

# 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」

1

改定率等について



2

2

## 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以外分 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%

3

3

## 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、ペアを実施して 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%	食費・光熱水費分 +0.09%
					小児の感染防止対策に 係る加算措置の期限到 来 ▲0.10%		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%
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%

4

4

## 賃金・物価対応(初・再診料関連の見直し)



5

5

### 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年度改定】  
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)  
**初診+17点**

初診料

令和8年度

【令和8年度改定】  
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)  
**初診+34点**

初診料

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

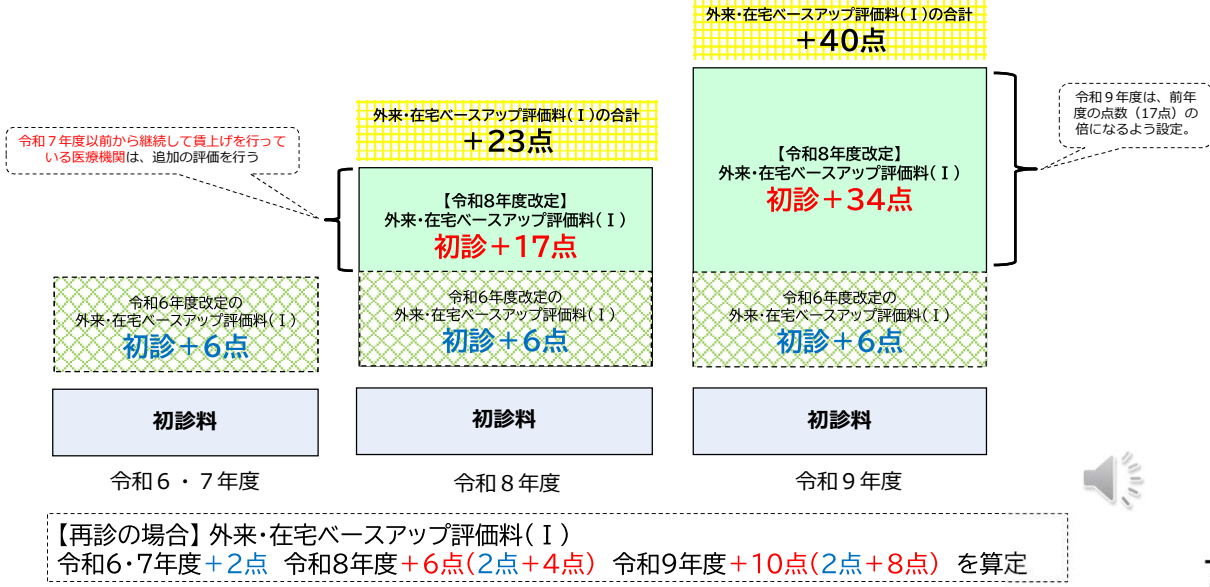


6

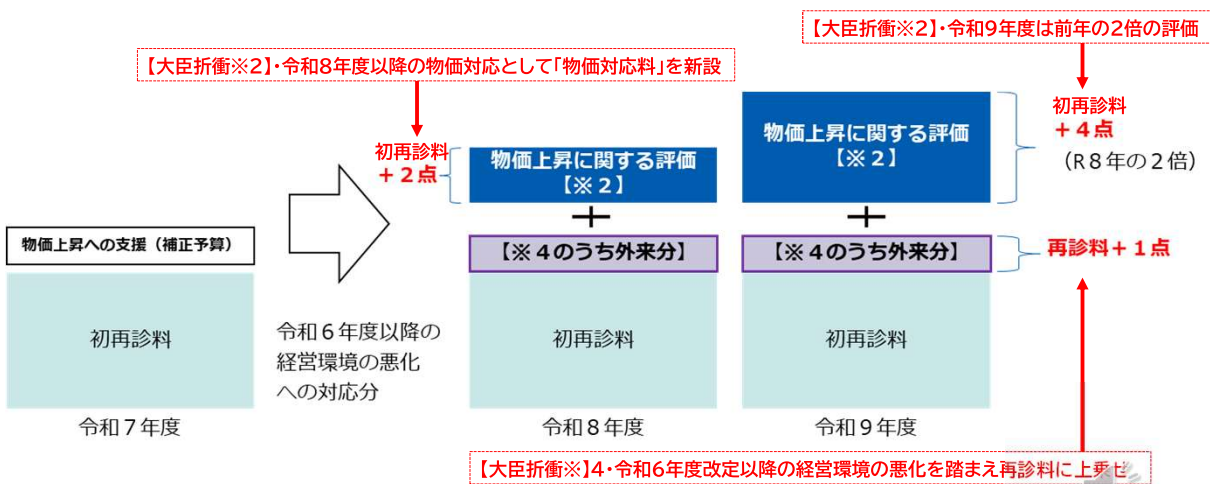
6

### 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



### 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)



9

9

### 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
	②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)	・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



