

中医協 総-1-2参考1
8 . 6 . 2 4

診調組 入-2参考1
8 . 5 . 1 4

参考

令和8年度診療報酬改定項目の概要

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目①

1. 賃上げ・物価対応

- 物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を的確に進める。

(1) 賃上げに向けた評価

- 令和8年・9年度それぞれ+3.2%分（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げに向け、ベースアップ評価料を見直す。
- また、夜勤職員の確保を行う観点から、夜勤手当に充てることを可能とする。

(例)

<u>外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時</u>	<u>6点 ⇒ 17点 (※)</u>
<u>入院ベースアップ評価料</u>	<u>1点~250点 (※)</u>
	※令和9年度は2倍となる予定

(2) 物価対応に向けた評価

- 令和8年・9年度の物価上昇に対応するため「物価対応料」を新設する。

(例)

<u>(新) 外来・在宅物価対応料 初診時</u>	<u>2点 (※)</u>
<u>(新) 入院物価対応料 急性期一般入院料1</u>	<u>58点 (※)</u>
	※令和9年度は2倍となる予定

(3) 入院料等の見直し

- 経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保のため、入院料等を引き上げる。

(例)

<u>急性期一般入院料1</u>	<u>1,688点 ⇒ 1,874点</u>
<u>特定集中治療室管理料1 7日以内</u>	<u>14,406点 ⇒ 14,980点</u>
<u>地域包括ケア病棟入院料1 40日以内</u>	<u>2,838点 ⇒ 2,955点</u>

(4) 入院時食事・光熱水費の基準

- 食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱・水道費の基準額をそれぞれ40円・60円引き上げる。

<u>入院時食事療養 (I) (1)</u>	<u>690円 ⇒ 730円</u>
<u>入院時生活療養 (I) (2)</u>	<u>398円 ⇒ 458円</u>

2. 急性期・高度急性期入院医療

- 急性期医療を提供する医療機関を、医療機関の果たす機能に応じて評価し、地域に不可欠な急性期医療を守るとともに、高度機能医療を担う病院や大学病院の特性に配慮する。

(1) 急性期病院一般入院基本料等の新設

- 地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。

<u>急性期病院A一般入院料</u>	<u>1,930点</u>
<u>急性期病院B一般入院料</u>	<u>1,643点</u>

(2) 特定機能病院入院基本料の見直し

- 特定機能病院の承認基準変更を踏まえ、区分を見直す。

<u>特定機能病院A入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)</u>	<u>2,146点</u>
<u>特定機能病院B入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)</u>	<u>2,136点</u>
<u>特定機能病院C入院基本料7対1入院基本料 (一般病棟)</u>	<u>2,016点</u>

(3) 急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、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体系に見直す。

<u>(新) 急性期総合体制加算1 7日以内 (1日につき)</u>	<u>530点</u>
------------------------------------	-------------

(4) 特定集中治療室管理料等の見直し

- ICU・HCUを有する医療機関の機能を踏まえ、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

(5) 多職種が病棟で協働する体制の評価

- 患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供する観点から、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協働を評価する。

<u>(新) 看護・多職種協働加算1 (1日につき)</u>	<u>277点</u>
<u>(新) 看護・多職種協働加算2 (1日につき)</u>	<u>255点</u>

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目②

3. 包括期・慢性期入院医療

- 2040年に向けて高齢者の更なる高齢化が進む中で、高齢者の特性に応じた緊急入院の受け入れ、円滑な入退院、高齢者の生活を支えるケアの推進等により、「治し、支える医療」の実現を図る。
- リハビリテーションにおける効果の実績、身体的拘束を行わないケア、歯科との連携等、質の高い医療の提供を評価する。

(1) 地域包括医療病棟の見直し

- 高齢者の特性に配慮し、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、ADL低下割合等の基準を見直し。
- 医療資源投入量の実態等を踏まえ、予定・緊急入院別、急性期病棟の併設の有無別に評価を行う。

地域包括医療病棟入院料 3,050点

⇒ 地域包括医療病棟入院料 1	入院料 1	3,367点
	入院料 2	3,267点
	入院料 3	3,117点

(2) 地域包括ケア病棟の見直し

- 在宅医療や協力対象施設への後方支援機能を高く評価する観点から、在宅患者支援病床初期加算の対象患者のうち、救急搬送された場合の評価対象を緊急入院した場合に拡大する。
- 地域包括ケア病棟におけるリハ・栄養・口腔の一体的管理をさらに推進する観点から、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 (14日まで) 30点

(3) 回復期リハビリテーション病棟の見直し

- より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション実績指数に係る要件を、従前はなかった入院料2・4にも導入する。
- 入院料1を対象に、排尿自立支援、退院前訪問指導の実施割合を要件とする加算を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 (1日につき) 80点

(4) 療養病棟入院基本料の見直し

- より医療の必要性が高い患者の受け入れを推進する観点から、緩和ケアを受ける患者、重症の医療的ケア児、一部の医療区分2の処置等を重複して行う患者の医療区分を引き上げる。
- あわせて、入院料2における医療区分2・3の患者割合の要件を5割から6割に引き上げる。

(5) 障害者施設等入院基本料の見直し

- 7対1・10対1入院基本料の看護補助加算等について、31日以降においても算定できることとする。

(新) 看護補助加算 八 (1日につき) 50点

(6) 質の高い包括期入院医療の評価

- 在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関に対する評価を新設する。

(新) 包括期充実体制加算 (14日まで) 80点

- 生活に配慮した支援を強化する観点から、包括期入院医療を担う病棟での入退院支援加算1の評価を引き上げる。

入退院支援加算 1 (退院時 1回) 地域包括医療病棟入院料等の場合 700点 ⇒ 1000点

- 身体的拘束最小化を管理者が組織的に行う場合の評価を新設する。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算 (1日につき) 40点

- 入院患者の歯科治療を行う取組の評価を新設する。

(新) 口腔管理連携加算 (入院中 1回) 600点

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目③

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- 更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

(1) ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、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は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

(2) 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

(3) やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、1割以内の一時的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・処遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。

(1) 人口少数地域で医療提供機能を確保する評価の新設

- 人口少数地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算 (入院初日) 600点
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価。
(新) 医療提供機能連携確保加算 (月1回) 50点

(2) 診療科偏在対策の推進

- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価。
(新) 地域医療体制確保加算2 (入院初日) 720点
- 加えて、長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価。
(新) 外科医療確保特別加算 所定点数の100分の15

(3) 人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応

- 急性期総合体制加算・急性期病院B一般入院料において、人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和
- へき地診療所において、在宅時総合医学管理料の常勤医師にかかる要件の緩和
- 医療資源の少ない地域において、地域包括診療加算・診療料における常勤医師にかかる要件の緩和
- 特別地域訪問看護加算の対象患者の範囲の拡大
- 離島加算の評価の引き上げ

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目④

6. 外来医療の機能分化・強化等

- かかりつけ医機能の推進を図るとともに、大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介を推進する。

(1) 外来機能分化の推進

- 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準を20%引き上げるとともに、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を、新たに外来診療料の減算対象患者とする。
- 診療所又は200床未満の病院が、特定機能病院等から紹介を受けて初診を行う場合の評価を新設する。

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

- 連携強化診療情報提供料について、紹介元・紹介先医療機関の範囲を拡大するとともに、他の医療機関と共同で継続的に治療管理を行う場合でも算定可能とする。

(2) 生活習慣病管理料の見直し

- 生活習慣病と関連の乏しい医学管理料等を包括外とする。
- 簡素化の観点から療養計画書の患者署名を不要とする。
- 糖尿病管理における眼科・歯科との連携を評価。

(新) 眼科(歯科) 医療機関連携強化加算 60点

- 外来データに基づく、質の高い生活習慣病管理を評価。

(新) 充実管理加算 1/2/3 30/20/10点

(3) 地域包括診療加算等の見直し

- 継続的かつ全人的な医療を推進する観点から、対象患者に、慢性疾患を有する介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者である患者を追加する。

(4) 時間外対応体制加算の見直し

- 名称を変更するとともに、評価を引き上げる。

時間外対応加算 1/2/3/4 5/4/3/1点

⇒時間外対応体制加算 1/2/3/4 7/5/4/2点

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関を評価する。
- 質の高い訪問看護を評価するとともに、提供する内容やコストに応じた適正な評価とする。

(1) 在宅医療充実体制加算の新設

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、重症患者の対応体制を有し、地域で在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、改定する。

在宅時総合医学管理料

(新) 在宅医療充実体制加算(単一建物患者が1人の場合)800点

(2) 適切な在宅医療の推進

- 連携型機能強化型在支診について、平時から訪問診療等を行っている医師により時間外往診体制を確保している医療機関とそれ以外に分けて評価する。
- 訪問診療を月2回以上行っている患者のうち重症患者の割合が**20%以上**の医療機関であることを、在宅時医学総合管理料(月2回以上訪問の場合)の要件とする。

(3) 同一建物に居住する利用者への訪問看護の見直し

- 同一建物に居住する利用者への訪問看護について、人数及び1月あたりの訪問日数に応じてきめ細やかな評価に見直す。
- 高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが行う、24時間体制で頻回に行う訪問看護を1日あたりで包括的に評価する項目を新設する。

(新) 包括型訪問看護療養費(1日につき)

1 20人未満 八 訪問看護時間90分以上 14,010円

(4) 質の高い訪問看護の評価

- 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 4

9,030円 5

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑤

8. 重点的な対応が求められる分野

- 医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、救急医療、小児・周産期医療、精神医療など重点的な対応が求められる分野への適切な評価を行う。
- より効率的・効果的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくため、医療DXやICT連携の活用、入院から外来への移行、最新の医療技術の導入、緩和ケア、医薬品適正使用などの評価を行う。

(1) 救急医療

- 夜間休日救急搬送医学管理料を改定し、救急外来医療を24時間提供する体制の評価を拡充する。

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料 1	800点
2 夜間休日救急医学管理料 1	600点

- 救急患者連携搬送料について、患者等搬送事業者等を活用した転院搬送や、下り搬送の受入側の評価を行う。

(新) 救急患者連携搬送料 1口 (1)	1,000点
(新) 救急患者連携搬送料 2イ	800点

(2) 小児・周産期医療

- 妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と、妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価する。

(新) 産科管理加算 (1日につき) 病院の場合 250点

- 小児の成人移行期医療を小児科以外の診療科が実施した場合、難病外来指導管理料を算定可能とする。

(3) 精神医療

- 多職種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、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理士の協働を評価する。

(新) 精神病棟看護・多職種協働加算 (15対1) 196点

- 地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。

(新) 急性期病院A精神病棟入院料 (13対1)	1,162点
(新) 急性期病院B精神病棟入院料 (13対1)	1,145点

- 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評価する観点から、小規模医療機関又は病床数を削減する医療機関が外来医療や障害福祉サービス等の提供を一体的に行う取組を評価する。

(新) 精神科地域密着多機能体制加算 1 (1日につき) 800点

- 公認心理師による支援を評価する心理支援加算の対象について、従前のPTSDから、神経症性障害、ストレス性障害等に拡大する。
- 早期診療体制充実加算について評価を見直し、連携体制を有する病院において、診療時間以外の時間の対応が可能な体制が整備されている場合に対する評価を新たに設ける。

早期診療体制充実加算 1/2/3 (3年以内) 50/20/15点

(4) 医療DX・オンライン診療

- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3	15点/9点/4点
再診時	2点

- D to P with Nについて、訪問看護と同時に実施できるようにするほか、訪問看護を同時に実施せずに患家に看護師等が訪問する場合の評価を新設する。また、訪問した看護師等が検査・処置等を実施する場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 265点

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料イ/口 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

(新) 看護師等遠隔診療処置実施料イ/口 100点/150点

令和8年度診療報酬改定の主要な改定項目⑥

8. 重点的な対応が求められる分野

(5) 入院から外来への移行の評価

- ▶ 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）について、新たな対象手術の追加を行う。

短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

イム K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術

(新) 2 組織切除回収システム利用によるもの 16,876点

- ▶ 特に外来での実施率が高い手術等について、必要な評価の見直しを行うとともに、外来での手術等の実施に一定の実績がある医療機関に限り、入院での実施を評価する。
- ▶ 入院で実施した場合は、病棟で算定されている入院料の種別によらず、すべて短期滞在手術等基本料3を算定する。

