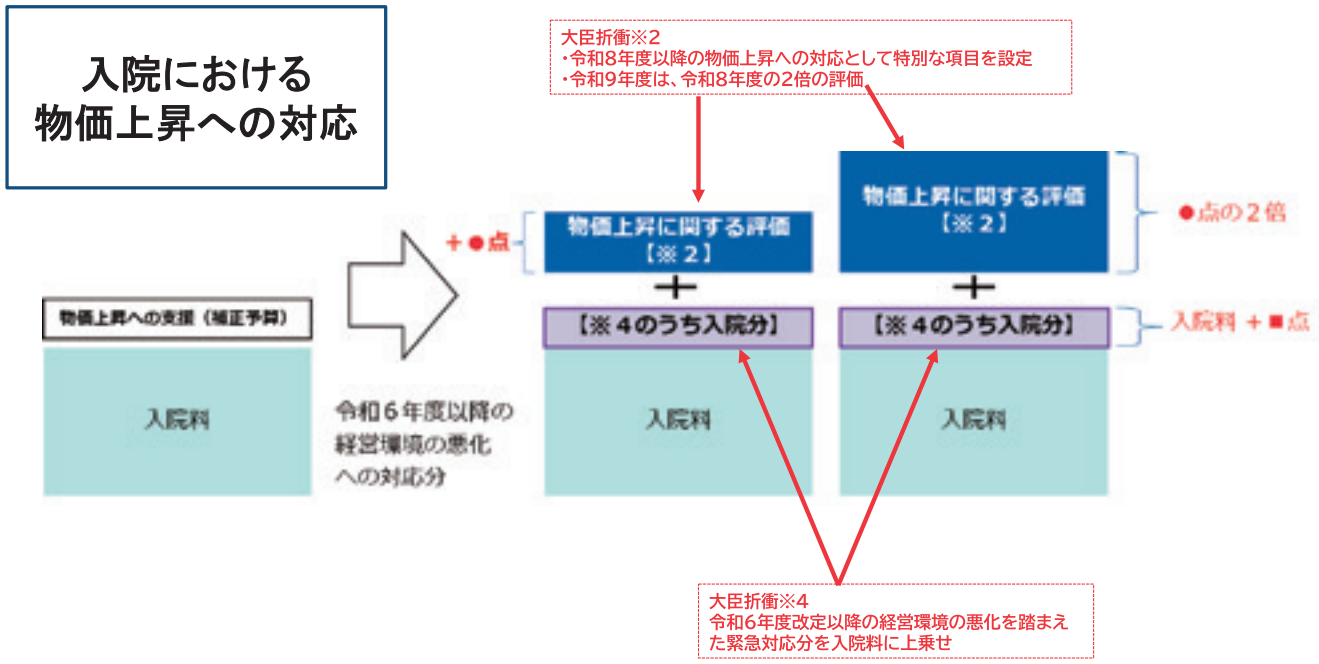


入院料について

125

入院料における物賃対応について

126



出所:令和8年1月14日 中医協 総-6 (一部改変)

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

中医協 総-1  
8 . 1 . 9

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(分娩取扱数にあっては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)にあっては、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>

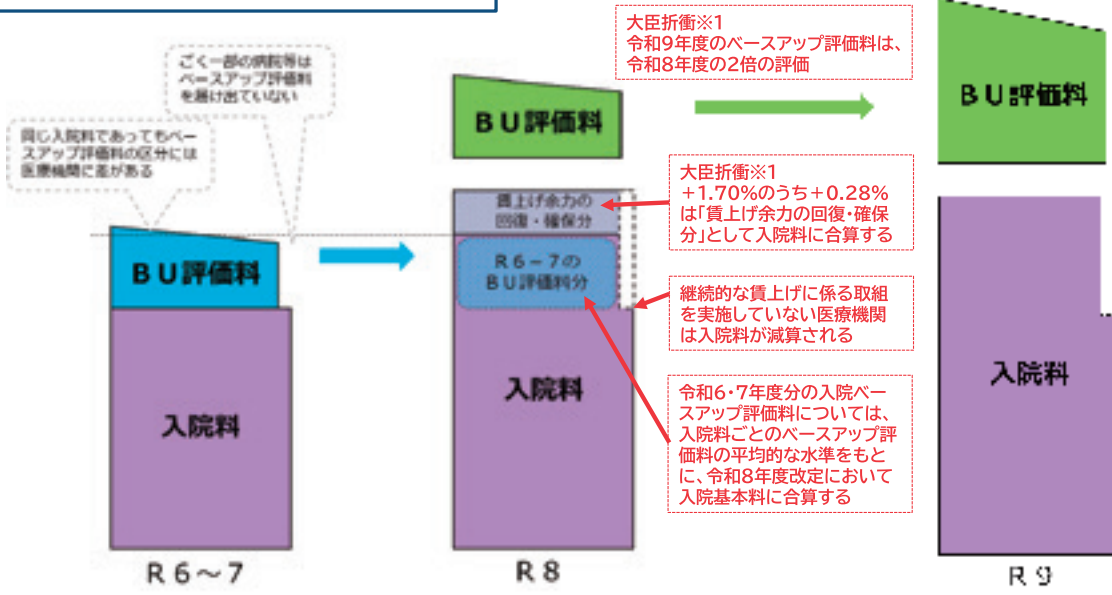
1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて補割配分)		
	~5店舗	6~19店舗	20店舗~
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

<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

## 入院における 質上げのための対応 (入院料・入院ベースアップ評価料に関する対応)



出所：令和8年1月14日 中医協 総-5（一部改変）

## 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)	▲	85点
急性期2～6	▲	85点

※その他の入院料等についても同様

## 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
------------	-------

※その他の入院料等についても同様

131

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		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 1,058点	1,131点(1,073点) 1,116点(1,058点)	28点	56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)	25点	50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)	22点	44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)	17点	34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)	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

※その他の入院料等についても同様

### 入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	改定
<b>【入院ベースアップ評価料】</b> 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	<b>【入院ベースアップ評価料】</b> 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

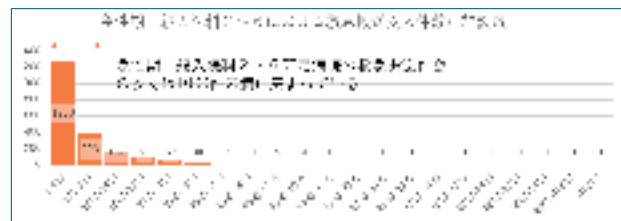
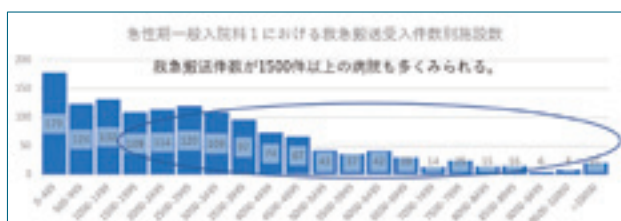
## 急性期・高度急性期入院医療

135

### 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

出所：令和7年12月12日 中医協 総-3(入院その8)

