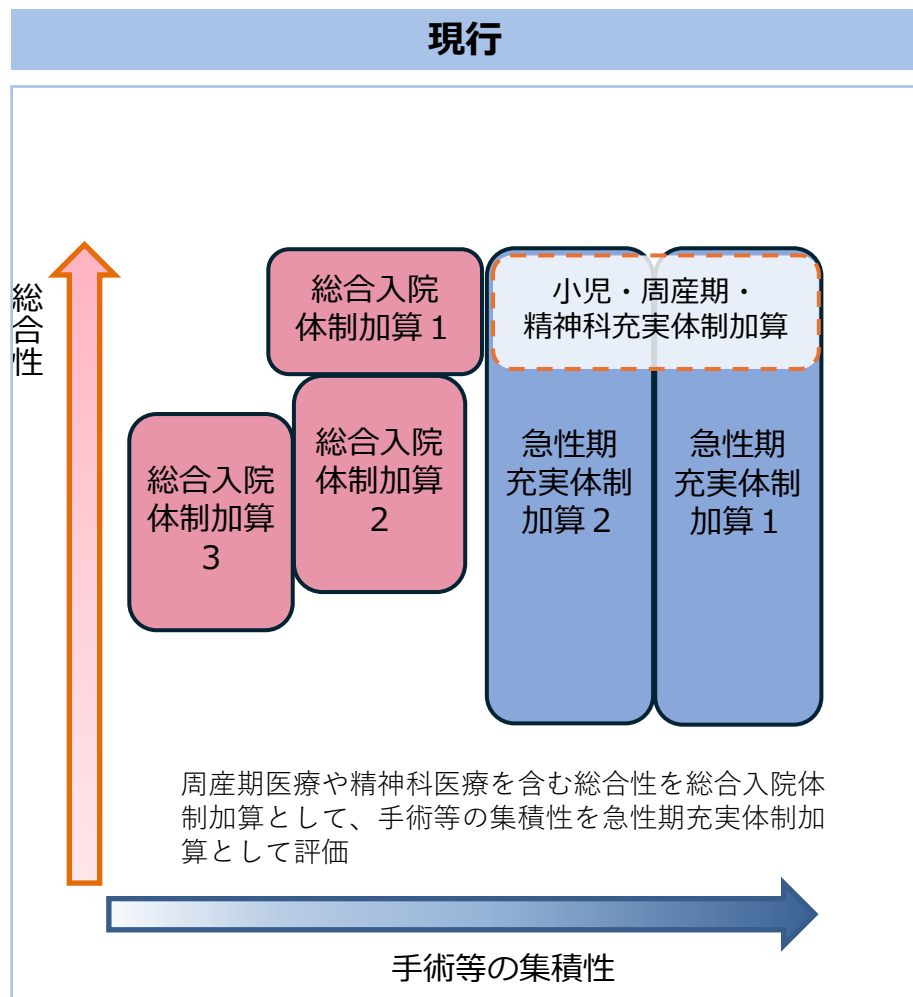
※a B項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること

※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

※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

改定後の点数

急性期総合体制加算	7日以内	8日以上 11日以内	12日以上 14日以内
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

(参考)改定前の点数

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

総合入院体制加算	14日 以内
総合入院体制加算1	260点
総合入院体制加算2	200点
総合入院体制加算3	120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		イ及びロを満たす		イ又はロを満たす
			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	下記アからク及びロのうち 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				
	・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		・外来を縮小する体制を有する		
	・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		・感染対策向上加算1の届出		
	・一般病棟における平均在院日数が14日以内		・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科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

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	二（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	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	改定後
<p>【地域医療体制確保加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療体制確保加算 (新設) 620点 <p>[施設基準]</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>(新設)</p>	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>1 地域医療体制確保加算 1</u> 620点 <u>2 地域医療体制確保加算 2</u> 720点 <p>[施設基準]</p> <p>1 地域医療体制確保加算 <u>1</u> 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 令和<u>8</u>年度においては、<u>1,635</u>時間以下 イ 令和<u>9</u>年度においては、<u>1,560</u>時間以下 <p><u>2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>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。</u> ・<u>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。</u> <ul style="list-style-type: none"> ア <u>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。</u> イ <u>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。</u> ウ <u>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。</u> ・<u>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。</u> <ul style="list-style-type: none"> ア <u>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。</u> イ <u>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。</u>

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、宿日直勤務後の休憩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。