(6) 医療技術の適切な評価

- ▶ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。

(新) 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 168,110点

(新) 自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点

コンピューター断層撮影 1 CT撮影

(新) イ 128列以上の機器による場合（1） 1,100点

- ▶ ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点

- ▶ 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。

(新) 脳死臓器提供体制向上加算 5,000点

(新) 臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400

(7) 患者にとって安全・安心に医療を受けられるための体制の評価

- ▶ 医療法施行規則の改正等を踏まえ、評価を充実する。
医療安全対策加算1（入院初日） 85点 ⇒ 160点
医療安全対策加算2（入院初日） 30点 ⇒ 70点
- ▶ 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立を推進する観点から、対象患者を拡大し、評価を引き上げる。
療養・就労両立支援指導料 初回 800点 ⇒ 850点
- ▶ 緩和ケア診療加算・在宅麻薬等注射指導管理料の対象に、終末期の腎不全患者・末期呼吸器疾患患者を追加する。また、緩和ケア病棟入院料の対象患者に、終末期の腎不全患者を追加する。
- ▶ 発症早期からのリハビリテーションを推進するため、早期リハビリテーション加算の算定期間を入院30日から14日までとし、入院3日までをより高く評価する。また、切れ目のないリハビリ実施に向けて、土日祝のリハビリの実施を新たに評価する。
(新) 休日リハビリテーション加算（1単位につき） 25点

(8) 医薬品の適正使用等の推進

- ▶ [入院] 病棟薬剤師によるポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携に一定の実績がある場合を新たに評価。
病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点 ⇒ 300点
- ▶ [外来] 処方情報共有により減薬が行われた場合を評価する。地域包括診療科の薬剤適正使用連携加算について、患者が入院した場合だけでなく、外来通院中の他の医療機関に情報共有する場合にも算定可能とする。
- ▶ [在宅] 医師と薬剤師が同時訪問し指導を行った場合評価する。
(新) 訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点
- ▶ 残薬対策について、医療機関・薬局・訪問看護ステーションが連携した取組を推進する観点から、残薬確認の評価や、処方箋様式の見直し、指定訪問看護の運営基準の明確化等を行う。

(1) 急性期医療及び救急医療に対する
評価の見直しの影響について

患者のニーズ、病院の機能・特性に応じた入院医療の評価

- 2040年とその先を見据え、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する観点を踏まえ、これまでの病棟単位の機能（平均在院日数、医療看護必要度、在宅復帰率等）を中心とする評価だけでなく、病院単位の機能（救急搬送件数、全身麻酔手術件数、介護保険施設等からの緊急入院の受入れ実績等）にも着目した評価体系とする。

急性期機能の病院単位での評価

- 「**急性期病院A/B一般入院料**」を新設（病院の急性期機能（救急搬送受入れ、全身麻酔手術等）に応じた評価）
- 「**急性期総合体制加算**」を新設（総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価）
- **特定機能病院入院基本料をA/B/Cに区分**
- ICU(特定集中治療室)・HCU(ハイケアユニット)において、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

高齢者の生活を支える「治し、支える医療」の評価

- 「**包括期充実体制加算**」を新設（在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関を評価）
- **緊急入院の受け入れの評価の引き上げ**（地域包括医療病棟の入院料区分の新設、地域包括ケア病棟の初期加算の対象拡大）
- 在宅復帰に向けた質の高いリハビリテーションを評価するための**回復期リハビリテーション病棟の実績指数**（アウトカム評価）の**算出方法見直し**、要件を満たすべき**対象病棟の拡大**

質の高い手術体制等の評価

- **外科医療確保特別加算の新設**
（外科医の勤務環境・処遇の改善を図り高度な手術を行う体制を評価）

円滑な救急受け入れ等の評価

- 「**重症度、医療・看護必要度**」の見直し
- **救急患者連携搬送料**において、民間救急の活用や、受入側の評価を新設
- 「**救急外来医学管理料**」の新設
（24時間体制で救急患者を受け入れる機能を評価）

質の高い慢性期医療の評価

- 医療区分2・3に該当する患者に緩和ケアを行う患者等を追加
- 入院料2における医療区分2・3の患者割合の要件の引き上げ

入院早期からの生活機能の維持・向上等の取組

- 早期リハビリテーション加算の評価をより早期に重点化。土曜・休日のリハビリを評価
- 「**看護・多職種協働加算**」の新設
- 「**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**」の対象拡大
- 包括期入院医療を担う病棟の**入退院支援加算1**の評価の引き上げ

人口の少ない地域の医療体制の確保

- 急性期病院B入院料、急性期総合体制加算について人口の少ない地域の特性に応じて緩和した要件を設定
- **医療提供機能連携確保加算**の新設（人口の少ない地域で、地域の医療体制の確保に貢献する病院の評価）

高度急性期

急性期

包括期

慢性期

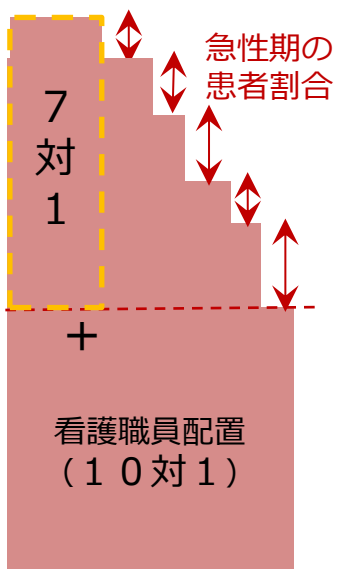
急性期における評価の見直し

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

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

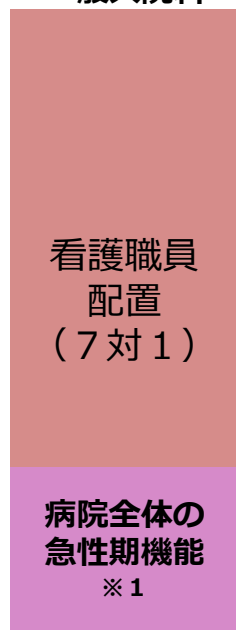
急性期一般入院料 1～6



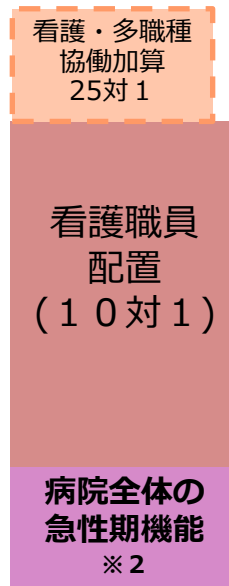
改定後

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

急性期病院A 一般入院料

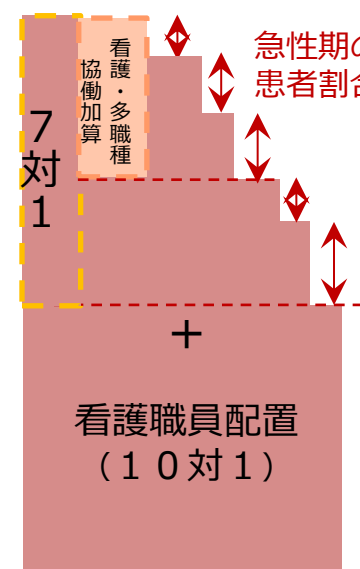


急性期病院B 一般入院料



実績等に応じ
医療機関が
選択可能

急性期一般入院料 1～6



※ 1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
 ※ 2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

* 看護・多職種協働加算は入院料4に
加算。

急性期病院一般入院基本料等の新設

急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。

(新) 急性期病院一般入院基本料

イ 急性期病院A一般入院料	1,930点
ロ 急性期病院B一般入院料	1,643点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料

イ 急性期病院A精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,519点
(2) 13対1入院基本料	1,162点
(3) 15対1入院基本料	966点
ロ 急性期病院B精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,502点
(2) 13対1入院基本料	1,145点
(3) 15対1入院基本料	949点

[病院の機能に係る主な施設基準]

- (1) 共通の施設基準
 - ア **データ提供加算に係る届出を行っている**保険医療機関であること。
 - イ **DPC対象病院**であること。
 - ウ **地域包括医療病棟の届出を行っていない**保険医療機関であること。
 - エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
 - オ 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
- (2) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
 - ア 入院を要する**(第二次)救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センター**を設置している保険医療機関であること、又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
 - イ **地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)**の届出を行っていない保険医療機関であること。
 - ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
 - エ **救急搬送件数が年間で2,000件以上**(夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で1,200件以上**。
- (3) 急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
 - ア **第二次救急医療機関又は救急病院**であること。
 - イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
 - **救急搬送件数が年間で1,500件以上**
 - **救急搬送件数が年間で500件以上**であり、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で500件以上**
 - **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
 - **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること
 - ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

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

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

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



[算定要件]

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制 その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が**急性期一般入院料1と同等の基準**を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の**7割以上が看護師**であること。
- 医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

特定機能病院入院基本料の見直し

特定機能病院入院基本料の区分の見直し

- 特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。

現行

【特定機能病院入院基本料】	(新設)	(新設)
1 一般病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,822点	
ロ 10対1入院基本料	1,458点	
2 結核病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,822点	
ロ～ニ (略)		
3 精神病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,551点	
ロ～ニ (略)		



改定後

1 特定機能病院A入院基本料	2 特定機能病院B入院基本料	3 特定機能病院C入院基本料
イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,146点	(1) 7対1入院基本料 2,136点	(1) 7対1入院基本料 2,016点
(2) 10対1入院基本料 1,771点	(2) 10対1入院基本料 1,760点	(2) 10対1入院基本料 1,642点
ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,125点	(1) 7対1入院基本料 2,115点	(1) 7対1入院基本料 1,995点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)
ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 1,851点	(1) 7対1入院基本料 1,841点	(1) 7対1入院基本料 1,721点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)

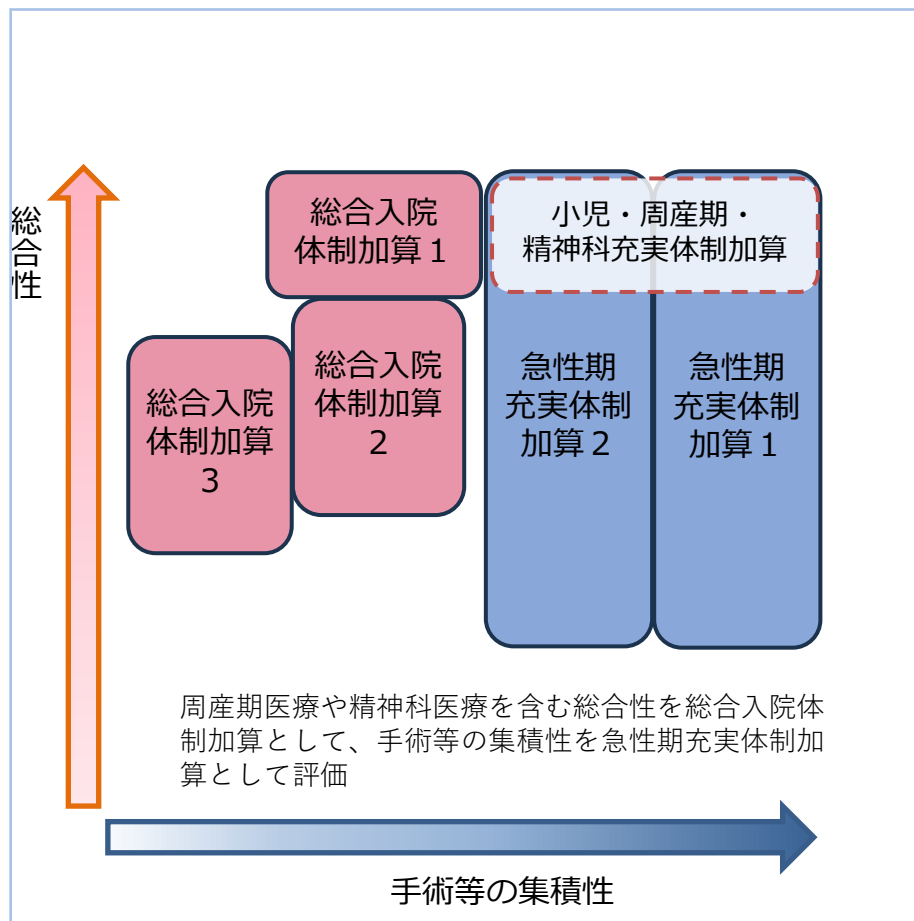
[施設基準]

- イ **特定機能病院A入院基本料**の施設基準
 - ① 通則
幅広い診療科を設置し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院であること。
- ロ **特定機能病院B入院基本料**の施設基準
 - ① 通則
厚生労働大臣の定める中長期目標を設定し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院であること。
- ハ **特定機能病院C入院基本料**の施設基準
 - ① 通則
イ及びロに定める特定機能病院以外の特定機能病院であること。