136

## 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て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"> <li>医薬管理・処方依頼・セット</li> <li>薬剤の準備・モニタリング</li> </ul>	薬学専門性に基づく薬物薬剤情報の提供により、薬物治療の効率向上、副作用や相互作用のリスクの軽減、薬物量を適切に処方した際の効果を実現できる。更に、病棟薬剤管理や効率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"> <li>ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成</li> <li>生活機能の回復支援（排泄、食事、睡眠）</li> <li>食事介助、口腔ケア</li> </ul>	病棟でのADL・生活機能維持について、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"> <li>栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成</li> <li>食形態や経管栄養の検討</li> <li>コールラウンドや食事変更の調整</li> <li>栄養指導や食事に関する相談対応</li> </ul>	的確な食事摂取量の把握や食餌等の調整等により、患者の状態に応じた適切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"> <li>検査の準備や実施</li> <li>検査に関する患者への説明</li> </ul>	早期に必要な時の生理検査・検査結果の提供、医師の診断的指示による検査結果の確認により、その他の検査等を迅速に実施できる。適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

出所：令和7年12月12日 中医協 総-3(入院その8)

137

令和8年度診療報酬改定 I-2-3 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-①

## 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**（急性期病棟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、急性期病棟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に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

138

## 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。

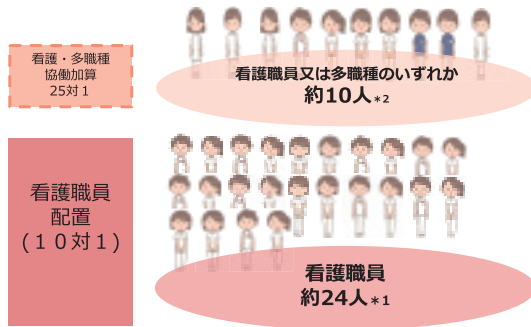
【施設基準】

- 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



\*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。  
365日×3勤務=1095勤務帯/年間 365日×7日=52,142（年52週）  
週40時間×年52週=休職や祝日35日×8時間=年間労働時間1,800時間  
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間/1800時間=24.3人（24人）

\*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。  
365日×3勤務=1095勤務帯/年間 365日×7日=52,142（年52週）  
週40時間×年52週=休職や祝日35日×8時間=年間労働時間1,800時間  
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間×2/1800時間=9.73人（10人）

（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



\*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。  
365日×3勤務=1095勤務帯/年間 365日×7日=52,142（年52週）  
週40時間×年52週=休職や祝日35日×8時間=年間労働時間1,800時間  
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間/7.2人/1800時間=35.04人（35人）

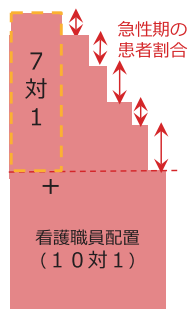
## 急性期における評価の見直し

- 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



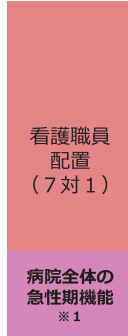
※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件

※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）

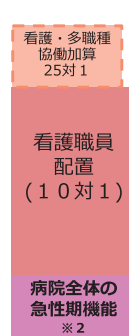
### 改定後

- 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

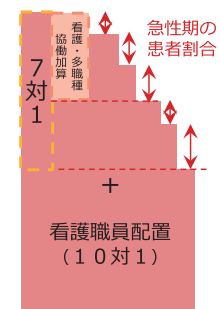
#### 急性期病院A一般入院料



#### 急性期病院B一般入院料



#### 急性期一般入院料1～6



\*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"> <li>DPC対象病院であること</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPC対象病院であること</li> <li>地域包括医療病棟の届出を行っていないこと</li> </ul>

141

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-①

### 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%		
	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2次医療圏で最大救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数				—				
データ提出加算	○(要件)									
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点

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

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

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

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

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

142

# 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

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②

## 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	C 手術等の医学的状況	0点	1点
1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-	15 開頭手術（11日間）	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	-	-	16 開胸手術（9日間）	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	-	-	17 開腹手術（6日間）	なし	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-	18 骨の手術（10日間）	なし	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-	19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
6 専門的な治療・処置（※2）	-	-	-	-	20 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	なし	あり
① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり	救命等に係る内科的治療（4日間）		
② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり		21 (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	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
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	あり	23 別に定める手術（5日間）（例：眼高内異物除去術）	なし	あり
⑤ 放射線治療、			あり	あり			
⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	あり			
⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり			
⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり			
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、			あり	あり			
⑩ ドレナージの管理、			あり	あり			
⑪ 無菌治療室での治療			あり	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	-			

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

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

B 患者の状況等	患者の状態					介助の実施	
	0点	1点	2点	3点		0	1
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		-	-	
9 移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	
10 口腔清潔	自立	要介助	-		実施なし	実施あり	
11 食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	
12 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	
13 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-		-	-	
14 危険行動	ない	-	ある		-	-	

## 重症度、医療・看護必要度のA、B、C項目の対象の追加

### A、B、C項目の対象の追加

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、以下の対象となる治療等を追加する。

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

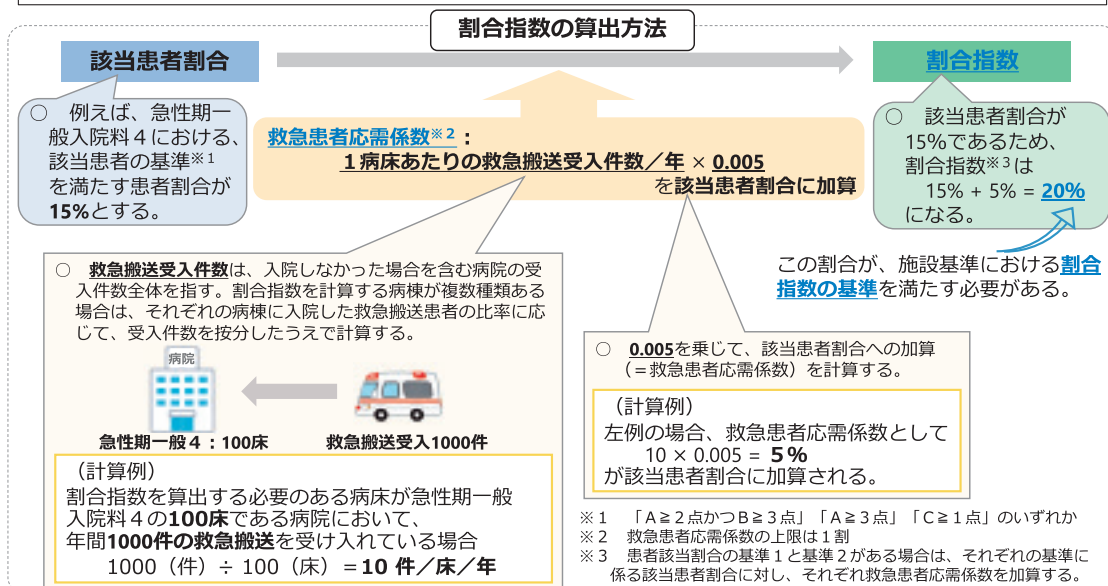
C 手術等の医学的状況	分類	名称
21 救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
	注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
	注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
	処置	腰椎穿刺
	処置	吸着式血液浄化法
	処置	カウンターショック（その他）
	処置	持続緩徐式血液濾過
	処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
	手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
	手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
22 別に定める検査	手術	経皮経肝バルーン拡張術
	検査	EF-気管支
	検査	経気管肺生検法
	検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心工コー法）
	検査	組織試験採取、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	内シヤント設置術
	手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
	手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
	手術	経皮的胆管ドレナージ術
	手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
	手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
	手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
	手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
	手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
	手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
	手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
	手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
	手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
	手術	下部消化管ステント留置術
	手術	体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）
	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
	手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
	手術	薬剤投与用胃瘻造設術