10

10

## 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

11

11

## 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		

12

12

## 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) 加算1 加算2 加算3 加算4	5点 4点 3点 1点	7点 5点 4点 2点	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"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>外来データ提出加算を新設する。</li> </ul>
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

13

13

## 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				変更なし	
① 処方箋交付	604点	604点(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				変更なし	
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				変更なし	
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)			
+ + +					
物質 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"> <li>大臣折衝※2</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>
	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"> <li>大臣折衝※1</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>
	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"> <li>大臣折衝※1</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>

14

14

## 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

15

15

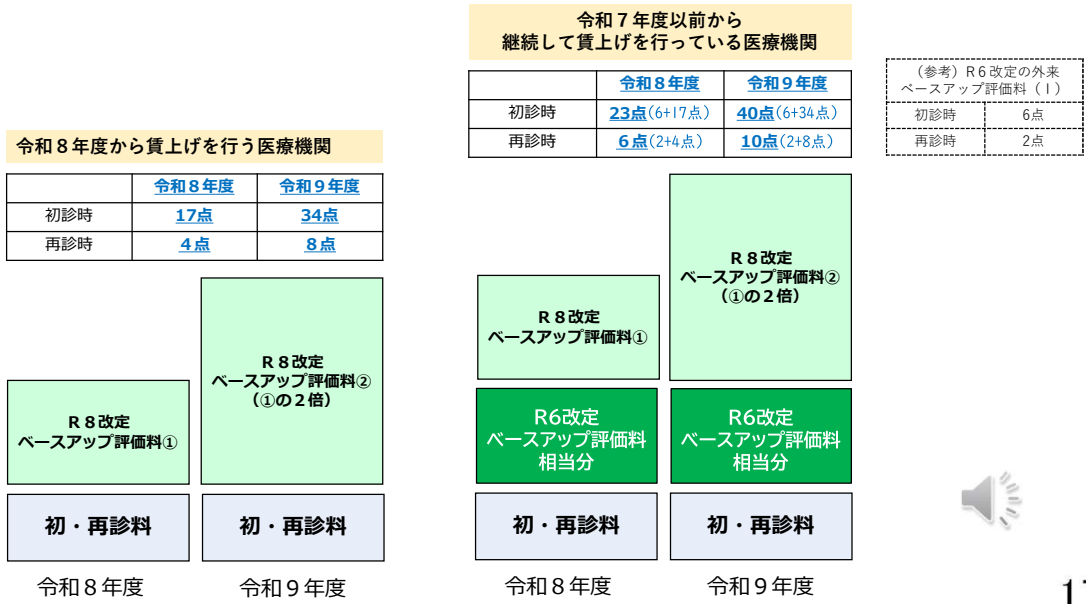
## 外来ベースアップ評価料(I)の見直し



16

16

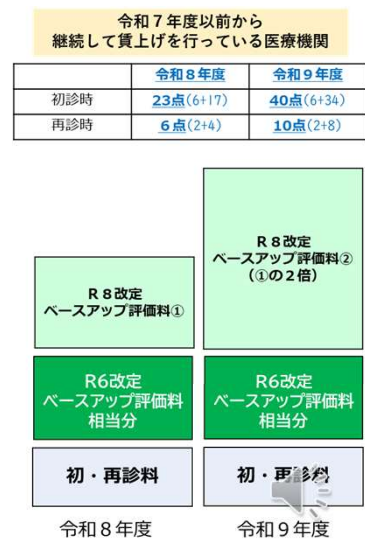
### 今回改定の概要( 外来ベースアップ評価料 ( I ) )



### 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



## 外来ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する主な変更点①

現行	改定後
<p>【賃上げの目標】</p> <p>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</p>	<p>【賃上げの目標】</p> <p>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</p>
<p>【対象となる職員】</p> <p>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。)</p> <p>例)薬剤師・看護師・看護補助者 等</p>	<p>【対象となる職員】</p> <p>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。)</p> <p>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</p>



19

19

## 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	改定後
<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>【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> <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>【実績等の報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎年8月に、当該年度における賃金改善の状況を評価するために「賃金改善中間報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告</li> <li>算定した年度の翌年の8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告</li> </ul>
<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p>(新設)</p>	<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p>同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人においては、法人内の複数保険医療機関を通算して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする</p>

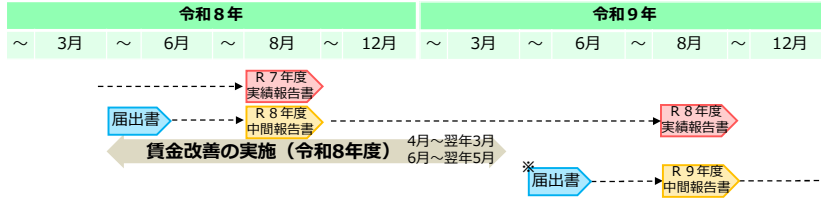
20

20

## 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"> <li>○外来・在宅ベースアップ評価料 (I)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象職員数</li> </ul> </li> <li>○外来・在宅ベースアップ評価料 (II)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院ベースアップ評価料</li> <li>・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数</li> <li>・月額賃金総額</li> <li>・対象職員数</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースアップ評価料の算定収入額</li> <li>・対象職種ごとの常勤換算数</li> <li>・基本給等総額 (給与改善前・後)</li> <li>・賞与の月数の変化</li> </ul> <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"> <li>・ベースアップ評価料の算定収入額</li> <li>・対象職種ごとの常勤換算数</li> <li>・基本給等総額 (給与改善前・後)</li> <li>・賞与の月数の変化</li> </ul> <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