急性期総合体制加算の新設

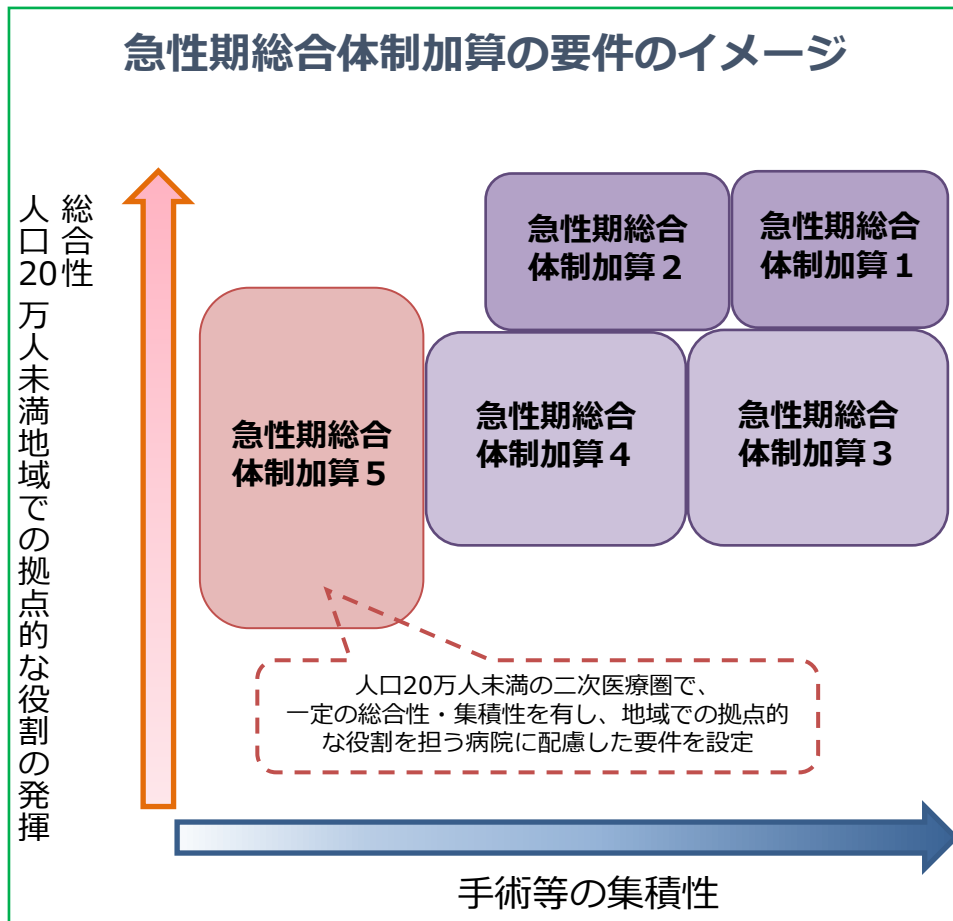
- 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに**急性期総合体制加算**として評価。
- **急性期総合体制加算5**の要件は、**人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院**の特性に配慮したものである。

現行



改定後

急性期総合体制加算の要件のイメージ



急性期総合体制加算の新設

急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。
- 人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

現行

【総合入院体制加算】

1 総合入院体制加算 1	260点
2 総合入院体制加算 2	200点
3 総合入院体制加算 3	120点

【急性期充実体制加算】

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



改定後

【急性期総合体制加算】

1 急性期総合体制加算 1	
イ 7日以内の期間	530点
ロ 8日以上11日以内の期間	290点
ハ 12日以上14日以内の期間	210点
2 急性期総合体制加算 2	
イ 7日以内の期間	470点
ロ 8日以上11日以内の期間	230点
ハ 12日以上14日以内の期間	150点
3 急性期総合体制加算 3	
イ 7日以内の期間	440点
ロ 8日以上11日以内の期間	200点
ハ 12日以上14日以内の期間	120点
4 急性期総合体制加算 4	
イ 7日以内の期間	360点
ロ 8日以上11日以内の期間	150点
ハ 12日以上14日以内の期間	90点
5 急性期総合体制加算 5	
イ 7日以内の期間	300点
ロ 8日以上11日以内の期間	120点
ハ 12日以上14日以内の期間	60点

- 急性期総合体制加算を算定可能な入院料は以下のとおり。

	急性期病院 A 一般入院料	急性期病院 B 一般入院料	急性期病院 A 精神病棟入院料	急性期病院 B 精神病棟入院料
急性期総合体制加算 1	○	—	○	—
急性期総合体制加算 2	○	—	○	—
急性期総合体制加算 3	○	—	○	—
急性期総合体制加算 4	○	—	○	—
急性期総合体制加算 5	○	○	○	○

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

- **救急搬送症例や手術なし症例について適切な評価を進める観点から、以下の見直しを行う。**
 - **A項目「専門的な治療・処置」**の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」、**C項目「救命等に係る内科的治療**」、「**別に定める検査**」、「**別に定める手術**」について、**対象となる治療等を追加**する。
 - 急性期一般入院料等で使用する一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり**救急搬送受入件数等に応じた係数を加えた指数**を用いる。

病棟における患者の該当割合

+

救急患者応需係数

=

基準患者割合に係る指数 (割合指数)

A、B、C項目を用いた基準

(例：急性期一般1の割合①ではA 3点以上、C 1点以上のいずれか)

を満たす患者の割合

A項目：モニタリング及び処置等

悪性腫瘍剤を追加

(ホリナートカルシウム、ラスブリカーゼ)

B項目：患者の状況等

C項目：手術等の医学的状況

新たな治療等を追加

(例：腰椎穿刺、内視鏡的胃・十二指腸ステント留置術等)

1病床あたりの救急搬送受入件数/年 × 0.005

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

対象：急性期病院入院基本料 (A, B)
急性期一般入院基本料 (1~5)
看護・多職種協働加算
7対1入院基本料 (特定)
急性期総合体制加算
地域包括医療病棟入院料

上記以外では引き続き病棟における患者の該当割合を使用

対象：結核病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料、看護必要度加算 (1~3)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料の注7

- B項目の**測定に係る負担軽減**の観点から、現行どおり毎日測定するか、**入院5日目以降の測定頻度を7日ごとに1回** (患者の状態に明らかな変化が生じた場合を除く) とし、それ以外の日は直近の評価をもって代替することも可能とする。

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

現行

改定後

改定後は上下いずれの方法も可



この期間に少なくとも1回は測定を行う (最も遅くて11日目)。

退院日は必ず測定

(凡例) ★★：測定日、→：測定せず直前の測定日の評価を用いる日

※5日目以降の測定は、7日以内に行っていれば、**病棟で曜日を一括して行うことも可能**。
※途中で患者の状態に明らかな変化があった場合は、7日を待たずに測定することが望ましい。

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

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

割合指数の算出方法

該当患者割合

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

救急患者応需係数^{※2}：

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

を該当患者割合に加算

割合指数

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

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



急性期一般4：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

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

この割合が、施設基準における**割合指数の基準**を満たす必要がある。

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

(計算例)

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

【該当患者の基準】

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

- ※a B項目については、該当患者の基準からは除外されているが、評価票を用いて評価を行っていること
- ※b この他に、入院初日にB項目が3点以上である患者の割合が5割を超えていること

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

※2 該当患者の基準を満たす患者割合に、救急患者応需係数を加えた、患者割合に係る指数（割合指数）が満たすべき基準

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し②

重症度、医療・看護必要度の見直し

➤ A項目・C項目への対象コードの処置等の追加に伴い、一部の入院料で該当患者割合に係る基準を見直す。

現行		
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	8%	7%
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①：21% 割合②：28%	割合①：20% 割合②：27%
看護必要度加算1 (特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2 (特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3 (特定、専門)	13%	12%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%



改定後（該当患者割合の基準）		
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	8%	7%
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①：22% 割合②：29%	割合①：21% 割合②：28%
看護必要度加算1 (特定、専門)	18%	17%
看護必要度加算2 (特定、専門)	16%	15%
看護必要度加算3 (特定、専門)	13%	12%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【該当患者の基準】

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

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

※b 看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

救急医療に係る全体像

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

1. 救急外来医学管理料の新設

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

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点



➤ 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、**救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを活用し当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設**する。

➤ 救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、**時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制**が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）**に対して算定する新たな加算を設ける**。

2. 院内トリアージ実施体制加算の新設

➤ 救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、**時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制**が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）**に対して算定する新たな加算を設け、院内トリアージ実施料を廃止する**。

(新) 院内トリアージ実施体制加算 50点



3. 救急患者連携搬送料の見直し

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

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

➤ 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、**医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設**する。

救急外来医療に係る評価の再編①

救急外来医学管理料の新設

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

(新) 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ	救急搬送医学管理料1	800点
ロ	救急搬送医学管理料2	600点
ハ	救急搬送医学管理料3	200点

[算定要件]

施設基準を満たす保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 夜間休日救急医学管理料

イ	夜間休日救急医学管理料1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料3	50点

[算定要件]

施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

(新) 救急外来緊急検査対応加算

イ	救急外来緊急検査対応加算1	300点
ロ	救急外来緊急検査対応加算2	200点

[算定要件]

施設基準を満たす保険医療機関において、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、出血・凝固検査、血液化学検査、免疫血液学的検査、細菌培養同定検査、コンピューター断層撮影（CT撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）、第6部第1節第1款注射実施料（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置料（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。



(新) 時間外救急搬送加算

イ	土曜、日曜、祝日の夜間	300点
ロ	土曜、日曜、祝日以外の日の夜間	250点
ハ	土曜、日曜、祝日の夜間以外の時間	200点

[算定要件]

救急搬送医学管理料について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、所定点数に加算する。

精神科疾患患者等受入加算 400点

[算定要件]

急性薬物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合に所定点数に加算する。

(参考) 救急外来医療に係る評価の再編のイメージ

現行

夜間・土曜・休日

救急搬送
の場合



救急搬送看護体制加算
1 400点 / 2 200点

夜間休日救急搬送医学管理料
600点
(初診患者のみ)

救急搬送以外
の救急患者
の場合



院内トリアージ実施料
300点
(トリアージを実施した患者のみ)

改定後

平日の日中

夜間・土曜・休日

救急外来緊急検査対応加算
1 300点 / 2 200点

時間外救急搬送加算
(休日等日中 / 平日夜間 / 休日等夜間)
300点 / 250点 / 200点

救急搬送医学管理料
1 800点 / 2 600点 / 3 200点
(初診・再診患者)

救急外来緊急検査対応加算
1 300点 / 2 200点

院内トリアージ実施体制加算
50点
(初診・再診患者)

夜間休日救急医学管理料
1 600点 / 2 400点 / 3 50点
(初診・再診患者)

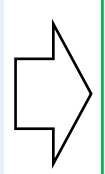
救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

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

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

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



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

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

[算定要件]

- 2のイについては、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。
- 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。

[施設基準]

- 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
- 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、**医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間(30分超)搬送を行う場合の評価を新設**する。

- (新) 長時間加算 700点**

DPC/PDPSの見直し（全体概要）

基礎係数の見直し

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

機能評価係数Ⅱの見直し

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

診断群分類点数表の見直し

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

算定ルールの見直し

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

基礎係数の見直し

基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

DPC標準病院群1の要件（※1※2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上 かつ 全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上 かつ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
(人口20万人以下の二次医療圏に限る)
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
(離島のみで構成されている二次医療圏に限る)

※1 令和6年10月～令和7年9月DPCデータにより判定を行う。

※2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

基礎係数

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	
		DPC標準病院群1	DPC標準病院群2

機能評価係数Ⅱ

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群※3
---------	----------	------------

※3 地域医療係数については、DPC標準病院群1とDPC標準病院群2について、それぞれ評価を行う。

機能評価係数Ⅱの見直し①

複雑性係数の見直し

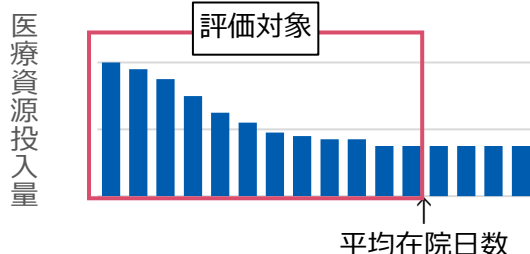
- 複雑性係数について1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価から、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価に見直す。

現行

【複雑性指数】

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

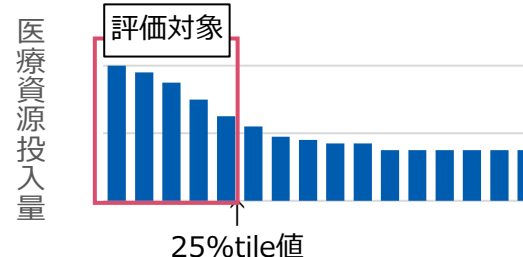
見直しのイメージ



改定後

【複雑性指数】

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



地域医療係数（定量評価指数）の見直し

- 地域医療係数のうち定量評価指数について、地域医療係数のうち定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す。