45

## 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。

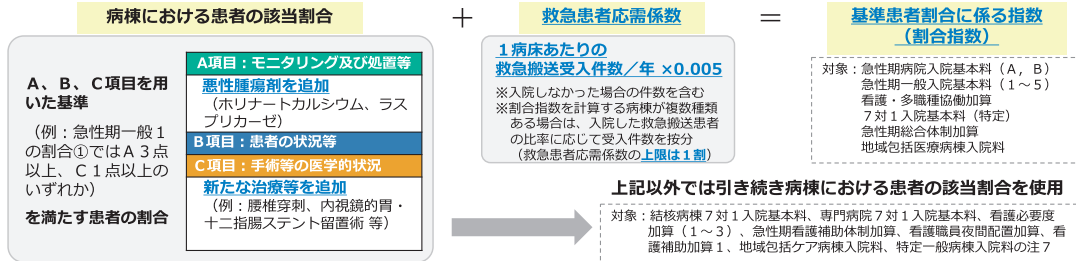


146

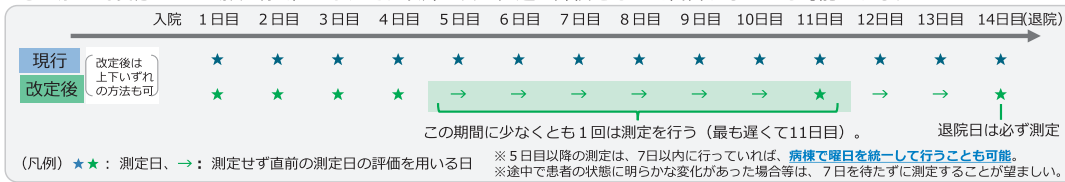
## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

### 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		改定後（割合指数の基準）		【該当患者の基準】	
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※2	必要度Ⅰ※2	必要度Ⅱ※2	
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%	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
急性期一般入院料2	22%	21%	急性期一般入院料2	28%	27%
急性期一般入院料3	19%	18%	急性期一般入院料3	24%	23%
急性期一般入院料4	16%	15%	急性期一般入院料4	20%	19%
急性期一般入院料5	12%	11%	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①：20% 割合②：27%	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%
総合入院体制加算1	33%	32%	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%
総合入院体制加算2	31%	30%	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%
総合入院体制加算3	28%	27%	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%
地域包括医療病棟	割合①：16% 割合②：15%		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%

※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。

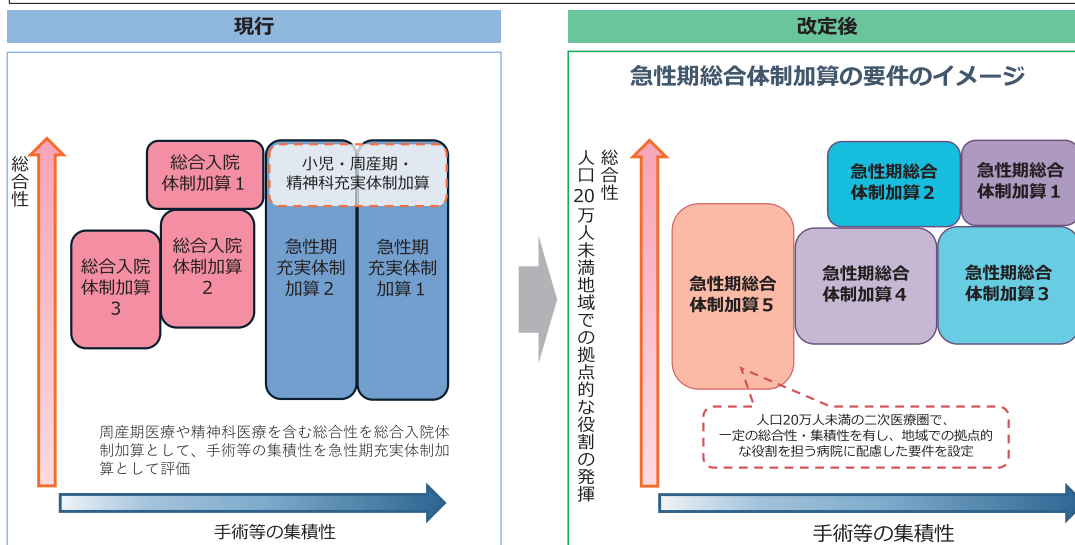
現行			改定後（該当患者割合の基準）			【該当患者の基準】	
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1		必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1		
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	8%	7%	7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	8%	7%	7対1 入院基本料 (専門病院入 院基本料)※a	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%	7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①:22% 割合②:29%	割合①:21% 割合②:28%		割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
看護必要度加算1 (特定、専門)	18%	17%	看護必要度加算1 (特定、専門)	18%	17%	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
看護必要度加算2 (特定、専門)	16%	15%	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%	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%	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%	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
看護補助加算1	4%	3%	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%	地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%		

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

※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、評価要件を用いて評価を行っていること  
※b 看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

## 急性期総合体制加算の新設①

- ▶ 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに急性期総合体制加算として評価。
- ▶ 急性期総合体制加算5の要件は、人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院の特性に配慮したものである。



# 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	○	○	○	○

151

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-③

## 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準・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準・入院医療の提供を行ってなくてもよい。)		・精神科につき24時間対応できる体制があること		
手術等の集積性 (年間の実績)	全身麻酔手術2000件以上		イ及びロを満たす		イ又はロを満たす
	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 心臓胸部大血管手術60件以上 (加算 1 及び 3 では100件) ロ 脳神経外科手術50件以上* ハ 分娩件数100件以上 ニ 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) ホ ※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	イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 ロ 放射線治療 (対外照射法) 200例以上 ハ 6歳未満の手術40件以上 ニ 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) ホ ※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	ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 エ 消化管内視鏡手術600件以上	ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 エ 消化管内視鏡手術600件以上	全身麻酔手術800件以上 (地域最多救急病院を除く)
医療提供機能に係る要件	・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している		・外来を縮小する体制を有する		
併届出等に係る要件	・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等の治療室の届出 ・院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている		・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		・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上		
その他共通の施設基準	・医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備		・入院支援加算 1 又は 2 の届出		
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

152

## 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、 <b>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</b>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制(望ましい要件)、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				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	— (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

153

## 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"> <li>・地域医療体制確保加算 (新設) 620点</li> </ul> <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"> <li>ア 令和6年度においては、1,785時間以下</li> <li>イ 令和7年度においては、1,710時間以下 (新設)</li> </ul>	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 地域医療体制確保加算1 620点</li> <li>2 地域医療体制確保加算2 720点</li> </ul> <p>【施設基準】</p> <p>1 地域医療体制確保加算1の施設基準 当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 令和8年度においては、1,635時間以下</li> <li>イ 令和9年度においては、1,560時間以下</li> </ul> <p>2 地域医療体制確保加算2の施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。</li> <li>イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。</li> <li>ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。</li> </ul> </li> <li>・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。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。</li> <li>イ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。</li> </ul> </li> </ul>