※ 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」



23

23

## 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。



24

24

## 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)

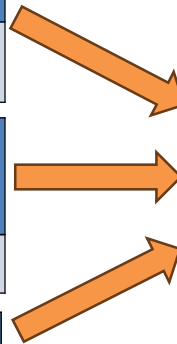


25

25

## 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)

<b>(廃止)</b> 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)
<b>(廃止)</b> 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)
<b>明細書発行体制等加算</b>
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



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



26

26

## 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 <b>(30%以上)</b>	○	○	○	○
(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	○		○	○

27

27

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価-①

## 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

<p>[施設基準(電子的診療情報連携体制整備加算1)]</p> <p>(1) オンライン請求を行っていること。</p> <p>(2) <b>診療報酬明細書を患者に無償で交付</b>していること。</p> <p>(3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(4) 医師又は歯科医師が、<b>オンライン資格確認等システム</b>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。</p> <p>(5) <b>マイナ保険証利用率が、30%以上</b>であること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(8) <b>電子処方箋</b>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。</p> <p>(9) 以下のアからウの全て又はエを満す<b>電子カルテを有していること</b>。            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。</p> <p>(10) アを満す又はイ及びウを満すこと。            ア 国等が提供する<b>電子カルテ情報共有サービス</b>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 <b>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</b>であって、以下の(イ)から(ハ)の全てを満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上で公表していること。            ウ 以下の(イ)及び(ロ)を満すこと。            (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。</p>	<p>電子的診療情報連携体制整備加算1 (1)～(10)の全て</p> <p>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</p> <p>電子的診療情報連携体制整備加算3 (1)～(7)の全て</p>
--	--

28

28

## 機能強化加算の見直し



29

29

## 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。

30

30

## 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。](#)

31

31

## 外来医師過多区域に関する対応



32

32

## 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



33

33

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等  
の見直し



34

34

### 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)

改定前		地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	改定後	
<b>認知症地域包括診療加算</b>			<b>地域包括診療加算1</b>	
認知症 地域包括診療加算1	38点	→	(1) 認知症を有する患者等の場合	38点
認知症 地域包括診療加算2	31点		(2) その他の慢性疾患等を有する場合	28点
<b>地域包括診療加算</b>			<b>地域包括診療加算2</b>	
地域包括診療加算1	28点	→	(1) 認知症を有する患者等の場合	31点
地域包括診療加算2	21点		(2) その他の慢性疾患等を有する場合	21点

35

35

### 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)

改定前		地域包括診療料 認知症地域包括診療料	改定後	
<b>認知症地域包括診療料</b>			<b>地域包括診療料1</b>	
認知症 地域包括診療料1	1,681点	→	イ 認知症を有する患者等の場合	1,682点
認知症 地域包括診療料2	1,613点		ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,661点
<b>地域包括診療料</b>			<b>地域包括診療料2</b>	
地域包括診療料1	1,660点	→	イ 認知症を有する患者等の場合	1,614点
地域包括診療料2	1,600点		ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,601点

36

36

## 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

37

37

## 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  
(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

38

38

## 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

39

39

## 時間外対応加算の見直し



40

40

## 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 <b>体制</b> 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 <b>体制</b> 加算 1 7点
ロ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 2 5点
ハ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 3 4点
ニ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 4 2点

41

41

## 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。)

42

42

## 生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し



43

43

### 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



44

44

## 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B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、
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B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、
区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、	区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、
区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、	区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、
区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料、	区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、
区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、	区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、
区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、	区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、
区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、	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B001の23に掲げるがん患者指導管理料、	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B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、	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B006に掲げる救急救命管理料、
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B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、
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B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、
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B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、
区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、	区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、
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B011に掲げる連携強化診療情報提供料、
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B011-3に掲げる薬剤情報提供料、
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



45

45

## 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。

46

46

## 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つては、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つては、**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つて**、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



47

47

## 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	225点	225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
病院(100床未満)	147点	147点	
病院(100床以上200床未満)	87点	87点	



48

48

## 外来データ提出加算の見直し



49

49

## 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



50

50

## 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)

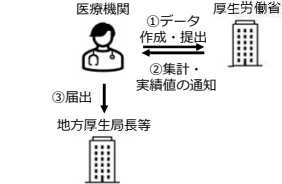
- ・ 令和8年3月31日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算1の実績値に係る要件を満たすものとする。