現行

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を評価

※ 1)小児と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

見直しのイメージ（DPC標準病院群に限る）

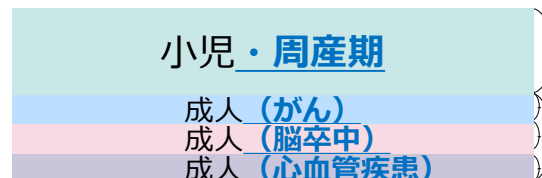


改定後

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を評価

※ 1 DPC標準病院群にあつては、1)小児及び周産期と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

※ 2 2)それ以外については、①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の心血管疾患をそれぞれ評価（重み付けは等分）

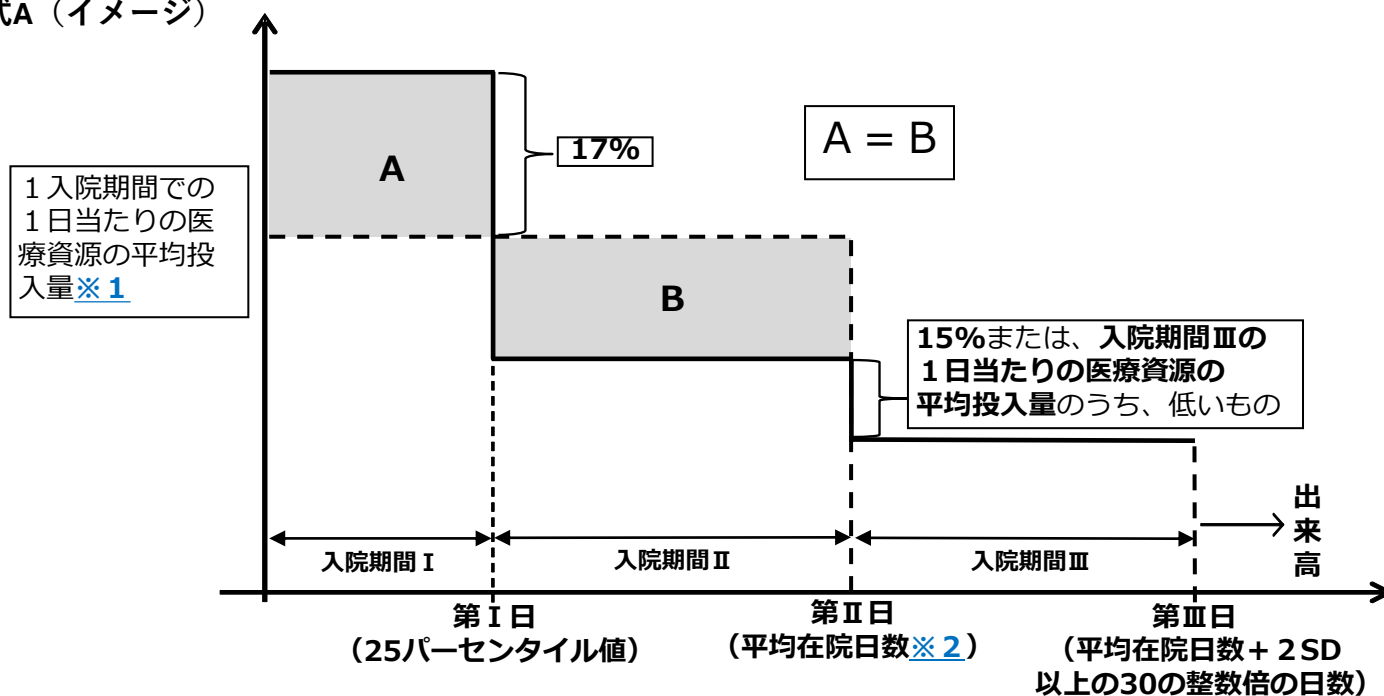


診断群分類点数表の見直し①

入院期間Ⅱの見直し

- 多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、点数設定方式A、B及びCのうち在院日数の変動係数が0.6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直すとともに、包括点数の設定を行う。

点数設定方式A (イメージ)



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

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

(2) 高度急性期入院医療(特定集中治療室管理料等)の見直しの影響について

救命救急入院料・特定集中治療室管理料の見直し

広範囲熱傷特定集中治療管理料の見直し

- ▶ 広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている救命救急入院料1から4まで及び特定集中治療室管理料1から6までの評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

現行	改定後
救命救急入院料 <u>2</u>	救命救急入院料 <u>1</u>
救命救急入院料 <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
救命救急入院料 <u>1</u>	救命救急入院料 <u>2</u>
救命救急入院料 <u>3</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 1	特定集中治療室管理料 1
特定集中治療室管理料 <u>2</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 <u>3</u>	特定集中治療室管理料 <u>2</u>
特定集中治療室管理料 <u>4</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 <u>5</u>	特定集中治療室管理料 <u>3</u>
特定集中治療室管理料 <u>6</u> <input checked="" type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 広範囲特定集中治療管理料	

! 入院料 1, 2 の名称は
現行と逆になる

- ▶ 広範囲熱傷特定集中治療管理料に代わり、広範囲熱傷管理加算を新設する。

(新) 広範囲熱傷管理加算 200点

[算定要件] 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して8日以降60日までの期間に限り、所定点数に加算する。

[施設基準] 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料における病院実績要件の新設

- 重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、**救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件**とする。

改定後

【特定集中治療室管理料】

【施設基準】

- 病院の実績に係る要件

以下のいずれかを満たしていること。

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

イ 全身麻酔による手術件数が年間で1,000件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、800件以上）であること。

ウ 小児系病棟が5割以上である病院（※）において、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上（別表に掲げる人口の少ない地域においては、400件以上）であること。

※ 許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復入院医療管理料及び小児入院医療管理料（1から3までに限る。）の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

SOFAスコアに係る要件の見直し

- 特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の要件を、現行の1割以上から**2割以上**に見直す。

現行

【特定集中治療室管理料 **1・2**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**1割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

【特定集中治療室管理料 **3・4**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア3以上の患者の割合が**1割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。



改定後

【特定集中治療室管理料 **1**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が**2割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

【特定集中治療室管理料 **2**】

【施設基準】

(12) 直近1年間における、新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア3以上の患者の割合が**2割以上**であること。
ただし、15歳未満の小児は対象から除外する。

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室管理料の医師配置要件の見直し

- 専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる治療室とそれ以外の治療室における診療の現状等を踏まえ、宿日直を行う医師が含まれる治療室の範囲及び施設基準を見直す。

現行

[施設基準]

【特定集中治療室管理料 1・2】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 3・4】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 5・6】

- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。



改定後

[施設基準]

【特定集中治療室管理料 1】

- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師を2名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 2】

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

【特定集中治療室管理料 3】

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

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目の見直し

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

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

基準	A得点2点以上
----	---------

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目

（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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

（参考）各管理料における基準を満たす患者割合の要件

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

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

ハイケアユニット入院医療管理料における病院実績要件の新設

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

改定後

【ハイケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

- 病院の実績に係る要件

以下のいずれかを満たしていること。

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

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

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

※ 許可病床数のうち、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

病院実績要件を満たさない治療室等への対応

- 救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績要件を満たさない特定集中治療室又はハイケアユニットについては、令和8年3月31日時点で特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っていた場合に限り、当面の間、ハイケアユニット入院医療管理料の注5に規定する管理料を算定可能とする。

（新）ハイケアユニット入院医療管理料 注5

【算定要件】

ハイケアユニット入院医療管理料又は特定集中治療室管理料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21日を限度として4,401点を算定する。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目の見直し

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

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

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

各管理料における基準を満たす患者割合の要件

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

（参考）特定集中治療室用、ハイケアユニット用共通B項目

（B得点については、基準の対象ではないが、毎日測定を行うこと。）

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

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し

脳卒中ケアユニット入院医療管理料における病院実績要件の新設

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

現行

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

(1)～(2) (略)
(新設)

(3)～(12) (略)



改定後

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

【施設基準】

(1)～(2) (略)

(3) 当該保険医療機関において「A205-2」超急性期脳卒中加算と「K178-4」経皮的脳血栓回収術を合計して年間20回以上算定していること。

(4)～(13) (略)

(参考)

A205-2 超急性期脳卒中加算

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

K178-4 経皮的脳血栓回収術

脳梗塞等の患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合に算定する。

小児・周産期医療に係る全体像

➤ 小児・周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

1. 母体・胎児集中治療室管理料の見直し

- 母体・胎児集中治療室においてオンコールでの対応により速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、**母体・胎児集中治療室の医師配置に係る要件を緩和**する。
- 周産期医療の体制構築における、地域周産期医療関連施設等からの母体救急搬送受入や、緊急帝王切開術等への対応等の重要性を踏まえ、母体・胎児集中治療室管理料について、**母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する実績を要件とする**。
- 産科異常出血は分娩前のリスク因子にかかわらず生じうるものであり、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ、**「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に「産科異常出血」を追加**する。

2. 新生児特定集中治療室管理料2の施設基準の緩和

- 新生児集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、都道府県により総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、**新生児特定集中治療室管理料2について、低出生体重児の新規入院患者数に関する実績の基準を緩和**する。

3. 産科管理加算の新設

- 分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、分娩を取り扱う保険医療機関において、母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

(新) 産科管理加算 (1日につき) **1 病院の場合 250点** **2 有床診療所の場合 50点**



4. 成人移行期医療に係る受入を評価する難病外来指導管理料2の新設

- 小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態である患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介を受け、小児科以外の診療科を標榜する保険医療機関を受診する場合に、**紹介を受けてから5年以内に限り、難病外来指導管理料を算定可能**とする。

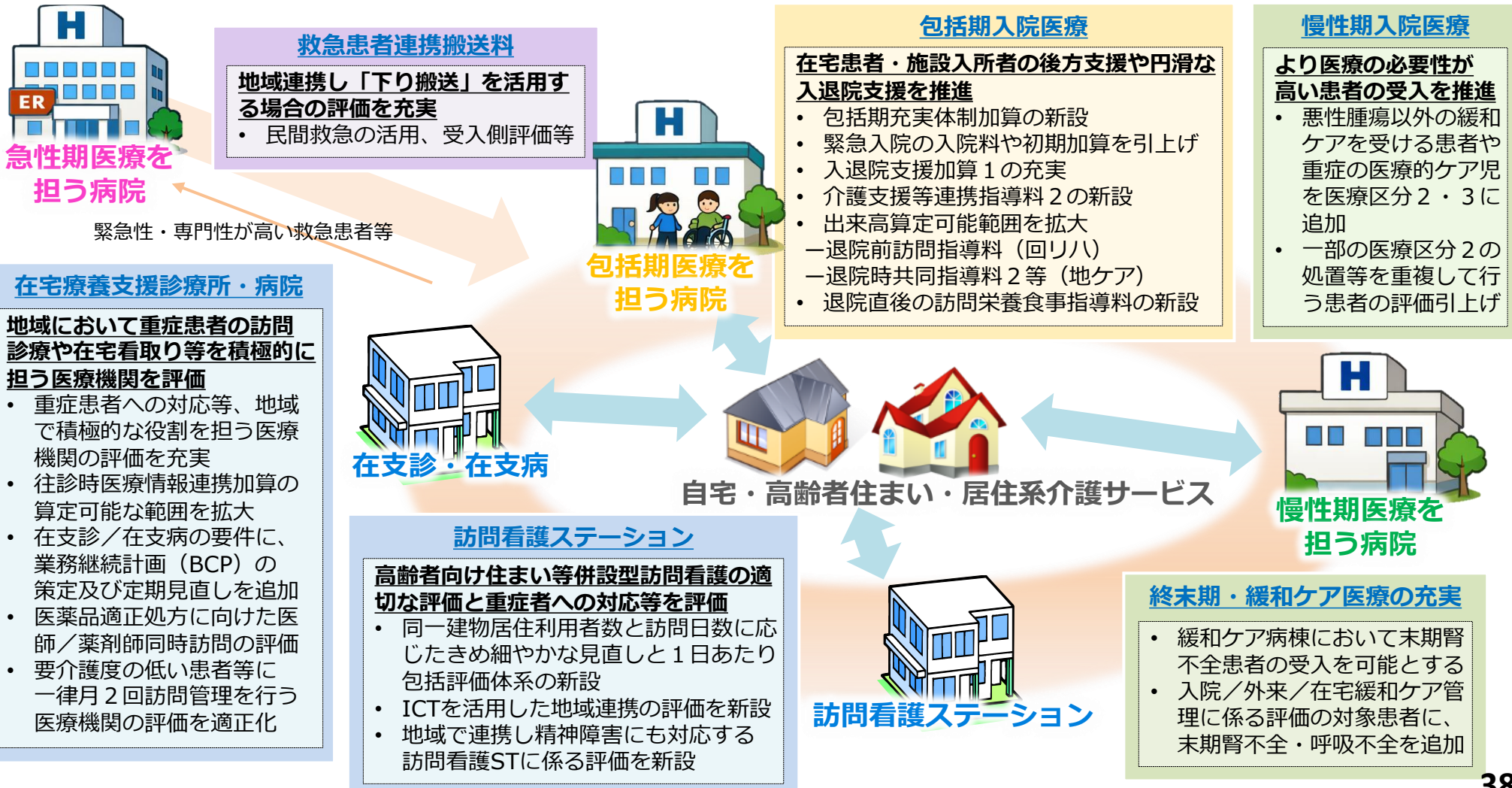
5. 小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応

- がんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合）は、その検査料が高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に高いこと等を踏まえ、**小児入院医療管理料等を算定する患者に当該検査に係る費用を算定可能**とする。

(3) 包括期入院医療(地域包括医療病棟入院料、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等)の見直しの影響について

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

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



地域包括医療病棟入院料の見直し①

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

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

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

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

【算定要件】

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟**なし**
地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟**あり**
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わないもの**
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行うもの**

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

地域包括医療病棟入院料の見直し②

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

- **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度**、**医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対1 (7割以上が看護師)	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	基準該当患者割合に係る指数 (※) として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合 + 救急搬送応需係数	
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上	
平均在院日数	21日	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	5%未満	7%未満 (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1	地域包括医療病棟2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料	急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	3,117~3,367点	3,066~3,316点

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 580点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 480点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 380点



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① **緊急入院した**患者の場合 590点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 410点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① **緊急入院した**患者の場合 490点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 310点

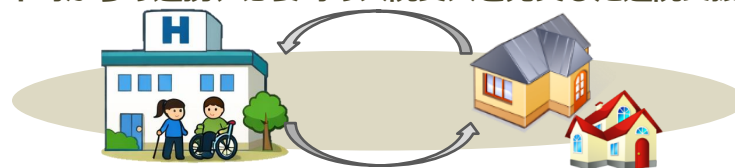
- ▶ 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

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

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

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

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

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算1	(新) 加算2	加算1	(新) 加算2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		専任の管理栄養士 1名 + 病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 チームに係る加算 の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上
休日リハ 実施割合	8割以上	7割以上	8割以上	7割以上	7割以上
ADL低下割合	3%未満	5%未満	3%未満	5%未満	二（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	150点	90点	110点	50点	30点

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しの全体像

より質の高い取組への新たな評価

- 回復期リハビリテーション病棟における特に質の高い取組を新たに評価する。
- **回復期リハビリテーション強化体制加算**の新設
 - ・ より高い実績指数、退院前訪問指導や排尿自立支援の実施に関する基準を設定
- **退院前訪問指導料**の出来高算定化

質の高い取組の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟に求められる質の高い取組を各入院料において要件化する。
- **土曜・休日を含め全ての日にリハビリテーションを提供できる体制**を備えていることを入院料3, 4においても要件化
- 患者数や実績指数の**ウェブサイトでの公表**を要件
- **高次脳機能障害に係る退院支援**の強化
- 実施が望ましい取組について、望ましいこととする入院料の範囲を入院料3, 4まで拡大する。
 - ・ **地域支援事業**への参加
 - ・ **口腔管理体制**の整備

アウトカム評価の充実（実績指数に関する見直し）

- リハビリテーションによるアウトカムの改善状況を更に評価に活かすため、**実績指数の算出方法と基準を見直す**。
- 実績指数に関する基準の見直し
 - ・ 実績指数の基準の引上げ（入院料1, 3）
 - ・ 実績指数の基準の導入（入院料2, 4）
 - ・ 1日につき6単位以上の疾患別リハを算定するための実績指数の基準の見直し
- 実績指数の算出方法の見直し
 - ・ 歩行・トイレ動作の自立をより高く評価
 - ・ 実績指数の算出から除外できる患者の範囲を縮小し、その分除外できる割合を低減

重症患者の基準等の実情に沿った見直し

- アウトカム評価の充実を踏まえ、実績指数と重複する観点を整理し、医療機関の入院受入を柔軟化する。
- 重症患者の基準に関する見直し
 - ・ **重症患者の対象の範囲を見直す**とともに、入院が求められる**重症患者の割合の基準を引き下げ**
 - ・ 評価尺度の簡素化の観点から、日常生活機能評価よりもFIMの測定が望ましいこととする
- **重症患者のうち退院時に改善した割合の要件を削除**

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等（イメージ）

現行

	入院料1 2,229点	入院料2 2,166点	入院料3 1,917点	入院料4 1,859点	入院料5 1,696点
配置基準	・看護配置13対1（看護師7割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師4割） ・専従PT2名/OT1名		
重症患者割合	4割以上		3割以上		
実績指数	40以上		35以上		

改定後

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

重症患者の該当範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げる。

特に質の高い取組を行っている場合



(新)回復期リハビリテーション強化体制加算 80点
※実績指数48以上 等

- ・入院料1及び3：実績指数の算出方法等を変更するとともに、実績指数の基準を見直す。
- ・入院料2及び4：新たに実績指数の要件を導入する。

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

※2：入院料2及び4について、令和8年9月30日までに限り、リハビリテーション実績指数に係る施設基準を満たすものとする。

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

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

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 **80点**

[算定要件]

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

[施設基準]

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

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

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

現行

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの
- ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の30を超えない範囲



改定後

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
※①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める。
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの
(削除)
- ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の20を超えない範囲

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

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

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

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準に係る見直し

重症患者の対象範囲及び受入割合基準の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までについて、重症患者の対象をF I M 21点以上55点以下に見直すとともに、高次脳機能障害と診断を受けた患者及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。

現行

【重症患者の対象範囲】

- ・ 日常生活機能評価で10点以上又はF I M得点で55点以下の患者

改定後

【重症患者の対象範囲】

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

- 重症患者の対象の見直しとともに、重症患者の新規受入割合の基準を見直す。

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

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 ※	
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1 名以上					
	看護職員	1.3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1.5 対 1 以上（4 割以上が看護師）				
	看護補助者	3.0 対 1 以上					
	リハビリ専門職	専従常勤の PT 3 名以上、OT 2 名以上、ST 1 名以上	専従常勤の PT 2 名以上、OT 1 名以上				
	社会福祉士	専従常勤 1 名以上	専従常勤 1 名以上が望ましい			-	
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名以上の配置が望ましい				
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○	○			-	
	FIMの測定に関する院内研修会	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	-	
	リハビリ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。

疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設

- より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。具体的には、ベッド上のみでポジショニングや拘縮の予防を目的としたリハビリテーションのみを行う場合について、減算及び算定単位数の制限を設ける。

【心大血管疾患リハビリテーション料】 ※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

[算定要件]

注8 特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

<離床を行わずにリハビリテーションを行った場合に、減算及び2単位までの算定の対象となる患者>

特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

減算等の対象外

- ア 「A300」救命救急入院料等の治療室に係る入院料、疾患別リハビリテーションの注に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者（=急性期に算定する入院料や加算を算定する患者）
- イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。
- ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

【計画書様式の簡素化】

- リハビリテーション実施計画書と総合実施計画書を統合して、**記載内容を簡素化**する。
 - ・ 総合計画評価料として算定できるのは、従前どおり多職種が共同で評価し計画書を作成した場合。
- 計画書における、患者等の**署名欄を廃止**する。

【算定要件の変更】

- 計画書の説明は、医師だけでなく、**看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士でも可能とする**※。
- リハビリテーション総合計画評価料について、**2回目以降に算定する点数を新設**する。

※ 回復期リハビリテーション病棟においては、引き続き医師による説明が必要。

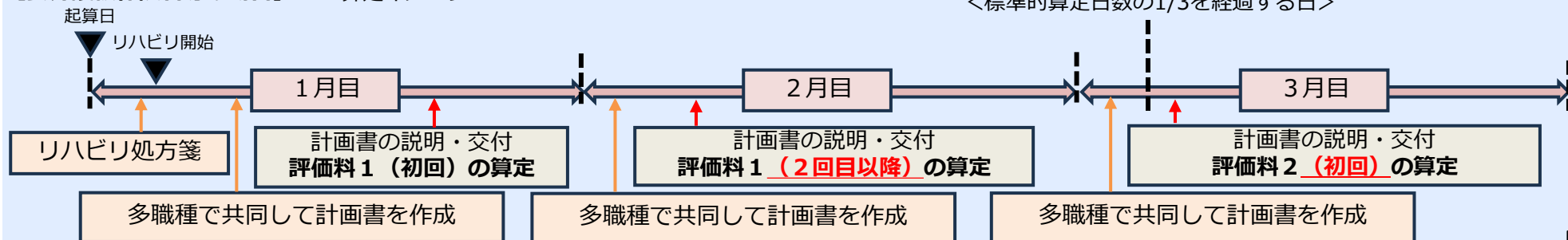
現行

【リハビリテーション総合計画評価料】	
1 リハビリテーション総合計画評価料 1 (新設)	300点
2 リハビリテーション総合計画評価料 2 (新設)	240点

改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】	
1 リハビリテーション総合計画評価料 1	
イ 初回の場合	300点
ロ 2回目以降の場合	240点
2 リハビリテーション総合計画評価料 2	
イ 初回の場合	240点
ロ 2回目以降の場合	196点

【要介護被保険者等の場合】 <算定イメージ>



発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

- ▶ **入院直後における早期リハビリテーションを推進する**観点から、早期リハビリテーション加算の評価及び算定要件を見直し、**入院後、3日以内の早期リハビリテーションを更に評価**する。

現行

(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
25点 (30日目まで)

[算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。

改定後

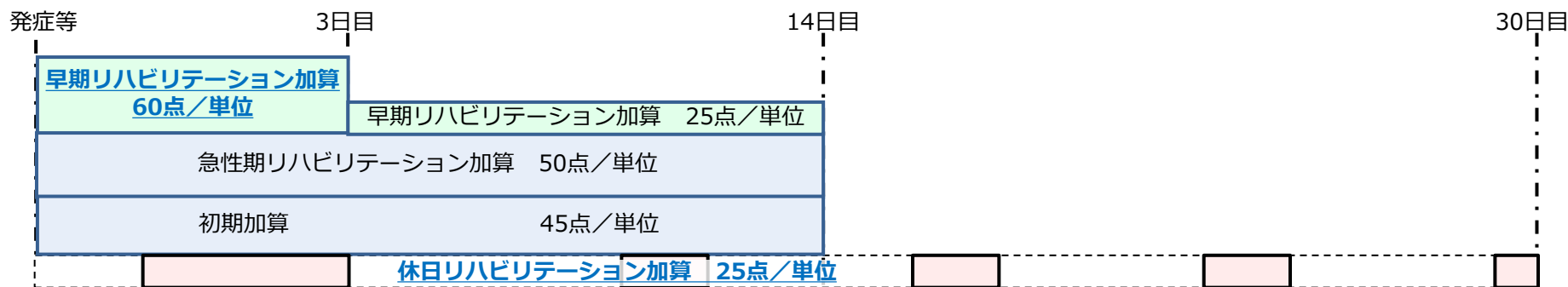
(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
60点 / 1単位 (入院初日から3日目まで)
25点 / 1単位 (入院4日目から14日目まで)

[算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、**入院した日**から起算して**14日**を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。
ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様

[算定イメージ]



※ 早期リハビリテーション加算、急性期リハビリテーション加算、初期加算及び休日リハビリテーション加算は、それぞれ算定要件を満たせば併算定できる。

(4) 慢性期入院医療(療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等)の見直しの影響について

療養病棟入院基本料の見直し

医療区分の見直し

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

求める医療区分2・3割合の見直し

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

現行

【療養病棟入院料2】

[施設基準]

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



改定後

【療養病棟入院料2】

[施設基準]

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

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

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
<p style="text-align: center;">医療区分3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る) ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る) ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・医療区分2の処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの
<p style="text-align: center;">医療区分2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)) ・その他の指定難病等(スモンを除く。) ・脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。) ・慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。) ・悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。) ・末期呼吸器疾患(適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。) ・末期心不全(器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。) ・末期腎不全(器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。) ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。) 	<p>(1)感染症の治療に係る処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る) <p>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。) ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る) ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く) <p>(3)その他の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く) ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 <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>
<p style="text-align: center;">医療区分1</p>	<p style="text-align: center;">医療区分2・3に該当しない者</p>	

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

- 療養病棟で、栄養摂取に係る適切なプロセスを経て経腸栄養を実施する場合に算定可能な経腸栄養管理加算について、**当該病院へ入院前から中心静脈栄養で管理されていた患者は、その期間を問わず加算の算定を可能**とする。また、経口摂取が不可となった場合に、栄養摂取方法の決定に係る適切なプロセスを経て、中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても、加算の算定が可能であることを明確化する。

現行

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(19) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者



改定後

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(20) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。