154

## 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

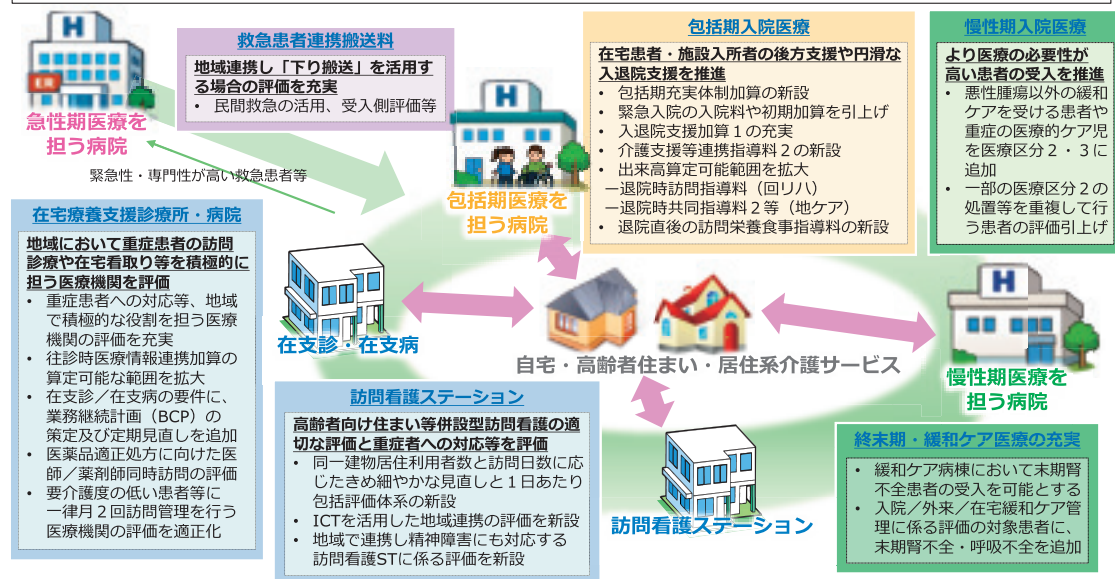
		点数	病院の機能等	職員の配置	必要度	入室日SOFA	1床の面積	その他		
救命救急入院料	入院料1	～3日 12,379点 4～7日 11,240点 8日～ 9,894点	・救命救急センターを有する	・宿日直ではない専任の医師が常時治療室内に勤務（治療室内） ・手術に必要な麻酔科医の体制	看護師 2対1 ICU用 (Ⅱ)	7割以上	-	・救急蘇生装置、ポータブルX線撮影装置等を備えている ・自家発電装置を有する病院であり、院内で必要な検査が常時実施できる ・医療安全対策加算1の届出がある ・救急時医療情報閲覧機能を有する		
	入院料2	～3日 10,623点 4～7日 9,629点 8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 ・専任の医師（宿日直可）が常時、原則として治療室内に勤務	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 <sup>2</sup> （新生児用は9m <sup>2</sup> ）	・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				7割以上	3以上の患者が2割以上（直近1年）	15m <sup>2</sup> （新生児用は9m <sup>2</sup> ）		
	管理料3	～7日 9,390点 8日～ 7,770点				-	-	-		
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	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

令和8年度診療報酬改定

## 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、高齢者が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	改定後
<b>【地域包括医療病棟入院料】</b> 地域包括医療病棟入院料（1日につき） <u>3,050点</u>	<b>【地域包括医療病棟入院料】</b> 地域包括医療病棟入院料（1日につき） <ul style="list-style-type: none"> <li>1 地域包括医療病棟入院料 1                             <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 入院料 1 <span style="float: right;">3,367点</span></li> <li>ロ 入院料 2 <span style="float: right;">3,267点</span></li> <li>ハ 入院料 3 <span style="float: right;">3,117点</span></li> </ul> </li> <li>2 地域包括医療病棟入院料 2                             <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 入院料 1 <span style="float: right;">3,316点</span></li> <li>ロ 入院料 2 <span style="float: right;">3,216点</span></li> <li>ハ 入院料 3 <span style="float: right;">3,066点</span></li> </ul> </li> </ul>
<b>【算定要件】</b> 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。	<b>【算定要件】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 同一病院内の<b>A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無</b>に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。  <b>地域包括医療病棟入院料1</b>：A100算定病棟なし  <b>地域包括医療病棟入院料2</b>：A100算定病棟あり</li> <li>○ 入院料1～3については、<b>患者の入院形態及び治療予定</b>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<b>手術を行わないもの</b>                      入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの                      入院料3：<b>予定入院</b>で、主傷病に対して<b>手術を行うもの</b>                      ※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。</li> </ul>

159

## 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

- ▶ **高齢者の中重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				
看護職員の配置		10対1（7割以上が看護師） ★経過措置あり				
多職種配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名				
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす <b>A2点以上、C1点以上</b>				
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	<b>基準該当患者割合に係る指数</b> （※）として 必要度Ⅰ <b>19%</b> 必要度Ⅱ <b>18%</b> ※該当患者割合＋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	<u>21日</u>	<b>20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日</b> (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)				
在宅復帰率		80%以上				
ADLが低下した患者の割合	5%未満	<b>7%未満</b> (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)				
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満				
救急搬送後の患者の割合		15%以上				
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e1eef6;">地域包括医療病棟 1</th> <th style="background-color: #e1eef6;">地域包括医療病棟 2</th> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1eef6;">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</td> <td style="background-color: #e1eef6;">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</td> </tr> </table>	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
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	<u>3,050点</u>	<b>3,117～3,367点</b> / <b>3,066～3,316点</b>				

160

## 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
<b>【在宅患者支援病床初期加算】</b> [算定要件] (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 580点 ② ①の患者以外の患者の場合 480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 480点 ② ①の患者以外の患者の場合 380点	<b>【在宅患者支援病床初期加算】</b> [算定要件] (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① <b>緊急入院した患者の場合 590点</b> ② ①の患者以外の患者の場合 <b>410点</b> (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① <b>緊急入院した患者の場合 490点</b> ② ①の患者以外の患者の場合 <b>310点</b>

- ▶ 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。

161

## 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。

162

## 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

### 包括期充実体制加算の新設

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

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援

### (新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点



#### 【算定要件】

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

#### 【施設基準】

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

#### 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績

施設後方支援の体制（※）	原則 <b>3以上の施設の協力医療機関</b> になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの <b>緊急入院が直近3か月で15件以上</b> ② <b>在宅患者緊急入院診療加算1～3</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>12回以上</b> 又は <b>協力対象施設入所者入院加算1・2</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>4回以上</b>
救急医療の実績	<b>救急搬送及び下り搬送からの入院が全入院患者の8%以上</b>
入退院支援の実績	<b>退院時共同指導料2と介護支援等連携指導料2</b> の算定回数が <b>直近3か月</b> で合わせて <b>3回以上</b>

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

163

## 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**

164

## 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					
配置基準	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
	・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					
配置基準	入院料1 2,346点	入院料2 2,274点	入院料3 2,062点	入院料4 2,000点	入院料5※1 1,794点
	・看護配置13対1（看護師7割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師4割） ・専従PT2名/OT1名		
重症患者割合	3割5分以上		2割5分以上		
実績指数	42以上	32以上※2	37以上	32以上※2	

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 要

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。

・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。

165

## 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]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

166

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

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

※ 入院料5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。

167

## 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3の患者と医療区分2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3の患者と医療区分2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。

168

## 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"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> <li>・<u>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。)</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管癒着もしくは急性肺炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る)</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> <li>・<u>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</u></li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))</li> <li>・その他の指定難病等(スモンを除く。)</li> <li>・脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。)</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る。)</li> <li>・悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)</li> <li>・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。)</li> <li>・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疼痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。)</li> <li>・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疼痛のコントロールが必要な状態に限る。)</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> <li>・<u>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。)</u></li> </ul>	<p>(1)感染症の治療に係る処置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る)</li> </ul> <p>(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"> <li>・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。)</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</li> <li>・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管癒着又は急性肺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日を過ぎて実施するものに限る)</li> <li>・人工腎臓、持続濾過式血液濾過、腹膜透析又は血漿交換療法</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)</li> </ul> <p>(3)その他の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> </ul> <p>(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