#### 各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 継続受診を行う患者の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 継続受診を行う患者の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 継続受診を行う患者の割合</li> </ul>

※ 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
プリストルスケール
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
-----------------

## 処方箋関係の見直し



53

53

## 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	改定後	見直しの概要
処方箋料			
内服薬6種類以内	60点	60点	・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
内服薬7種類以上等	32点	32点	
向精神薬の多剤投与	20点	20点	
一般名処方加算1	10点	8点	
一般名処方加算2	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%

54

54

## 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



55

55

## 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](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費担当規則(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。



\_\_\_\_\_ 医院

56

56

### 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日あたりの回数には減らせない。  
 ○医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

57

57

## 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

58

58

## 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		新点数	
<b>改定前</b>		<b>改定後</b>	
外来後発医薬品使用体制加算1	8点	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1	8点
外来後発医薬品使用体制加算2	7点	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	5点	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3	5点



59

59

## 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量の割合が、加算1にあつては90%以上、加算2にあつては85%以上90%未満、加算3にあつては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。



60

60

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



61

61

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



【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。

【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。**

【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**



62

62

## 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



63

63

## 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。



64

64

## 健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化



65

65

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1 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-②

### 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。



66

66

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1 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-②

## 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：〇△がん検診後に〇△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。

67

67

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1 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-②

## 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	

68

68

## 療養・就労両立支援指導料の見直し



69

69

## 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)
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**。



70

70

令和8年度診療報酬改定 III-1 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-①

**(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

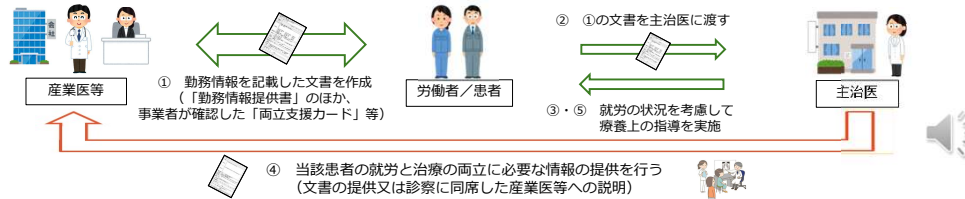


療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。）の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等（注）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するもの。

（注）労働安全衛生法に規定する産業医、総合安全衛生管理者、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

71

71

**オンライン診療の施設基準の見直し**

72

72

## 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。

73

73

## 遠隔電子処方箋活用加算の新設



74

74

## 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。

75

75

## 遠隔連携診療料の評価の拡大



76

76


## 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		改定後項目	点数
【遠隔連携診療料】		➔	【遠隔連携診療料】	
1 診断を目的とする場合	750点		1 外来診療の場合	900点
2 その他の場合	500点		2 訪問診療の場合	900点
			3 入院診療の場合	900点

#### ○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

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

77

77

## 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)	
訪問診療の場合	・ 悪性腫瘍の患者(治療中のものに限る)	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
	・ 膠原病の患者(治療中のものに限る)	
	・ 慢性維持透析の患者	
入院診療の場合	・ 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
	・ 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	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 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	
・ 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。

78

78

# 在宅医療



79

79

在宅医療における物質対応					
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		
ロ 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		
ロ 同一建物居住者の場合	187点	189点	189点		
	+	+	+		
物質 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 ロ 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	イ 同一建物居住者等以外の場合 ロ イ以外の場合	- -	79点 19点	158点 38点	令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
※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					

80

80

## 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得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。



81

81

(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		
<b>機能強化型在支診・在支病の基準</b>	在宅医療を担当する常勤の医師 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  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。	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 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 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	/

【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



82

82

## 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、極めて短い場合にわ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つて、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



83

83

## 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。

84

84

## (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、挿入型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジンI<sub>2</sub>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

85

85

## 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。

86

86

## 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

患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、**診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加**する。

### ・ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し

患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、**全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一**する。

等

87

87

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-①

## 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
【在宅時医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 100点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 85点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 75点	➡	【在宅時医学総合管理料】 <b>在宅医療充実体制加算</b> (1) 単一建物診療患者が1人の場合 800点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 400点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 200点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 170点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 150点
【施設入居時等医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 56点		【施設入居時等医学総合管理料】 <b>在宅医療充実体制加算</b> (1) 単一建物診療患者が1人の場合 600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 300点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 150点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 126点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 112点
【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点		【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 <b>在宅医療充実体制加算 200点</b>
【ターミナルケア加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点		【ターミナルケア加算】 <b>在宅医療充実体制加算 2,000点</b>
【在宅がん医療総合診療料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点		【在宅がん医療総合診療料】 <b>在宅医療充実体制加算 300点</b>
【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。	【施設基準】 <b>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。</b>	