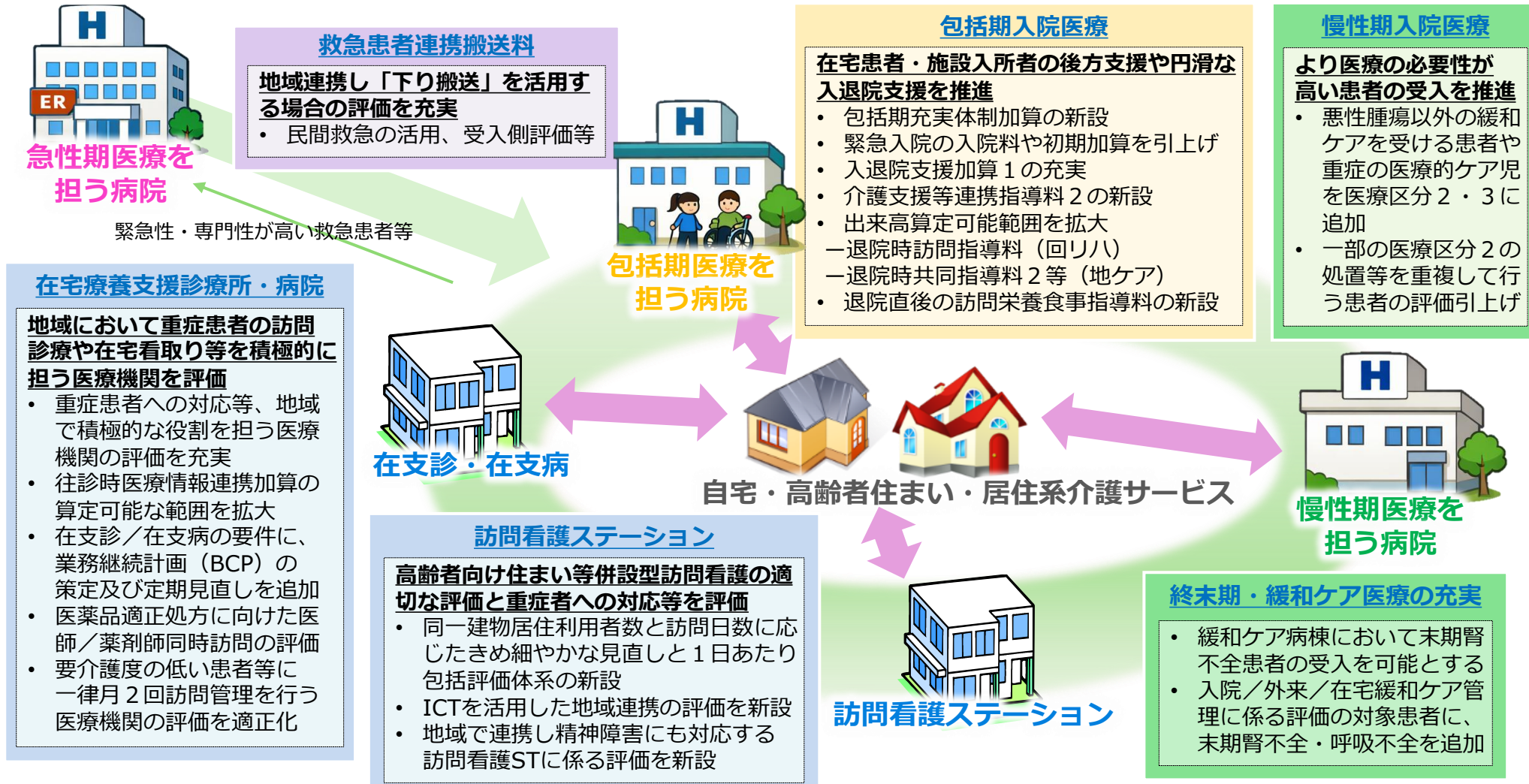
(参考) 救命救急入院料等の主な施設基準

		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	-	15m ² (新生児用 は9m ²) ・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)	20m ² (新生児用 は9m ²)	・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)		15m ² (新生児用 は9m ²)
	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			-		-				-
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	

包括期・慢性期入院医療

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

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



地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の**医療資源投入量**その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）**や**手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】	
地域包括医療病棟入院料（1日につき）	<u>3,050点</u>

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

【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	改定後
<p>【在宅患者支援病床初期加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>① <u>救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し</u> <u>他の保険医療機関から搬送された患者</u> 580点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 480点</p> <p>(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</p> <p>① <u>救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し</u> <u>他の保険医療機関から搬送された患者</u> 480点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 380点</p>	<p>【在宅患者支援病床初期加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>① 緊急入院した患者の場合 590点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 410点</p> <p>(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</p> <p>① 緊急入院した患者の場合 490点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 310点</p>

- ▶ 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

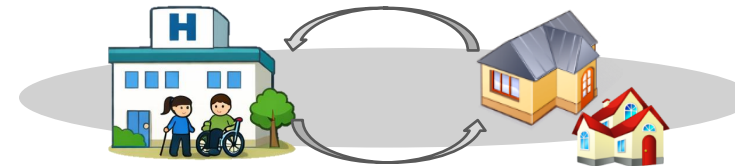
- **当該加算を算定する患者**について、**「B001の10」入院栄養食事指導料及び「B011の6」栄養情報連携料の算定を可能**とする。