169

## 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年間では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。



170

# 精神科入院医療

171

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-5-4 質の高い精神医療の評価-①

## 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**

<b>13対1入院基本料の場合</b>	<b>357点</b>
<b>15対1入院基本料の場合</b>	<b>196点</b>



[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。

172

## 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)**

<b>加算1</b>	<b>800点</b>
<b>加算2</b>	<b>250点</b>
<b>加算3</b>	<b>50点</b>

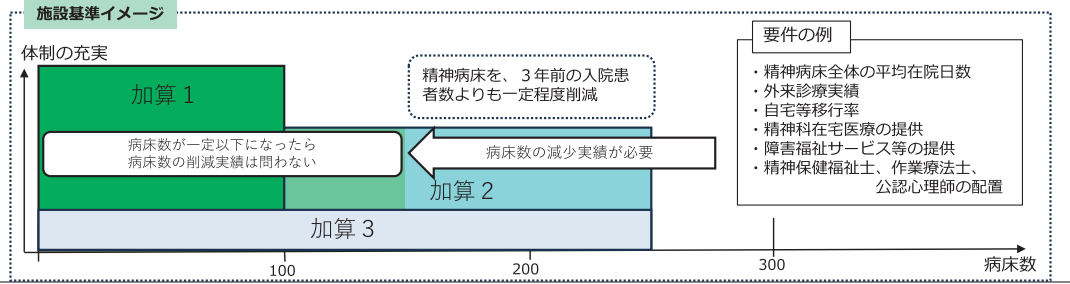
**[対象患者]**

- ・精神科棟入院料 (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。



173

## 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 <b>6割以上</b> が、当該保険医療機関に入院した日から起算して <b>6月以内</b> に退院し、自宅等へ移行すること。	○	○	-
ア又はイ及びウから力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 工 在宅精神療法: 20回以上 才 精神科在宅患者支援管理料: 10回以上 力 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	
○病床数に係る要件			
<b>加算1</b>	<b>加算2</b>	<b>加算3</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病床 ≦ 100床</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・101床 ≦ 精神病床 ≦ 150床 又は以下を全て満たすこと。</li> <li>・151床 ≦ 精神病床 ≦ 250床</li> <li>・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。</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病床 ≦ 250床</li> <li>・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</li> <li>・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと</li> <li>・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)</li> </ul>	
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	

174

## 入院(共通事項)

175

令和8年度診療報酬改定

### 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～)	身体的拘束最小化の実績等に係る基準 (R8改定で新設)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>身体的拘束最小化チームの設置</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いずれかを満たすこと</li> <li>身体的拘束の実施割合が1割5分以下</li> <li>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</li> </ul>	
○ (満たしている)	○ (満たしている)	減算なし
○ (満たしている)	×	20点減算
×	×	40点減算

#### 入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

[施設基準]

第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則

(10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

176

## 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	改定後
<p><b>【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】</b> [施設基準（通知）]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>・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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底</li> <li>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。）</li> <li>ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修</li> </ul>	<p><b>【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】</b> [施設基準（通知）]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から</b>、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。<b>また、こうした組織風土の醸成に努めること。</b></li> </ul> <p>・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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底</li> <li>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。）</li> <li>ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（<b>身体的拘束の代替手段</b>に関する内容のほか、<b>患者の尊厳の保持の重要性</b>に関する内容を含むことが望ましい。）</li> </ul>

177

## 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。

178

## 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	改定後															
<p><b>特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)</b></p> <p>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</p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステニン尿症食、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)</p>	<p><b>特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)</b></p> <p>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</p> <p><b>(一) 治療食</b></p> <p>疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステニン尿症食、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。)</p> <p><b>(二) 嚥下調整食</b></p> <p><b>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</b></p>															
<p>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)</p> <p>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)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>嚥下調整食1j</th> <th>嚥下調整食2-1</th> <th>嚥下調整食2-2</th> <th>嚥下調整食3</th> <th>嚥下調整食4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>トマトゼリーをゼリー状に固めたもの</td> <td>600gのメッシュに通し、なめらかにしたもの</td> <td>全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの</td> <td>食材をミキサーにかけて舌で押しつぶができるムース状にしたもの</td> <td>ゆで麺を押しつぶせる程度のやわらかにしたもの</td> </tr> </tbody> </table> <p>(写真) 老年栄養ドットコム <a href="https://geriatrics.jp/">https://geriatrics.jp/</a></p>	嚥下調整食1j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4						トマトゼリーをゼリー状に固めたもの	600gのメッシュに通し、なめらかにしたもの	全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	食材をミキサーにかけて舌で押しつぶができるムース状にしたもの	ゆで麺を押しつぶせる程度のやわらかにしたもの	<p><b>【主な算定要件】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 加算の対象となる嚥下調整食は、<b>安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態</b>であり、<b>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。</b></li> <li>○ <b>定期的に多職種によるミールラウンド</b>を行い、嚥下調整食の必要性等を確認し、<b>常食が適している場合は、速やかに食事変更</b>を行うこと。</li> </ul> <p><b>【主な施設基準】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検査が毎日行われるとともに、<b>定期的に多職種による試食会やカンファレンス</b>が開催されていること。</li> <li>○ <b>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</b>であること。</li> </ul>
嚥下調整食1j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4												
																
トマトゼリーをゼリー状に固めたもの	600gのメッシュに通し、なめらかにしたもの	全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	食材をミキサーにかけて舌で押しつぶができるムース状にしたもの	ゆで麺を押しつぶせる程度のやわらかにしたもの												

179

## 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。

180

## 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

### 入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

- ▶ 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。
  1. 別表第5の1の2、4及び5が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料**等（緩和ケア病棟入院料以外）において、
    - ① 抗悪性腫瘍剤
    - ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬
    - ③ エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
 を出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を1つにまとめる。
  2. 血友病の患者に使用する医薬品について、**血友病類縁疾患に使用する場合も出来高算定可能**とする。
  3. 出来高算定可能な薬剤として、新たに**生物学的製剤及び JAK 阻害薬**（いずれも**免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。**）を**追加**する。
  4. 「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了**し、以降は包括対象とする。
  5. 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記1～4と同様に整理する。

181

## 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 回復期 リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療院 等に入所中の患者、入院中の患者 であって短期入所療養介護を 受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○* ※入院中の患者であって短期入所療養 介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベオエチ ン、エポエチンベータベゴル、 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

182

## 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。

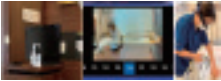
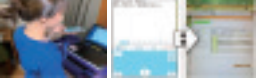

【対象となる入院料を算定する病棟】 急性期一般入院料1～6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療療養入院料1・2、小児入院医療管理料1～4  
 特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

#### 【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者を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

#### 【施設基準（概要）】

- ・ 看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器</li> <li>・ 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる</li> </ul> (例) 見守りカメラ、スマートグラス 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器</li> </ul> (例) スマートフォン、音声入カシステム 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯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</li> </ul> (例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能 

- ・ ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の1人1月当たりの超過勤務時間の状況について、平均10時間以下であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。
- ・ ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。
- ・ 厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する随時調査に適切に参加すること。
- ・ 1日当たり勤務する看護要員の数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に、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
- 上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じること。