88

88

## 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"> <li>○ 在宅医療を担当する<b>常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上</b>配置していること。</li> <li>○ 機能強化型の在宅診・病であって、<b>自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保</b>していること。</li> </ul>
看取り・緩和ケア等の提供機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 過去1年間で、緊急往診の実績を<b>30件以上</b>かつ看取りの実績を<b>30件以上</b>有すること。</li> <li>○ <b>緩和ケア研修を修了している常勤の医師</b>が、在宅医療を担当していること。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の揭示等、患者への必要な情報提供を行うこと。</li> </ul>
重症患者の診療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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<b>重症度の高い患者が2割以上</b>であること。</li> <li>○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した<b>医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の裏人数が100人以下</b>であること。</li> </ul>
ICTを活用した多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。</b></li> </ul>
医師等の教育実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。<b>(在宅医療に携わるものに限る。)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした<b>地域医療実習生</b>の受入</li> <li>・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、<b>地域医療の研修を目的とした研修医</b>の受入</li> <li>・<b>内科領域、総合診療領域又は小児科領域</b>の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、<b>専門研修を目的とした専攻医</b>の受入</li> <li>・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<b>医師又はこれに準ずる医師</b>(研修医を含む。)の受入</li> </ul> </li> </ul>
在宅データの提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>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。</b></li> </ul>

89

89

## 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		改定後
<p>【往診料 往診時医療情報連携加算】</p> <p>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。</p>		<p>【往診料 往診時医療情報連携加算】</p> <p>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<b>(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。)</b>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。</p>

[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	従来型在宅診・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。		
	従来型在宅診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

90

90

## 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	改定後
<p>【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。</p> <p>ア (略)</p> <p>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して連絡先電話番号等、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して連絡先電話番号等を文書上に明示すること。</p> <p>ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、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者に提供していること。(後略)</p> <p>エ～ツ (略)</p>	<p>【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。</p> <p>ア (略)</p> <p>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して連絡先電話番号等、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して連絡先電話番号等を文書上に明示すること。<b>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時間受けられる体制を確保していること。</b></p> <p>ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、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者に提供していること。 (中略) <b>なお、やむを得ない事由により患者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、患者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。</b></p> <p>エ～ツ (略)</p>

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

91

91

## 在宅療養支援診療所・病院の見直し③

### 業務継続計画の策定

- ▶ 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行	改定後
<p>【在宅療養支援診療所・病院】 【施設基準】 (新設)</p>	<p>【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ずること。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。</p>

### 看取り数等の報告要件の削除

- ▶ 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行	改定後
<p>【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。</p>	<p>【在宅療養支援診療所・病院】 【施設基準】 (削除)</p>

92

92

## 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	改定後
<p>【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】</p> <p>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</p> <p>(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>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。</p>	<p>【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】</p> <p>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</p> <p>(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>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。<b>ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。</b></p>

## 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	改定後
<p>【在宅医療情報連携加算】 【施設基準】</p> <p>(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)</p> <p>(3) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。</p> <p>(2)・(4)・(5) (略)</p> <p>※ 在宅歯科医療情報連携加算についても同様。</p>	<p>【在宅医療情報連携加算】 【施設基準】</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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、<b>一元的に管理されたサーバーで保管</b>されていること。</p> <p>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、<b>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。</b></p> <p>ウ <b>参加者の範囲を随時設定することが可能</b>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。</p> <p>エ 参加者が、<b>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</b>であること。なお、保管された当該情報が、<b>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。</b></p> <p>オ 参加者が、<b>常時、必要な診療情報等を共有</b>できること。なお、文字情報の共有だけでなく、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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<b>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。</b></p> <p>(3)・(5)・(6) (略)</p>



### 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葆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	改定後
<p><b>【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】</b> 【施設基準】</p> <p>○ 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。</p> <p><b>(ICTによる情報連携をしている場合)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、<b>年3回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</li> </ul> <p><b>(ICTによる情報連携をしていない場合)</b></p> <p>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、<b>1月に1回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</p>	<p><b>【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】</b> 【施設基準】</p> <p>○ 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。</p> <p><b>(ICTによる情報連携をしている場合)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、<b>年1回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</li> </ul> <p><b>(ICTによる情報連携をしていない場合)</b></p> <p>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、<b>年に3回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること※。</p> <p>※当該介護保険施設等において、<b>入所者の入院を年に2件以上</b>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<b>年に1回以上</b>の頻度であれば良い。</p>

### 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><b>【機能強化加算】</b> 【施設基準】</p> <p>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><b>【機能強化加算】</b> 【施設基準】</p> <p>三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)~(3) (略)</p> <p><b>(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。</b></p> <p>※ <b>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。</b></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。

令和8年度診療報酬改定

**(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時間の連絡応答体制 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑦ 訪問栄養指導を行うことが可能な体制の整備 ⑧ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい ⑨ 業務継続計画の策定			① 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては280床未満 ② 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること		
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 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 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	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 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	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 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	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 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。