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 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。

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。

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	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 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	—
	リハビリテーション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つては、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

【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
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> ・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。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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つ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。) ・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。) 	<p>(1)感染症の治療に係る処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>(3)その他の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日八回以上の喀痰(かたん)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 <p>(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)</p>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

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。

入院(精神科入院医療)

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]

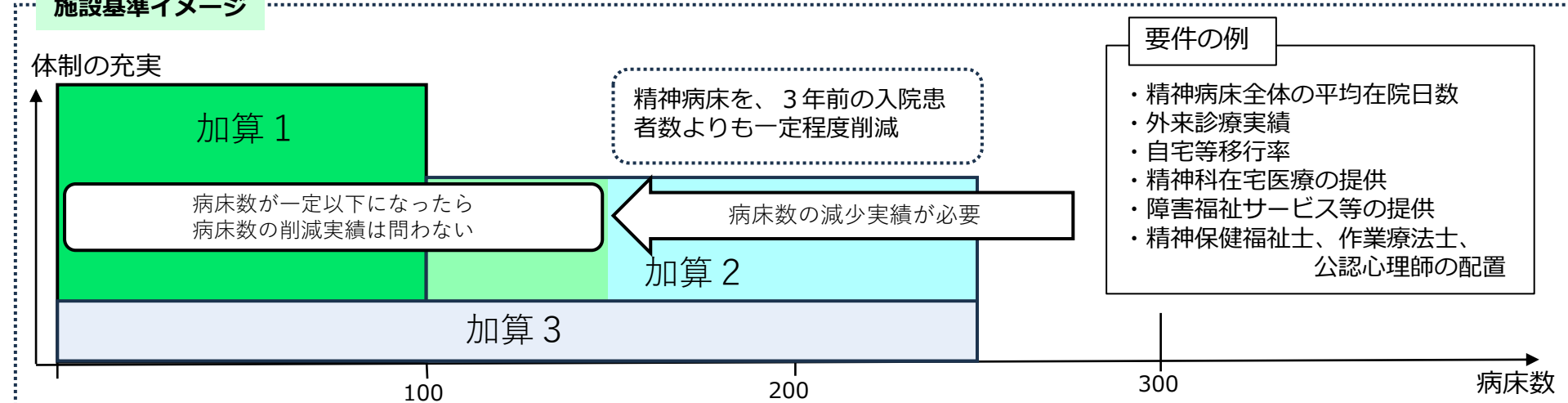
- ・精神病棟入院料 (10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料又は 15 対 1 入院基本料を算定するものに限る。)
- ・精神科急性期治療病棟入院料 を算定している患者

[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



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 Ⅰ 在宅精神療法:20回以上 Ⅱ 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

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。

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

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

医師事務作業補助体制加算の見直し

ICT機器を活用した場合の配置人数の算入方法

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

改定後

【医師事務作業補助体制加算】

〔施設基準〕

- 「ア（①のみ）」+「イ～エの全て」に該当する場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入できる。
- 「ア（①は必須 + ②③④のうち少なくとも1種類以上を広く活用）」+「イ～エの全て」に該当する場合は、1人を1.3人として配置人数に算入できる。

ア 医師の事務作業に関して、①を含むものを組織的に導入し、医師・医師事務作業補助者が日常的に活用することで、業務効率化が図られていること。

- ① 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
- ② 医療文書等への入力を行う医療文書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、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、適切な対策を講ずること。

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つては、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】

○急常勤の医師の数
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つては、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。

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、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

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收受し、誘引その他の財産上の利益を收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收受していないこと。

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**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。

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	改定後
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定	短期滞在手術等基本料3
	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	

- 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	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 □ その他のも (片側) <u>17,457点</u> (新設)	[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 □ その他のも (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%	-

当該医療機関の外来実施率
 想定される外来実施率

$$\left[\frac{\frac{90+10}{100+20}}{\frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20}} \right] \approx 1.32$$

(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

D 2 3 7 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
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 D 2 8 7 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)
 D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
 D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術
 K 0 4 6 骨折観血的手術 6 手舟状骨骨折観血的手術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 6 前腕骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 8 鎖骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 10 手根骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 11 中手骨骨内異物除去術
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術
 K 0 9 3-2 手根管開放手術 (内視鏡下)
 K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼 (内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 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。)
 K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 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
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