### 医師事務業務の明確化

- ▶ 医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲を明確化する。

#### 現行

##### 【施設基準】

○医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行人入力、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・診療情報提供者・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・クリニックバス・地域連携バスへの代行人入力、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	
<p>➢ 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。</p>	
現行	改定後
<p>【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おいては、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。</p> <p>イ〜ウ（略）</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p>	<p>【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おいては、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。</p> <p>イ〜ウ（略）</p> <p>【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。</p> <p>【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時間以上であることをいう。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。</p>

185

## 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	
<p>➢ 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。</p>	
現行	改定後
<p>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</p>	<p>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 <b>(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</b> ハ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p>
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	
<p>➢ 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。</p> <p><b>第26の5 入退院支援加算</b> 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) <b>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。</b></p>	
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	
<p>➢ 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。</p> <p>(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 <b>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。</b></p>	

186

## 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	改定後
<p>【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</p>	<p>【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<b>若しくは</b>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<b>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</b>（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 <b>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</b> 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</p>

### 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。

<p>【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）</p>	<p>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</p>
<p>【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</p>	<p>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</p>

- 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 □ その他のもの(片側) (新設) 17,457点	[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 □ その他のもの(片側) 18,001点 K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、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

$$\left\{ \begin{array}{l} \frac{90+10}{100+20} \\ \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \end{array} \right. \approx 1.32$$

189

## (参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

### 短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
D237 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 □ 保険医療機関内又は訪問して実施するもの	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回(透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合)
D237-2 反復睡眠時試験(MSLT)	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回(その他の場合)
D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術	K617-2 大伏在静脈抜去術
K046 骨折観血的手術 6 手舟状骨骨折観血的手術	K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 6 前腕骨内異物除去術	K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 8 鎖骨骨内異物除去術	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 10 手根骨内異物除去術	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)
K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 11 中手骨内異物除去術	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
K070 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径二センチメートル以上
K093-2 手根管開放手術(内視鏡下)	K743 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術に限る。)
K202 尿管チューブ挿入術 1 尿道内視鏡を用いるもの	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K217 眼瞼(内反症)手術 2 皮膚切開法	K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)	K867 子宮頸部(腔部)切除術
K242 斜視手術 2 後転法	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、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
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	K890-3 腹腔鏡下卵管形成術
K318 鼓膜形成手術	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K333 鼻骨骨折整復固定術	
K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	
K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	

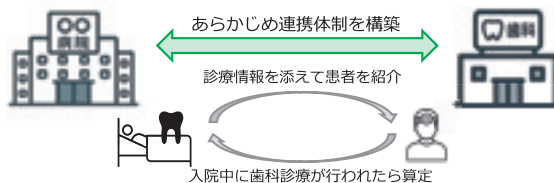
190

## 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際の方法等について文書により提供を受けていること。
- 連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示及びウェブサイトに掲載**していること。
- 過去1年間に以下の実績を有すること。
  - ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から**歯科訪問診療を受けた実績が3件以上**
  - イ 退院時に「B009」の注14に規定する**歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上**
- 入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制や、口腔状態に問題があれば、入院中の受診を必要としない場合であっても、退院後に歯科への受診を促す体制が整備されていることが望ましい。

191

## 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 <b>14点</b>
3 3級地 14点	3 3級地 <b>11点</b>
4 4級地 11点	4 4級地 <b>7点</b>
5 5級地 9点	5 5級地 <b>4点</b>
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、「地方公務員の給与と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。

192

**(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
	茨城県	つくば市
2級地	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
3級地	大阪府	大阪市、吹田市
	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	名古屋市の、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域
	京都府	長岡京市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
4級地	宮城県	仙台市、多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市の、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	名古屋市の、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、龍ヶ崎市の、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		
	5級地	5級地	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
			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	対象外地域	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	
		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			

## 経過措置

195

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、現に日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。

196

### 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。

197

### 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。

198

### 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。

199

### 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。

200

### 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	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	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	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。

201

### 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	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	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	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	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	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	令和8年12月31日まで	令和8年3月31日時点で現にハイケアユニット入院医療管理料1又はハイケアユニット入院医療管理料2に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和8年度改定後の基準をそれぞれ満たすものとみなす。
40	A301-3	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	令和9年5月31日まで	令和8年3月31日の時点で、現に母体・胎児集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、妊産婦の搬送受入件数に関する実績要件に該当するものとみなす。

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

202

## 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あります。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。

203

## 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あります。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。

204

### 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	「日本透析協会、日本透析協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。

205

## 附帯意見

206

## 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。

207

## 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。

208

## 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。

209

## 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 長期取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。

210

## 届出について

211

### 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。

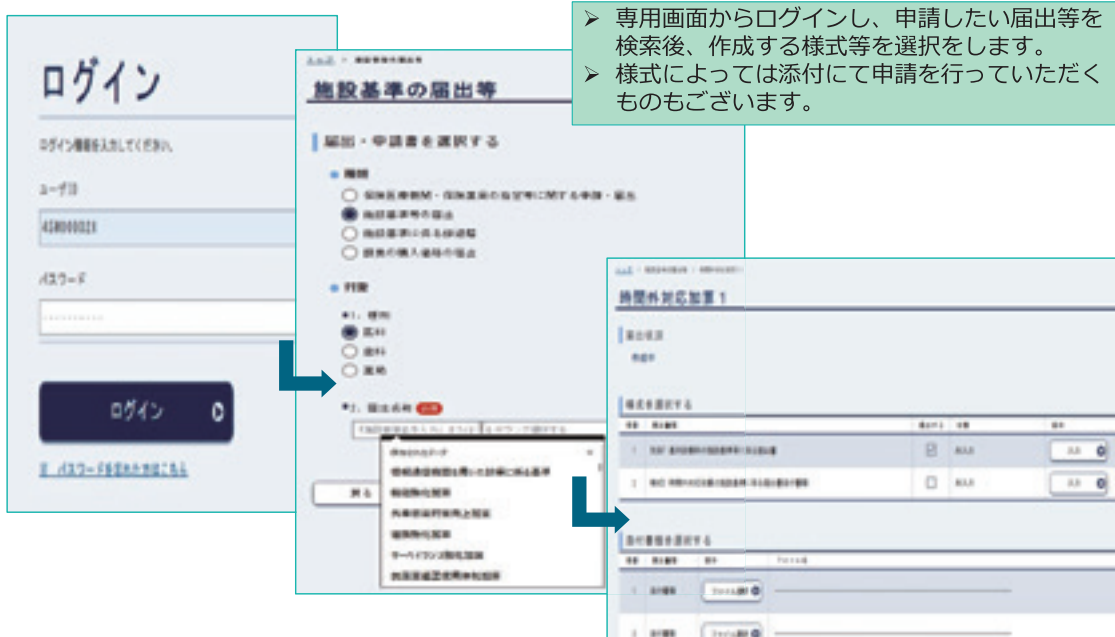
### 保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

※R8.1.26時点

212

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。

213

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。



➢ 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。

214

## 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>



215

令和8年度診療報酬改定

## 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。

※施設基準届出チェックリスト等は厚生労働省のホームページ（[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67729.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html)）に掲載されております。