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-⑧

**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、患者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、患者における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患者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つ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者を訪問し、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。

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-⑨

## 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、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件**とする。

現行	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】 【算定要件】 (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】 【施設基準】 患者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。

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-⑩

## 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。

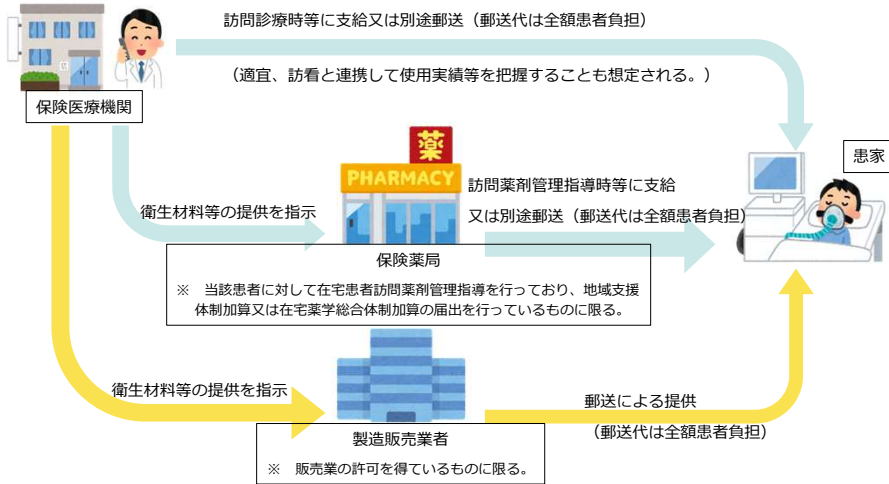
現行	改定後
【在宅療養指導管理材料加算】 【算定要件】 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、 <b>月1回</b> に限り算定する。	【在宅療養指導管理材料加算】 【算定要件】 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、 <b>3月に3回</b> に限り算定する。