ア 入院前から又は入院後2週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とする場合

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始した場合

障害者施設等入院基本料等の評価体系

患者像	90日以内	90日を超える期間
<ul style="list-style-type: none"> ● 重度の肢体不自由児（者） （脳卒中の後遺症及び認知症を除く） ● 脊髄損傷等の重度障害者（同上） ● 重度の意識障害者 ● 筋ジストロフィー患者及び難病患者等 	<p>障害者施設等入院基本料（出来高）</p> <p>※90日以降も特定患者*に該当しない（＝特定除外）</p>	
重度の意識障害者（脳卒中の後遺症）のうち医療区分1，2（注6）	<p>療養病棟入院基本料に準じた体系（包括）</p> <p>医療区分と配置基準に応じた点数（注6）</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 脳卒中、脳卒中の後遺症 ● 廃用症候群 <p>（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）のうち医療区分1，2（注13）</p>	<p>療養病棟に準じた体系（包括）</p> <p>医療区分と配置基準に応じた点数（注13）</p>	<p>特定患者：特定入院基本料（包括）</p> <p>特定除外：左の算定を継続（包括）</p>
人工腎臓等を継続的に行っている慢性腎臓病の患者のうち医療区分2（注6及び注13を除く）（注14）	<p>療養病棟に準じた体系（包括）</p> <p>配置基準に応じた点数（注14）</p>	<p>左の算定を継続（包括）</p> <p>※人工腎臓の頻度が少ない等により特定除外の項番10に該当しない場合は、特定入院基本料（包括）</p>
上記いずれにも該当しない患者	<p>障害者施設等入院基本料（出来高）</p>	<p>特定患者：特定入院基本料（包括）</p> <p>特定除外：左の算定を継続（出来高）</p>

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

障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更なる推進

- 障害者施設等入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料における看護補助加算並びに看護補助体制充実加算について、算定可能期間を見直す。

現行	
【看護補助加算】	
イ 14日以内の期間	146点
ロ 15日以上30日以内の期間	121点
【看護補助体制充実加算】	
イ 14日以内の期間	
(1) 看護補助体制充実加算 1	176点
(2) 看護補助体制充実加算 2	161点
(3) 看護補助体制充実加算 3	151点
ロ 15日以上30日以内の期間	
(1) 看護補助体制充実加算 1	151点
(2) 看護補助体制充実加算 2	136点
(3) 看護補助体制充実加算 3	126点



改定後	
【看護補助加算】	
イ 14日以内の期間	146点
ロ 15日以上30日以内の期間	121点
(新) ハ イ及びロ以外	50点
【看護補助・患者ケア体制充実加算】	
イ 14日以内の期間	
(1) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 1</u>	176点
(2) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 2</u>	161点
(3) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 3</u>	151点
ロ 15日以上30日以内の期間	
(1) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 1</u>	151点
(2) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 2</u>	136点
(3) <u>看護補助・患者ケア体制充実加算 3</u>	126点
(新) ハ イ及びロ以外	
(1) 看護補助・患者ケア体制充実加算 1	60点
(2) 看護補助・患者ケア体制充実加算 2	55点
(3) 看護補助・患者ケア体制充実加算 3	51点

※ 加算の名称の見直しは、「II - 1 - 1 ⑬看護補助者に係る加算の名称の見直し」を参照。

(5) 入院医療に関する共通事項(医療従事者の負担
軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価
等)の見直しの影響について

業務効率化・負担軽減等に向けた取組の全体像

- 看護師の新規養成数がピークアウトするなど、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が見込まれる中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る。

① ICT、AI、IoT等の利活用の推進

○ ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等を組織的に活用している場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

○ 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 生成AI、音声入力システム、RPA、説明動画を組織的に活用する場合、医師事務作業補助者1人を最大1.3人として配置人数に算入できることとする。

② 診療報酬上求める基準の柔軟化

○ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

- 看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、1割以内の一次的な変動があった場合でも、必要な取組を行っている場合には、3か月を超えない期間に限り施設基準変更の届出を行わなくてもよいこととする。

その他 診療報酬上求める専従業務・事務等の簡素化・効率化の例

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び専従の医療安全管理者について、月16時間までに限り、他の業務に従事することは差し支えないこととする。

病棟の看護要員の業務範囲の拡大（様式9の見直し）

- 病棟の看護要員について、緊急対応のため病棟外の患者に必要な対応を短時間行った場合や、病棟の患者に付き添い、病棟外で一時的に看護を行った場合等も勤務時間に算入可とする。

疾患別リハビリテーション料の専従の療法士の業務の見直し

- 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、当該疾患別リハビリテーション以外に、患者・家族等の指導に関する業務や、介護施設等への助言にも従事できることとする。

署名又は記名・押印の廃止

- 入院診療計画書等において求められていた署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

患者等への説明が可能な医療従事者の範囲の拡大

- 認知行動療法の医師のフォローアップ
- リハビリテーション計画書の説明

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

- ▶ **ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合に、病棟の看護職員・看護補助者の数等について1割以内の範囲の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できる**よう見直す。
- ▶ 看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、**①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有に関して業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化する。**




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

[算定要件（概要）]

- ・ 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

[施設基準（概要）]

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

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

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

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

- 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、**平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する。**

現行

[施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準(通知)](概要)

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

改定後

[施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準(通知)](概要)

- ・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。
- ・ **突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい(1年に1回に限る。)**
 - (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業者の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。**
 - (2) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。**
 - (3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。**
 - (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。**

例) 8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

- ① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用(民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用)
- ② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい

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

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月に一時的な変動から回復
引き続き、元の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

元の入院料が算定できる期間

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

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月も変動が継続
12月中に届出内容の変更
1月から変更後の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

届出(12月)

元の入院料が算定できる期間

変更後の入院料を算定する期間

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

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

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

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



改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

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

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の音声入力システム(汎用音声入力機能を除く。)
- ③ 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション(RPA)
- ④ 入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画

イ アの①から④までのうち、電子カルテ等と連動して医療情報を取り扱うものについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等(いわゆる3省2ガイドライン)に準拠していること。

ウ アの①から④までのうち、AI技術を用いる製品・サービスについては、「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。

エ アの①から④までのうち、導入・活用しているとして届け出たものについて、全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。

- 上記算入方法により新たに届け出る場合には、直近3月以上の期間、当該算入方法を用いず、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
- 上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じること。

医師事務業務の明確化

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

現行

【施設基準】

○医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む。)の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定するものであること。

改定後

【施設基準】

○医師事務作業補助者の業務は、医師(歯科医師を含む。)の指示の下に、診断書・**診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書**等の文書作成補助、診療記録・**検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パス**の代行入力、**患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理**、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・**入力作業**、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定するものであること。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】

- ・地域医療体制確保加算 (新設) 620点

[施設基準]

1 地域医療体制確保加算の施設基準

当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。

- ア 令和6年度においては、1,785時間以下
- イ 令和7年度においては、1,710時間以下 (新設)

改定後

【地域医療体制確保加算】

- 1 地域医療体制確保加算 1 620点
- 2 地域医療体制確保加算 2 720点

[施設基準]

1 地域医療体制確保加算 1 の施設基準

当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。

- ア 令和8年度においては、1,635時間以下
- イ 令和9年度においては、1,560時間以下

2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準

- ・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- ・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
 - ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
 - イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
 - ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
- ・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
 - ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
 - イ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

- ▶ 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

(新) 外科医療確保特別加算 (1回につき)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。

[施設基準]

- (1) 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- (2) 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- (3) 医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。
- (4) 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
 - ア 当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置されていること。
 - イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。
 - ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
- (5) 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
 - ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
 - イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
- (6) 外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること。
- (7) 地域医療体制確保加算2を届け出ており、当該加算における処遇に係る配慮について、外科医療確保特別加算を算定する診療科が対象となっていること。
- (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。

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

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

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

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

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

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

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

【施設基準】

第五 病院の入院基本料の施設基準等 ー 通則

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

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進

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。

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

(新) **身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき）** **40点**

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
 (※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



[施設基準（抜粋）]

- **病院長や看護部長**が、**身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明**し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する**講習が年2回以上**実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、**身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理**され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた**具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上**実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、**最小化チームによる巡回**が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- **身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入**について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について**説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取**していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下**（届出から1年間には5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

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

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

		現行		改定後
自己負担 (1食当たり)	総額 (1食当たり)	690円	+40円 →	730円
	一般所得者の場合	510円	+40円 →	550円
	住民税非課税世帯の場合	240円	+30円 →	270円
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	110円	+20円 →	130円

- 近年の光熱水費の上昇等を踏まえ、入院時の光熱水費の基準（対象は療養病床に入院する65歳以上の者）を**1日当たり60円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。

		現行		改定後
	総額 (1日当たり)	398円	+60円 →	458円
	自己負担 (1日当たり)	370円	+60円 →	430円

※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

入院時の食事療養に係る見直し

嚥下調整食の評価

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

現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

(新設)

おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食(イメージ)



学会コード(日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)

嚥下調整食 1 j	嚥下調整食 2-1	嚥下調整食 2-2	嚥下調整食 3	嚥下調整食 4
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	棒々鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

(写真) 老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/>

改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一) 治療食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

(二) 嚥下調整食

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食

【主な算定要件】

- 加算の対象となる嚥下調整食は、
 - ・ **安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態**であり、
 - ・ 献立として、**常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。**
- **定期的に多職種によるミールラウンド**を行い、嚥下調整食の必要性等を確認し、**常食が適している場合は、速やかに食事変更**を行うこと。

【主な施設基準】

- 検査が毎日行われるとともに、**定期的に多職種による試食会やカンファレンス**が開催されていること。
- **責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士**であること。

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

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

＜特別料金の支払いを受けることができる食事＞

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

主な要件

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

入退院支援加算等の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- ▶ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。

現行	
1 入退院支援加算1	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点



改定後	
1 入退院支援加算1	
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点
(新) ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合	1,000点
ハ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点

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。

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。

【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



【入退院支援加算1及び2】
 [算定要件] 退院困難な要因
 ア～イ (略)
 ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること**若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと**(介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)
 エ～ソ (略)
 タ **患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること**
 チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

入退院支援加算等の見直し②

退院先となる介護保険施設等への誘導について

- 入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を收受し、誘引その他の財産上の利益を收受していないことを施設基準に規定する。

(1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。

ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を收受していないこと。

入院中の患者に対する家族等による面会について（入院料通則・入退院支援加算）

- 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規定を設ける。

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。

第26の5 入退院支援加算

1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。

- (2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の尊厳の保持及び療養生活の質の向上に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

短期滞在手術等基本料の見直し

短期滞在手術等基本料3の見直し

- **DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定**するよう、要件を見直す。

区分		現行
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定
	非DPC病床	出来高算定
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料3



改定後

短期滞在手術等基本料3

- 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮し、評価を見直す。

現行

[対象手術の追加・評価の見直しの例]
 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側) 17,457点
 (新設)



改定後

[対象手術の追加・評価の見直しの例]
 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側) 18,001点
K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの 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	100	83%	-



当該医療機関の外来実施率

$$\frac{90+10}{100+20} = \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \approx 1.32$$

想定される外来実施率

病棟薬剤業務実施加算について

- 病棟薬剤業務実施加算について、ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、薬剤総合評価調整加算等の算定回数が多い場合の評価を見直す。

現行

【（医科点数表）病棟薬剤業務実施加算】

1	病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回）	120点
2	病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき）	100点

改定後

【（医科点数表）病棟薬剤業務実施加算】

1	（新）病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回）	300点
2	病棟薬剤業務実施加算 2（週 1 回）	120点
3	病棟薬剤業務実施加算 3（1日につき）	100点

【施設基準】

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

- イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
- 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

- ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ト 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。

(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準

- (1)のイからホまで該当する保険医療機関であること。

(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準

イ～ホ（略）

(4)（略）



【A250】薬剤総合評価調整加算の算定回数が直近3ヶ月で10回
 【B014】退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が直近3ヶ月における退院患者に対する退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が4割以上

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

- ▶ 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。
 - 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
 - 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

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

- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求める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。

(6) 外来医療に係る評価等(オンライン診療を含む) について

外来医療の機能分化・強化等に係る全体像

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点や、かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点等を踏まえた、外来医療の機能分化・強化等に係る見直しの全体像は以下のとおり。



特定機能病院等

外来機能分化・連携

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介割合・逆紹介割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる**。
- 外来診療料の減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える**。

連携強化診療情報提供料の対象拡大

- 共同で継続的に治療管理を担う際の評価について、対象患者と医療機関を拡大する。



地域の診療所等

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、**診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設**する。

その他

療養・就労両立支援指導料の見直し

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、**対象患者を拡大し、算定可能な期間の延長し、評価を引き上げる**。