216

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

基本診療料①

1	初診料（医科）の注16、再診料（医科）の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算
2	外来データ提出加算
3	入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準
4	急性期病院一般入院基本料
5	急性期病院精神科棟入院基本料
6	精神科棟入院基本料の注7に規定する精神科棟看護・多職種協働加算
7	特定機能病院A入院基本料及び特定機能病院B入院基本料
8	特定機能病院入院基本料の注11に規定する精神科棟看護・多職種協働加算
9	情報通信機器を用いた看護業務の効率化に係る基準
10	急性期総合体制加算
11	包括充実体制加算
12	医師事務作業補助体制加算のICT機器を活用した配置人数の算入方法に係る基準
13	電子的診療情報連携体制整備加算

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

基本診療料②

14	看護・多職種協働加算
15	産科管理加算
16	精神科慢性身体合併症管理加算
17	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2
18	口腔管理連携加算
19	感染対策向上加算の注3に規定する微生物学的検査体制加算
20	身体的拘束最小化推進体制加算
21	地域支援・医薬品供給対応体制加算
22	病棟薬剤業務実施加算1
23	地域医療体制確保加算2
24	医療提供機能連携確保加算
25	精神科地域密着多機能体制加算
26	救命救急入院料の注12に規定する広範囲熱傷管理加算

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表 1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、  
令和 8 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出が必要なもの

基本診療料③

27	特定集中治療室管理料の注 8 に規定する広範囲熱傷管理加算
28	ハイケアユニット入院医療管理料の注 5 に規定する入院料
29	地域包括医療病棟入院料の注 11 に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算 2
30	回復期リハビリテーション病棟入院料の注 4 に規定する回復期リハビリテーション強化体制加算
31	地域包括ケア病棟入院料の注 14 に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
32	精神科急性期治療病棟入院料の注 4 に規定する精神病棟看護・多職種協働加算
33	短期滞在手術等基本料の注 3 に規定する入院手術対応加算

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表 1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、  
令和 8 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出が必要なもの

特掲診療料①

1	遠隔電子処方箋活用加算
2	地域連携小児夜間・休日診療料の注 2 に規定する院内トリアージ実施体制加算
3	地域連携夜間・休日診療料の注 2 に規定する院内トリアージ実施体制加算
4	救急外来医学管理料
5	救急外来医学管理料の注 3 に規定する救急外来緊急検査対応加算
6	救急外来医学管理料の注 5 に規定する救急時医療情報取得加算
7	救急外来医学管理料の注 7 に規定する院内トリアージ実施体制加算
8	地域包括診療料の注 4 に規定する外来データ提出加算
9	充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合）
10	充実管理加算 2（脂質異常症を主病とする場合）
11	充実管理加算 1（高血圧症を主病とする場合）
12	充実管理加算 2（高血圧症を主病とする場合）
13	充実管理加算 1（糖尿病を主病とする場合）

※表 1、表 2、表 3 及び表 4 については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

特掲診療料②

14	充実管理加算2（糖尿病を主病とする場合）
15	心不全再入院予防継続管理料
16	在宅療養支援診療所（別添1の第9の1の（2）のア）
17	在宅医療充実体制加算
18	プログラム医療機器等指導管理料の注3の施設基準
19	救急患者連携搬送料2
20	在宅患者訪問看護・指導料の注19（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。）に規定する訪問看護医療情報連携加算
21	訪問看護遠隔診療補助料
22	在宅自己腹膜灌流指導管理料2
23	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算
24	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
25	抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74（AAVrh74）抗体
26	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

特掲診療料③

27	壁側胸膜凍結生検法
28	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（PSMAイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準
29	通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算
30	通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算2
31	通院・在宅精神療法の注13の施設基準
32	認知療法・認知行動療法3
33	腎代替療法診療体制充実加算
34	同種死体移植腎機械灌流保存
35	静脈奇形硬化療法（一連につき）
36	脛骨遠位骨切り術
37	人工関節置換術（人工肩関節置換術（腿移行を伴うもの）に限る。）
38	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
39	機能的定位脳手術（てんかんの場合）

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、  
令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

特掲診療料④

40	培養ヒト角膜内皮細胞移植術
41	経皮的選択的眼動脈注入術
42	上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
43	心腫瘍摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
44	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むものに限る。）
45	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術
46	経皮的三尖弁クリップ術
47	腎神経焼灼術
48	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
49	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
50	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
51	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表1】新設された又は施設基準が創設されたことにより、  
令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの

特掲診療料⑤

52	子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算1又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算2を算定する場合に限る。）
53	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
54	医科点数表第2章第10部手術の通則の9（歯科点数表第2章第9部手術の通則7を含む。）に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
55	外科医療確保特別加算
56	内視鏡手術用支援機器加算
57	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの） 1 麻酔に従事する医師が専従で実施する場合
58	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの） 2 麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合
59	国際標準病理診断管理加算
60	地域支援・医薬品供給対応体制加算
61	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に関する施設基準
62	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に関する施設基準（注6に関する施設基準については、令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表2】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの）

**基本診療料①**

1	機能強化加算（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
2	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
3	特定機能病院C入院基本料（令和8年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「A104」に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
4	専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
5	精神病棟入院料（15対1入院基本料、18対1入院基本料、及び20対1入院基本料に限る。）（令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
6	急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200」に掲げる総合入院体制加算又は「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
7	急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200」に掲げる総合入院体制加算又は「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
8	急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

※表2における経過措置期間については、令和8年3月31日時点で改正前の入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表2】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの）

**基本診療料②**

9	バイオ後継品使用体制加算（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
10	特定集中治療室管理料1（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
11	特定集中治療室管理料2（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料3又は4に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
12	特定集中治療室管理料3（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料5又は6に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
13	救命救急入院料の注11に規定する重症患者対応体制強化加算
14	特定集中治療室管理料の注6に規定する重症患者対応体制強化加算
15	ハイケアユニット入院医療管理料1及び2（令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
16	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
17	母体・胎児集中治療室管理料（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

※表2における経過措置期間については、令和8年3月31日時点で改正前の入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表2】施設基準の改正されたもの

(令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの)

基本診療料③

18	地域包括医療病棟入院料1
19	地域包括医療病棟入院料2（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A304」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
20	回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3及び4（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
21	回復期リハビリテーション入院医療管理料（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
22	精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算
23	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

※表2における経過措置期間については、令和8年3月31日時点で改正前の入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表2】施設基準の改正されたもの

(令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出が必要なもの)

特掲診療料

1	外来腫瘍化学療法診療料1（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
2	B R C A 1 / 2 遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするもの（乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合に限る。）
3	在宅療養支援診療所（別添1の第9の1の（2）のA以外については、令和9年6月1日以降に引き続き届け出る場合に限る。）
4	在宅療養支援病院（令和9年6月1日以降に引き続き届け出る場合に限る。）
5	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
6	C T 撮影及びM R I 撮影に関する施設基準（128列以上のマルチスライス型の機器によるC T 撮影に限る。）
7	通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算1から3
8	医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
9	周術期栄養管理実施加算（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
10	外来・在宅ベースアップ評価料（I）
11	外来・在宅ベースアップ評価料（II）
12	入院ベースアップ評価料

※表2における経過措置期間については、令和8年3月31日時点で改正前の特掲診療料の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用されますのでご注意ください。

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

基本診療料①

1	情報通信機器を用いた診療
2	地域包括診療加算
3	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6及び地域一般入院料1に限る。）
4	療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算
5	療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算
6	結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
7	特定機能病院C入院基本料（7対1入院基本料（一般病棟に限る。）を除く。）
8	専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）
9	特定機能病院入院基本料の注5及び専門病院入院基本料の注3に規定する看護必要度加算
10	専門病院入院基本料の注4及び特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
11	障害者施設等入院基本料
12	有床診療所入院基本料の注5に規定する医師配置加算
13	医師事務作業補助体制加算