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

## 在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

### 在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

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



101

101


## 入院料について

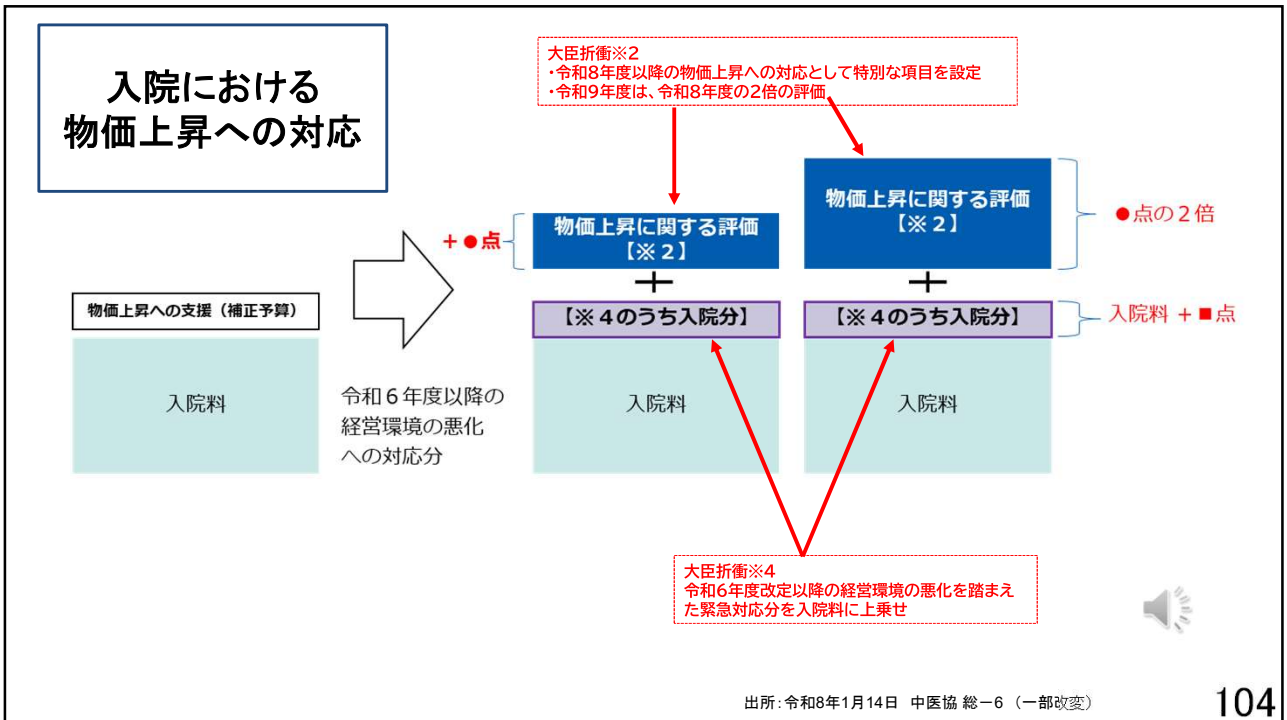


102

102

## 入院料における物賃対応について





中医協 総-1  
8 . 1 . 9

【○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

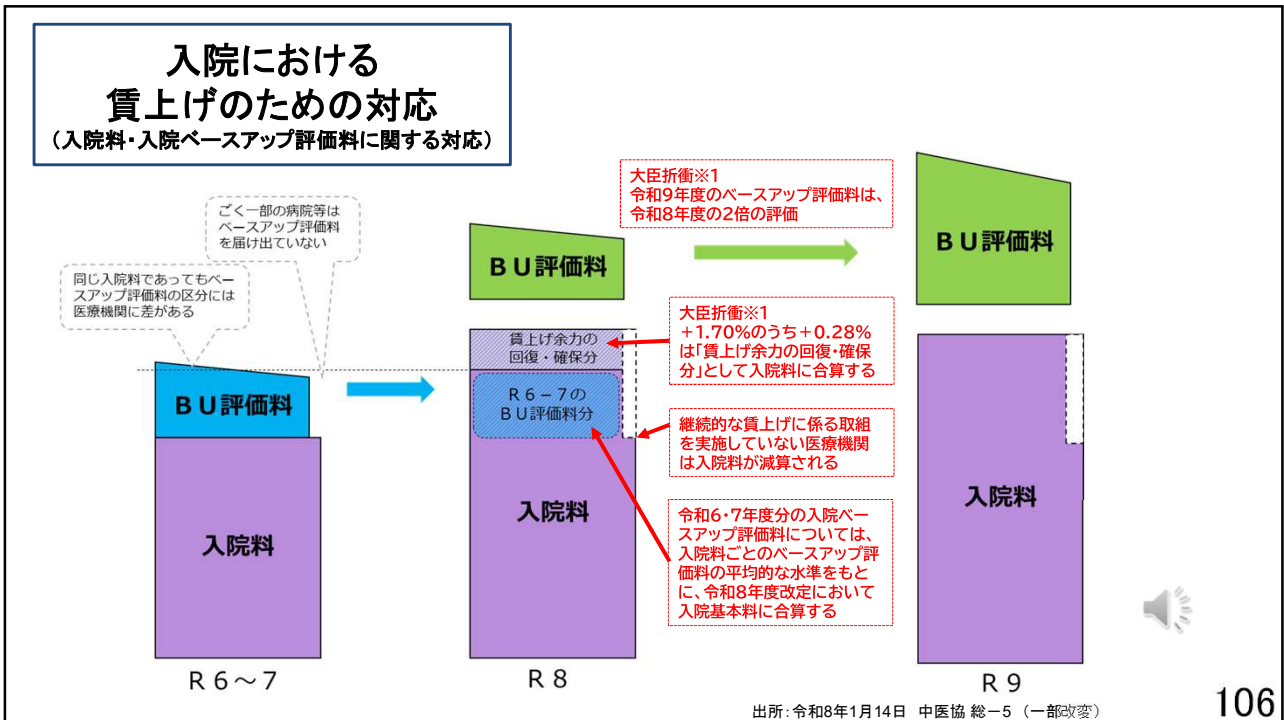
**<保険薬局>**

1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて精算配分)		
	～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

出典：令和7年度 補正予算案の主要施策集



## 入院料の見直し(物質対応)

### 急性期一般入院料

	入院料本体		入院物価対応料(新設)	
	改定前	改定後	R8.6～	R9.6～
急性期一般入院料1	1,688点	1,874点(1,753点)	58点	116点
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点(1,694点)	45点	90点
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点(1,619点)	45点	90点
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点(1,512点)	45点	90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)	58点	116点
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点(1,490点)	36点	72点
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点(1,438点)	34点	68点

※継続的に質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	▲	121点
急性期4(看護・多職種協働加算)	▲	121点
急性期2～6	▲	85点



※その他の入院料等についても同様 107

107

## 入院料の見直し(物質対応)

### 地域一般入院料

	入院料本体		入院物価対応料(新設)	
	改定前	改定後	R8.6～	R9.6～
地域一般入院料1	1,176点	1,290点(1,225点)	32点	64点
地域一般入院料2	1,170点	1,282点(1,217点)	32点	64点
地域一般入院料3	1,003点	1,097点(1,032点)	23点	46点

※継続的に質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
------------	---	-----