処方箋料の見直し

- 一般名処方加算の評価を見直す。バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。

かかりつけ医機能の強化

地域包括診療加算等の見直し

- 対象疾患を有する要介護高齢者等への**対象患者の拡大、連携薬局の要件の見直し等**を行う。

機能強化加算の見直し

- **業務継続計画を策定すること、外来/在宅データ提出加算の届出が望ましいこと**を要件とする。

時間外対応体制加算の充実

- 時間外対応加算の名称を変更し、評価を引き上げる。

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の**包括範囲の見直し、糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設等**を行う。

特定疾患療養管理料の見直し

- 対象疾患を見直す。（非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、**胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外**）

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる。**

	紹介割合の基準	逆紹介割合の基準
特定機能病院		
地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	（現行）50%未満 → （改定後）50%未満	（現行） <u>30%</u> 未満 → （改定後） 50% 未満
紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）		
許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）	（現行）40%未満 → （改定後）40%未満	（現行） <u>20%</u> 未満 → （改定後） 40% 未満

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。**

現行

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。

※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

改定後

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）
 ※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（同一日の複数科受診によるもの以外）を算定した患者 ただし、次の患者を除く

- ① 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者
- ② 緊急その他やむを得ない事情がある患者
- ③ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者

※②又は③に該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※イに該当する患者は、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。

（参考）紹介状なしで受診する場合等の患者定額負担 <今改定では変更なし>

【対象病院】

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）

【定額負担の額】

- ・ 初診：医科 7,000円
- ・ 再診：医科 3,000円

【対象患者】

- ・ 初診 他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者
- ・ 再診 当該病院等が逆紹介の申出を行ったにもかかわらず当該病院を受診した患者

特定機能病院等とかかりつけ医機能を担う医療機関との連携の推進

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

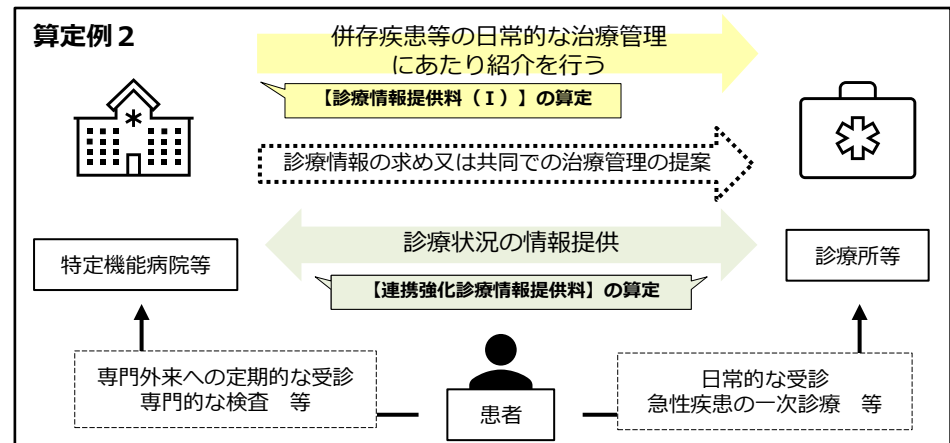
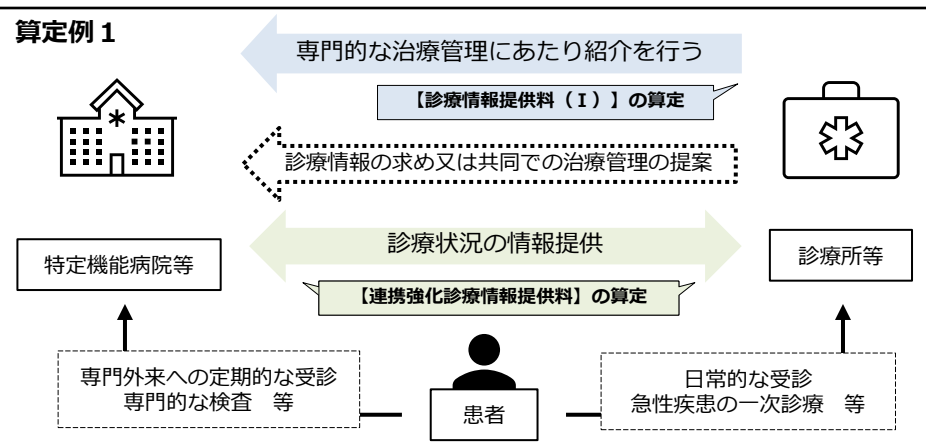
(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

[算定要件]

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

連携強化診療情報提供料の見直し

- 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。
 - 算定対象医療機関を、**特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能**とする。
 - 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、**病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うにあたり必要な情報提供を行った場合においても算定可能**とする。
 - 算定可能回数について、一律に、患者1人につき**3月に1回**へと見直す。



生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し（全体概要）

➤ 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。

1. 包括範囲の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。**
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。**

2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

（新）眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）



[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

（新）歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）



[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

3. 生活習慣病管理料（Ⅰ）の要件見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、**必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件**とする。

4. 療養計画書の負担軽減

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、**患者の署名を受けるとを不要**とする。

5. 外来データ提出加算の見直し

- 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設する**とともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

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



処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行

【処方箋料】

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7・8 (略)



改定後

【処方箋料】

注1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 8点

ロ 一般名処方加算2 6点

7・8 (略)

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、**バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。**
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、**緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。**

現行

【処方箋料】

[算定要件]

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。



改定後

【処方箋料】

[算定要件]

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。**ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤料及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。**

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

- 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、以下の管理料等の要件に追加する。**

- 特定疾患療養管理料
- 皮膚科特定疾患指導管理料
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
- 二次性骨折予防継続管理料
- 小児科外来診療料

(参考) 引き続き要件である管理料等

- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 生活習慣病管理料 (I)
- 生活習慣病管理料 (II)



改定後

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

- リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式にリフィル処方箋に関する説明を追記する。

改定後

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋



医療DX・オンライン診療に係る全体像



- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。
- オンライン診療について、各種形態のオンライン診療を適正に推進する観点から、情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し、D to P with Nによるオンラインの評価の明確化、遠隔連携診療料の評価の拡大、情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・見直しを行う。

医療DXに係る評価

- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3 15点/9点/4点

再診時 2点

入院時 1/2 160点/80点



(新) 電子的歯科診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2 9点/4点

再診時 2点

(新) 電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

- 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックや救急時医療情報閲覧機能の利活用の推進

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点



オンライン診療に係る評価

- 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- チェックリストのウェブサイトへの掲示
- 医療広告安全ガイドラインの遵守

- D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき)

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等 2,650円

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

- 遠隔連携診療料の評価の拡大 (D to P with D)

遠隔連携診療料

外来診療/訪問診療/入院診療 900点/900点/900点

- 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・明確化

(新設) 在宅療養指導料、プログラム医療機器等指導管理料

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

(明確化) 外来栄養食事指導料

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点
調剤時（12月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！
マイナ保険証



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) **診療報酬明細書を患者に無償で交付**していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、**オンライン資格確認等システム**を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) **マイナ保険証利用率**が、**30%以上**であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) **電子処方箋**を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす**電子カルテを有していること**。
 - ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
 - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
 - ア 国等が提供する**電子カルテ情報共有サービス**により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
 - イ **地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク**であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
 - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
 - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
 - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
 - ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。
 - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
 - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ(8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

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

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問 (訪問看護)

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護の費用** (在宅患者訪問看護・指導料等)

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** (在宅患者訪問看護・指導料は算定不可)

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療

【訪看STで算定】

- ・ **指定訪問看護の費用** (訪問看護療養費)

＜医療保険の訪問看護対象者＞

- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】

＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞

- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

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

注射：**看護師等遠隔診療注射実施料**

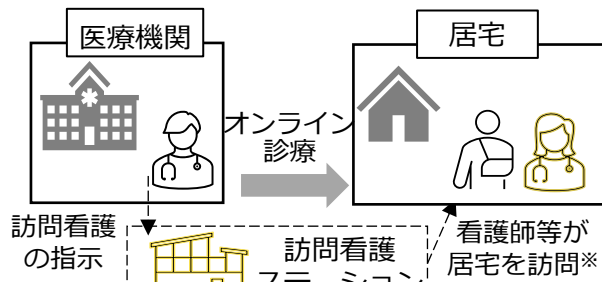
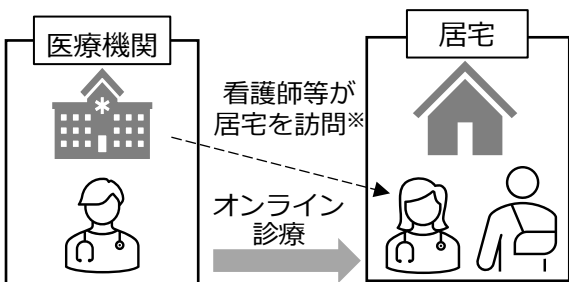
処置：**看護師等遠隔診療処置実施料**

薬剤料、特定保険医療材料は別途算定可

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合

(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係



状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問 (訪問看護)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

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

現行

【遠隔連携診療料】

- | | |
|--------------|------|
| 1 診断を目的とする場合 | 750点 |
| 2 その他の場合 | 500点 |

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

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



改定後

【遠隔連携診療料】

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

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

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

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

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

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

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

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※¹ 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※² 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

(7)賃上げに係る評価等について

賃上げに向けた評価の見直し（概要）

ベースアップ評価料の対象の拡大

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

ベースアップ評価料の評価体系の変更

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

入院料の見直し

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

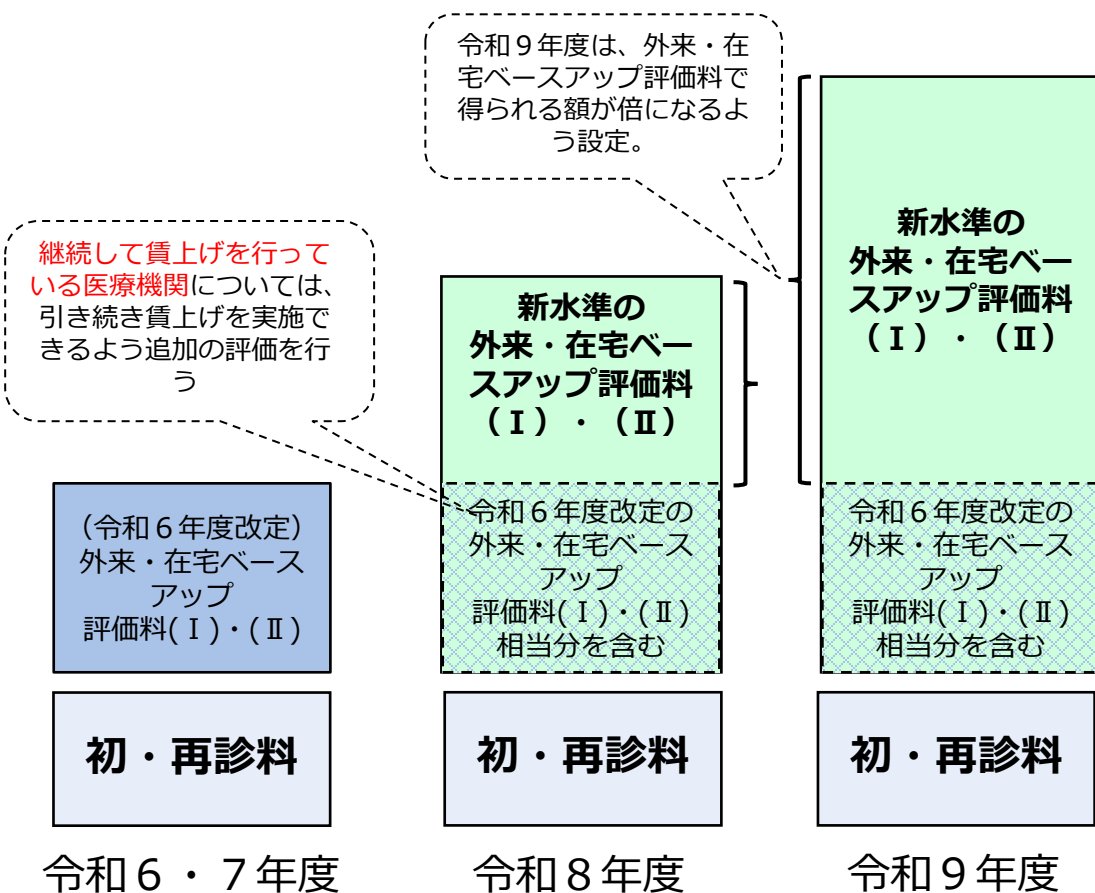
賃上げに係る評価の用途の見直し

- 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による収入を、**夜勤手当の増額に用いることを可能**とする。