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

基本診療料②

14	急性期看護補助体制加算
15	看護職員夜間配置加算
16	特殊疾患入院施設管理加算
17	看護補助加算
18	緩和ケア診療加算
19	小児緩和ケア診療加算
20	医療安全対策加算
21	医療安全対策加算の注2に規定する医療安全対策地域連携加算
22	感染対策向上加算
23	褥瘡ハイリスク患者ケア加算
24	入退院支援加算
25	地域医療体制確保加算 1
26	精神科急性期医師配置加算

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

**基本診療料③**

27	協力対象施設入所者入院加算
28	特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算
29	新生児特定集中治療室管理料2
30	特殊疾患入院医療管理料
31	新生児特定集中治療室管理料2
32	小児入院医療管理料
33	地域包括ケア病棟入院料
34	地域包括ケア入院医療管理料
35	特殊疾患病棟入院料
36	精神科救急急性期医療入院料
37	精神科救急・合併症入院料
38	特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
39	特定一般病棟入院料の注7に規定する入院料

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

**特掲診療料①**

1	外来緩和ケア管理料
2	二次性骨折予防継続管理料
3	地域包括診療料
4	小児かかりつけ診療料
5	遠隔連携診療料
6	遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3（令和8年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注6に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
7	遺伝性疾患療養指導管理料の注5（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注7に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
8	往診料の注10に規定する介護保険施設等連携往診加算
9	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注21に規定する在宅医療DX情報活用加算
10	在宅時医学総合管理料の注15（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療情報連携加算
11	がんゲノムプロファイリング検査

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

特掲診療料②

12	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D023」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
13	検体検査管理加算(Ⅱ)
14	検体検査管理加算(Ⅲ)
15	検体検査管理加算(Ⅳ)
16	センチネルリンパ節生検（片側）
17	無菌製剤処理料
18	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)
19	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
20	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
21	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
22	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
23	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
24	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

特掲診療料③

25	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)
26	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
27	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)
28	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)
29	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
30	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
31	難病患者リハビリテーション料
32	障害児（者）リハビリテーション料
33	がん患者リハビリテーション料
34	認知症患者リハビリテーション料
35	集団コミュニケーション療法料
36	通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法
37	認知行動療法2

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表3】施設基準の改正されたもの**  
 （令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関において、引き続き当該点数を算定する場合には、届出が必要でないもの）

特掲診療料④

38	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）
39	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
40	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
41	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
42	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術
43	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）
44	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
45	医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術
46	輸血管理料Ⅰ
47	自己生体組織接着剤作成術
48	自己クリオプレシビート作製術（用手法）及び同種クリオプレシビート作製術
49	強度変調放射線治療（IMRT）
50	看護職員処遇改善評価料

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

**【表4】施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの**

基本診療料①

再診料の注10に規定する時間外対応加算1	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算1
再診料の注10に規定する時間外対応加算2	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算2
再診料の注10に規定する時間外対応加算3	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算3
再診料の注10に規定する時間外対応加算4	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算4
診療録管理体制加算1及び診療録管理体制加算2	→	診療録管理体制加算1
診療録管理体制加算3	→	診療録管理体制加算2
精神病棟入院基本料	→	精神病棟入院料
療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算	→	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算	→	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	→	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表4】施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

基本診療料②

救命救急入院料 1	→	救命救急入院料 2
救命救急入院料 2	→	救命救急入院料 1
救命救急入院料 3	→	救命救急入院料 2
救命救急入院料 4	→	救命救急入院料 1
地域包括医療病棟入院料の注8に規定する看護補助体制充実加算	→	地域包括医療病棟入院料の注9に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算	→	地域包括医療病棟入院料の注11に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算 1
地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する看護補助体制充実加算	→	地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
病棟薬剤業務実施加算 1	→	病棟薬剤業務実施加算 2
病棟薬剤業務実施加算 2	→	病棟薬剤業務実施加算 3

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表4】施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

特掲診療料①

生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に規定する施設基準	→	充実管理加算3（脂質異常症を主病とする場合）
生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に規定する施設基準	→	充実管理加算3（高血圧症を主病とする場合）
生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に規定する施設基準	→	充実管理加算3（糖尿病を主病とする場合）
救急患者連携搬送料	→	救急患者連携搬送料 1
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算	→	通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算 1
コンピューター断層撮影（CT撮影）の「1」CT撮影の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合	→	コンピューター断層撮影（CT撮影）の「1」CT撮影の「ロ」64列以上128列未満のマルチスライス型の機器による場合
血流予備量比コンピューター断層撮影	→	血流予備量比コンピューター断層撮影解析
組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	→	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）に限る。）

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

【表4】施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

特掲診療料②

乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	→	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	→	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
一回線量増加加算	→	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）及び強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）

※表1、表2、表3及び表4については、訂正を行う場合がありますので今後の訂正通知等を必ずご確認ください。

<令和8年度診療報酬改定関連ホームページ>

- ・ 日本医師会（会員限定メンバーズルーム）



<https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r08kaitei/index.html>

- ・ 福岡県医師会（会員限定）



[https://www.fukuoka.med.or.jp/members/iryo\\_hoken/shinryo/R8sinryohosyu.html](https://www.fukuoka.med.or.jp/members/iryo_hoken/shinryo/R8sinryohosyu.html)

- ・ 九州厚生局



[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iryo\\_shido/r08\\_shinryohoshu\\_00001.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iryo_shido/r08_shinryohoshu_00001.html)

# 令和8年度診療報酬改定 疑義照会について

## 【疑義照会フォーム（福岡県医師会）】



<https://forms.gle/JLGknSxfYAsn2ZWv6>

- ・ 原則、上記フォームにより送付いただきますようお願いいたします。
- ・ 1件につき、1内容の照会としていただきますようご協力をお願いいたします。
- ・ ご質問に対しては個別に回答いたしますので、必ずメールアドレス（お持ちでない場合はFAX番号）の記載をお願いいたします。
- ・ ご質問内容によっては回答にお時間を要する場合がございます。何卒ご了承ください。

※疑義照会に係る添付資料がある場合やインターネット環境がない場合は、下記に記載のうえ本会宛 FAX（092-411-6848）にて送付いただきますようお願いいたします。

照会の種類（注）	診療報酬改定に関する質問・その他（ <input type="text"/> ）		
医療施設（注）	病院 ・ 有床診療所 ・ 診療所		
医療機関等名称	（コード： <input type="text"/> ）		
所属医師会		照会日	令和 年 月 日
担当者氏名		職種	
電話番号	- -	FAX番号	- -
照会区分（注）	算定 ・ 基本診療料 ・ 特掲診療料 ・ その他（ <input type="text"/> ）		
参考資料等記入欄	《区分番号 <input type="text"/> 》		
疑義事項 主題	<input type="text"/>		
(質問事項)	※詳細にご記載ください。（別紙または資料の添付： 有（ <input type="text"/> 枚） ・ 無（ <input type="text"/> ））		
(医療機関等の見解)	※詳細にご記載ください。 <input type="text"/>		
(回答)	<input type="text"/>		
照会先	福岡県医師会 地域医療課 宛 FAX：092-411-6858（番号誤りにご注意ください）		

（注）あてはまるものに○を記載してください。

公益社団法人 福岡県医師会

（受理 No. ）