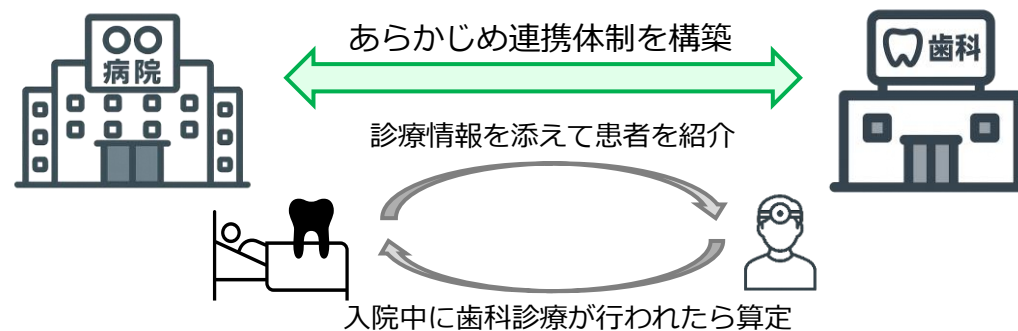
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合)
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (その他の場合)
 K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
 K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
 K 7 2 1 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
 K 7 2 1 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
 K 7 4 3 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)
 K 7 4 7 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。)
 K 7 4 7 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。)
 K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの
 K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術
 M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

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を満たす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。

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）			【地域加算】（1日につき）		
1	1級地	18点	1	1級地	18点
2	2級地	15点	2	2級地	<u>14点</u>
3	3級地	14点	3	3級地	<u>11点</u>
4	4級地	11点	4	4級地	<u>7点</u>
5	5級地	9点	5	5級地	<u>4点</u>
6	6級地	5点		(削除)	
7	7級地	3点		(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、袖ヶ浦市、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
茨城県		水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、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、龍ヶ崎市、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、袖ヶ浦市、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
5級地	4級地	広島県	府中町
		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
	対象外地域	京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、長岡京市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
		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		

經過措置

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し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、当分の間、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、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	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。

※ 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、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
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、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、夜間時間帯に受け入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によって差し支えない。
14	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。
15	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。
16	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。
17	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。
18	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。

※ 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。
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。
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。
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。
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。
24	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。
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。

※ 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。
27	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。
28	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。
29	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。
30	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⑥

区分番号	項目	期間	経過措置の内容	
31	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。
32	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。
33	A245	データ提出加算	当分の間	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

経過措置について⑦

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
34	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日において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。
35	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。
36	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つては、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。
37	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つては、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。
38	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つては、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。
39	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つて、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。
40	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つては、「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。
41	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つては、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⑧

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
42	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。
43	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つては、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。
44	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つては、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。
45	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。
46	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の八を算定できるものとする。
47	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⑨

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
48	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。
49	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。
50	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。
51	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。
52	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。
53	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⑩

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
54	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。
	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。
55	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。
56			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。
57	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。
58	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。
59	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。

附帶意見

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。

届出について

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）

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

45M00002X

パスワード

.....

ログイン

[※ パスワードを忘れた方はこちら](#)

トップ > 施設基準の届出等

施設基準の届出等

届出・申請書を選択する

- 種類
 - 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
 - 施設基準等の届出
 - 施設基準に係る辞退届
 - 酸素の購入価格の届出
- 対象
 - 1. 種別
 - 医科
 - 歯科
 - 薬局
 - 2. 届出名称 **必須**
「施設基準名を入力」またはプルダウンで選択する

戻る

保存されたデータ

情報通信機器を用いた診療に係る基準

機能強化加算

外来感染対策向上加算

連携強化加算

サーベイランス強化加算

抗菌薬適正使用体制加算

➤ 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。

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算1

時間外対応加算 1

届出状況

作成中

様式を選択する

順番	届出書種	提出する	状態	操作
1	別添7 基本診療科の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	未入力	入力 ▶
2	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	<input type="checkbox"/>	未入力	入力 ▶

添付書類を選択する

順番	届出書種	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択 ▶	-----
2	添付書類	ファイル選択 ▶	-----

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回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	

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 1 > 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

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

前回の届出情報をコピーする

※このボタンを押下すると、以前にオンライン上で申請して受理された同一施設基準の届出情報を入力欄に自動表示します。なお、診療報酬改定等により様式が変更された場合、届出情報を自動表示することはできません。様式変更後にオンライン上で申請を行い受理されていれば、それ以降のオンライン申請時は届出情報を自動表示が可能です。

2 標榜診療科

標榜診療科1

標榜診療科2

標榜診療科3

標榜診療科4

標榜診療科5

3 当該診療所の対応医師の氏名

氏名1

氏名2

氏名3

氏名4

氏名5

4 対応する常勤の職員数

職員数 名

5 当該診療所の標榜診療時間

標榜診療時間1

標榜診療時間2

6 あらかじめ患者に伝えてある電話に回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
該当する場合「✓」をする

留守録による応答後、速やかにコールバック

- 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↓↓



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いたします。