※その他の入院料等についても同様 108

108

有床診療所入院基本料		入院料本体		入院物価対応料(新設)	
		改定前	改定後	R8.6~	R9.6~
有床診療所入院基本料1	14日以内	932点	1,027点(932点)	72点	144点
	15日以上30日以内	724点	819点(724点)	56点	112点
	31日以上	615点	710点(615点)	48点	96点
有床診療所入院基本料2	14日以内	835点	930点(835点)	65点	130点
	15日以上30日以内	627点	722点(627点)	49点	98点
	31日以上	566点	661点(566点)	44点	88点
有床診療所入院基本料3	14日以内	616点	711点(616点)	48点	96点
	15日以上30日以内	578点	673点(578点)	45点	90点
	31日以上	544点	639点(544点)	42点	84点
有床診療所入院基本料4	14日以内	838点	933点(838点)	65点	130点
	15日以上30日以内	652点	747点(652点)	51点	102点
	31日以上	552点	647点(552点)	43点	86点
有床診療所入院基本料5	14日以内	750点	845点(750点)	58点	116点
	15日以上30日以内	564点	659点(564点)	44点	88点
	31日以上	509点	604点(509点)	40点	80点
有床診療所入院基本料6	14日以内	553点	648点(553点)	43点	86点
	15日以上30日以内	519点	614点(519点)	40点	80点
	31日以上	490点	585点(490点)	38点	76点

+

※継続的に質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 109

109

有床診療所療養病床入院基本料		入院料本体		入院物価対応料(新設)	
		改定前	改定後	R8.6~	R9.6~
入院基本料A (生活療養を受ける場合)	1,073点	1,131点(1,073点)	28点	56点	
	1,058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	1,018点(960点)	25点	50点	
	944点	1,002点(944点)			
入院基本料C (生活療養を受ける場合)	841点	899点(841点)	22点	44点	
	826点	884点(826点)			
入院基本料D (生活療養を受ける場合)	665点	723点(665点)	17点	34点	
	650点	708点(650点)			
入院基本料E (生活療養を受ける場合)	575点	633点(575点)	15点	30点	
	560点	618点(560点)			

+

※継続的に質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

※その他の入院料等についても同様 110

110

### 入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行		改定	
【入院ベースアップ評価料】		【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 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 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 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 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 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165	165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166	166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



### 経過措置



令和8年度診療報酬改定

## 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。

113

113

令和8年度診療報酬改定

## 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。

114

114

令和8年度診療報酬改定

## 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。

115

115

令和8年度診療報酬改定

## 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。

116

116

令和8年度診療報酬改定

## 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。

117

117

令和8年度診療報酬改定

## 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ついては、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	令和8年3月31日時点で、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。 ・地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料又は精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するものうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの ・精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

※ 経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

118

118

令和8年度診療報酬改定

## 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っては、救急搬送件数又は全身麻酔による手術件数の要件に該当するものとみなす。
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っては、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者割合の基準を満たすものとみなす。
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っては、救急搬送件数又は全身麻酔による手術件数の要件に該当するものとみなす。
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にあっては、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っては、「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績要件に該当するものとみなす。
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日時点で、現に母体・胎児集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、妊産婦の搬送受入件数に関する実績要件に該当するものとみなす。

※ 経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

119

119

令和8年度診療報酬改定

## 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実績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っては、リハビリテーション実績指数に関する実績要件に該当するものとみなす。
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っては、休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制に関する施設基準に該当するものとみなす。
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 A 3 1 1 - 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 A 3 1 1 - 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。

120

120

令和8年度診療報酬改定

## 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。

121

121

令和8年度診療報酬改定

## 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棟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	「日本透析医学会、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。

122

122

## 附帯意見



123

123

令和8年度診療報酬改定

### 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。



124

124

令和8年度診療報酬改定

## 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。

125

125

令和8年度診療報酬改定

## 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も踏まえた処方の評価について引き続き検討すること。

126

126

令和8年度診療報酬改定

## 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。

127

127

届出について



128

128

## 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



129

129

## 保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

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

**ログイン**

ログイン情報を入力してください。

ユーザID  
45N00002X

パスワード

**ログイン**

※ パスワードを忘れた方はこちら

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
- 施設基準に係る評定届
- 診療の購入価格の届出

対象

1. 種別

- 医科
- 歯科
- 薬局

2. 届出名称

「施設基準等を入力」または「しつづつで選択する」

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  
外業感応対策向上加算  
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

時間外対応加算 1

届出状況  
作成中

様式を選択する

種別	届出書名	届出方法	備考
1	別添 基本診療科の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	入力
2	様式 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書	<input type="checkbox"/> 添付	入力

添付書類を選択する

種別	届出書名	備考	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

130

130

## 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 ※届出するものに○	・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 種別診療科	
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 当該診療所の種別 診療時間	
6 あらかじめ患者に 伝えてある電話に応 答できない場合の体 制 ※届出するものに○ (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)	
9 備考	

- ▶ 紙の届出様式と同じものをオンライン申請画面にて作成いただき、そのまま各厚生（支）局へ届出を行うことが可能なため、郵送等のご負担が解消されます。
- ▶ 申請内容が電子で保管されるため、申請書の控えを紙で保存する必要はなくなります。

131

131

## 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URLからぜひ動画をご覧ください ↓

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>



132

132

## 施設基準の届出について

## お願い

- 令和8年6月1日から算定を行うためには、**令和8年5月7日から6月1日まで（必着）**に、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局の都道府県事務所へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



133