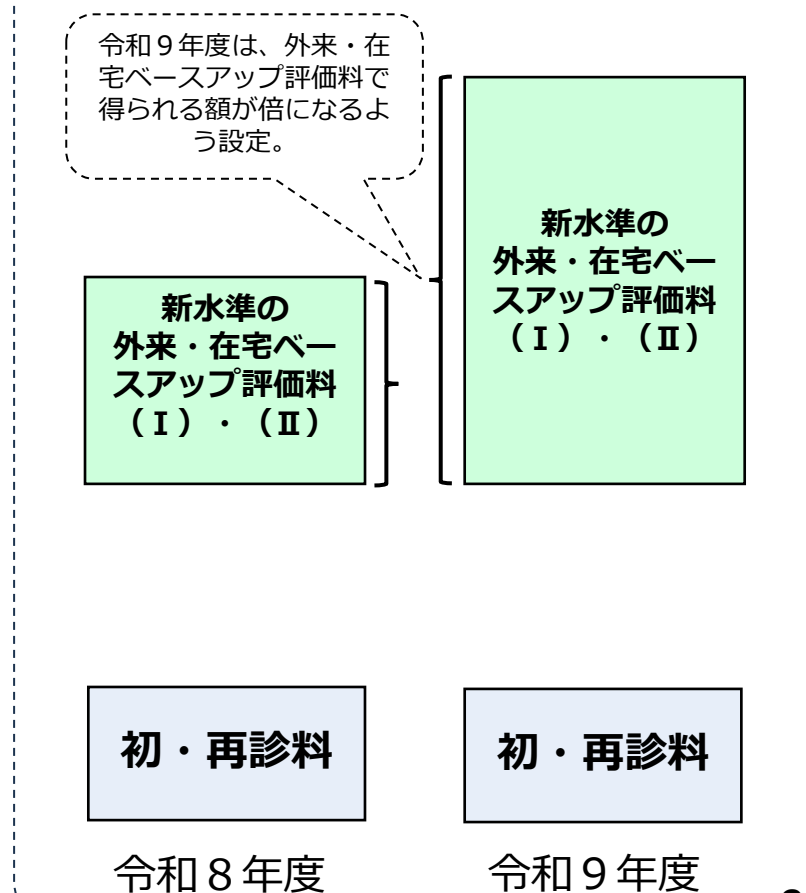
令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和6年度改定の外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の2つの観点から、対応を行う。
- 令和9年度においては、①に相当する点数を倍増する。

令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和8年度から賃上げを行う医療機関



賃上げに向けた評価の見直し①

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行	
【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】	
1 初診時	6点
2 再診時等	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ イ以外の場合	7点
[算定要件] (抜粋)	
主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。	
[施設基準] (抜粋)	
主として医療に従事する職員が勤務していること。	



改定後	
【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】	
1 初診時	<u>17点</u>
2 再診時等	<u>4点</u>
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	<u>79点</u>
ロ イ以外の場合	<u>19点</u>
[算定要件] (抜粋)	
当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。	
[施設基準] (抜粋)	
当該保険医療機関に勤務する職員がいること。	

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

	令和8年6月～令和9年5月		令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設
初診時	<u>17点</u>	<u>23点</u>	<u>34点</u>	<u>40点</u>
再診時	<u>4点</u>	<u>6点</u>	<u>8点</u>	<u>10点</u>
訪問診療時 (同一訪問診療時以外)	<u>79点</u>	<u>107点</u>	<u>158点</u>	<u>186点</u>
訪問診療時 (同一訪問診療時)	<u>19点</u>	<u>26点</u>	<u>38点</u>	<u>45点</u>

賃上げに向けた評価の見直し②

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、賃金のさらなる改善が必要である医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、評価を見直す。

現行

【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】			
1	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	
イ	初診又は訪問診療を行った場合		8点
□	再診時等		1点
～			
8	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	8	
イ	初診又は訪問診療を行った場合		64点
□	再診時等		8点



改定後

【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】			
1	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	
イ	初診又は訪問診療を行った場合		8点
□	再診時等		1点
～			
12※	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	12	
イ	初診又は訪問診療を行った場合		96点
□	再診時等		12点
※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。			

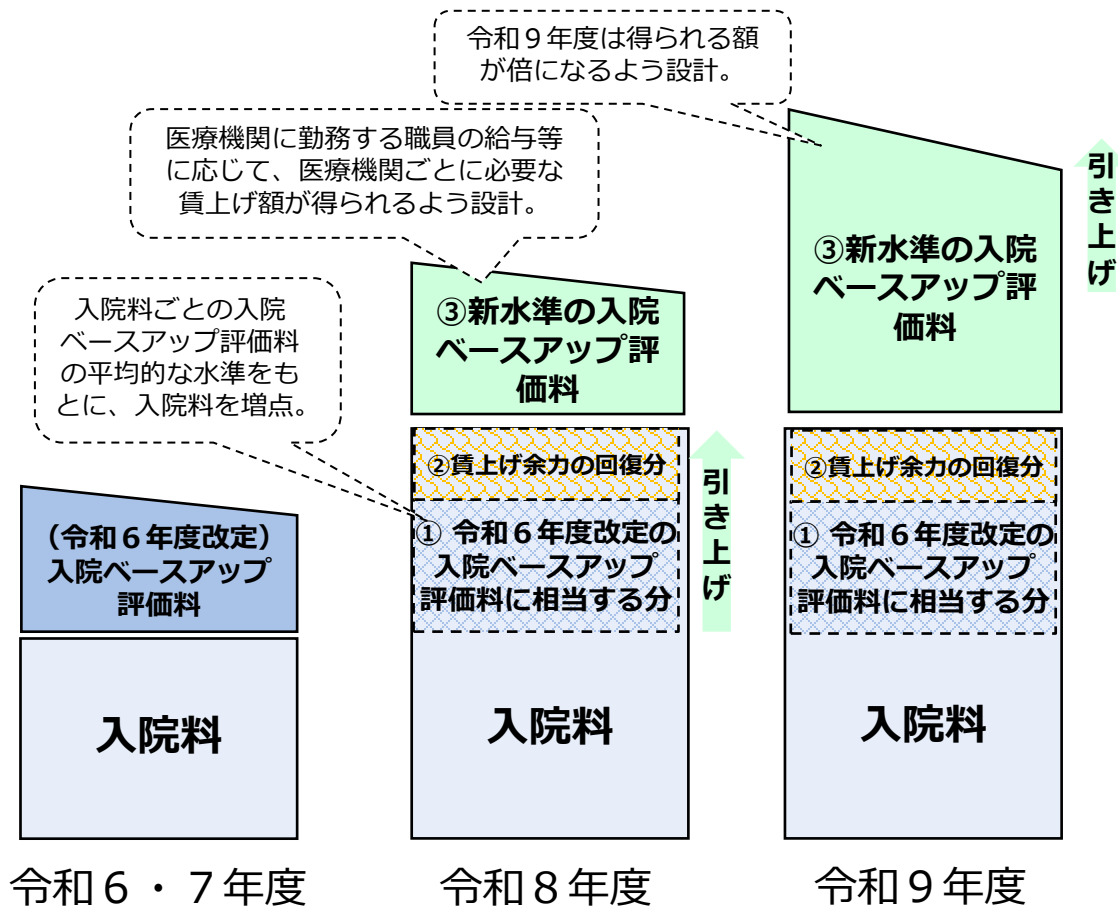
- 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

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

令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和6年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和9年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和8年度から賃上げを行う医療機関

賃上げを行わない医療機関

令和6・7年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満たしていない一部の医療機関については、入院料を減算。

令和8年度から賃上げを行う医療機関



賃上げに向けた評価の見直し③

入院ベースアップ評価料の見直し

- 入院医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行

【入院ベースアップ評価料】		
1	入院ベースアップ評価料 1	1点
～		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

[算定要件] (抜粋)

注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。



改定後

【入院ベースアップ評価料】		
1	入院ベースアップ評価料 1	1点
～		
	250※ 入院ベースアップ評価料 250	250点

※令和9年6月以降は、500区分まで拡大する。

[算定要件] (抜粋)

注 **当該保険医療機関において勤務する職員**の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。

入院料の見直し及び減算規定の新設

- これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要性があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行

(例) 【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点



改定後

(例) 【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,874点

- 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

(例) 急性期一般入院料 1 の場合 121点減算 (1日あたり)

[施設基準] 以下のいずれかを満たす保険医療機関以外は、減算の対象となる。

- 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。
- 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。
- 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること。

ベースアップ評価料に関する主な変更点①（内容）

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行

- 賃上げの目標
令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す
- 対象となる施設
保険医療機関、訪問看護ステーション
- 対象となる職員
主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。）
例）薬剤師・看護師・看護補助者 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院B U評価料の場合)
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3%

(外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪看B U評価料(Ⅱ))の場合)
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分

改定後

- 賃上げの目標
令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す
- 対象となる施設
保険医療機関、**保険薬局**、訪問看護ステーション
- 対象となる職員
当該保険医療機関に勤務する職員（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。）
例）左記の対象職員に加え、**40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員** 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院B U評価料の場合) 以下を合計したもの
◆医師・歯科医師以外
「月額賃金総額」（基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計）に、定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じた額
◆40歳未満の医師・歯科医師
常勤・非常勤（22時間以上）ごとの人数に、定められた額を乗じた額
(外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪看B U評価料(Ⅱ))の場合
上記を2で割ったもの
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜勤手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。
「賃金改善前（令和8年3月又は5月時点）の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分



ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

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

現行

○届出時の提出書類

保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生(支)局に届出を行う

○区分変更時の届出

毎年3、6、9、12月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う

○実績等の報告

毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告

○同一法人内の複数医療機関の通算
(新設)

○届出様式の統合

【様式93】看護職員処遇改善評価料

【様式97】入院ベースアップ評価料

それぞれの評価料において、様式の届出が必要

改定後

○届出時の提出書類

各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ
(賃金改善計画書は作成不要)

○区分変更時の届出

「**対象職員の数**」又は「**3月毎の外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定回数**」が1割以上変動し、**区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ**

○実績等の報告

毎年8月に、**当該年度における賃金改善の状況**を評価するため「**賃金改善中間報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
算定した年度の翌年の8月に、**前年度における賃金改善の取組状況**を評価するために「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告

○同一法人内の複数医療機関の通算

同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人においては、**法人内の複数保険医療機関を通算**して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする

○届出様式の統合

【**様式97**】**看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料**

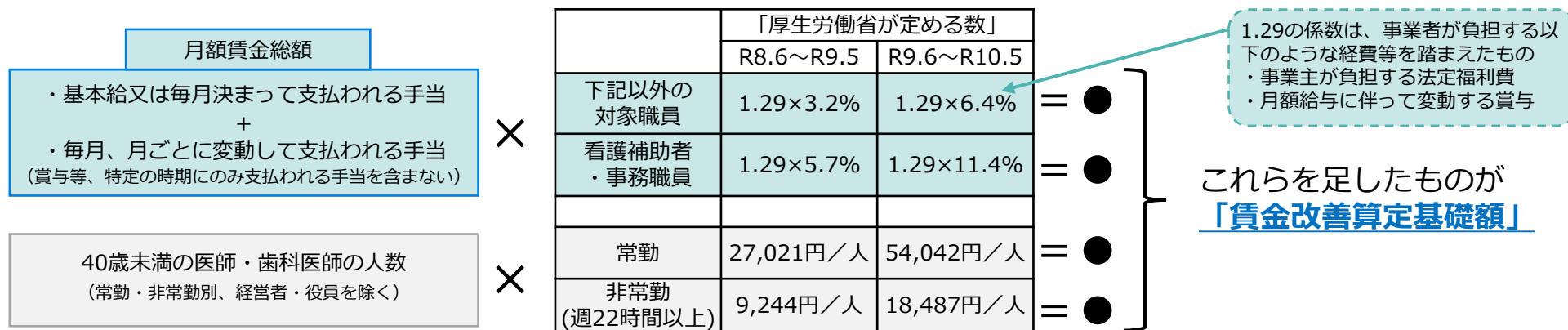
・様式を1つに統一

・様式内で**各評価料における区分計算も自動で算出**できる

ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

- 入院B U評価料、外来・在宅B U評価料（Ⅱ）、訪問看護B U評価料（Ⅱ）等では、届出時に、区分決定のために、「賃金改善算定基礎額」（＝ベースアップ評価料により当該医療機関に支払われる見込みとなる賃金改善原資の月当たりの総額に相当）の算出が必要。
 ※外来・在宅B U評価料（Ⅰ）、訪問看護B U評価料（Ⅰ）、調剤B U評価料では算出は不要。
- 「賃金改善算定基礎額」は、対象職員の月額賃金総額、40歳未満の医師・歯科医師数に基づいて算出する。



- 「賃金改善算定基礎額」を、B U評価料の算定見込み回数（入院では延べ入院患者数、外来では初診料・再診料等算定回数）で割ることにより、届け出ることのできる区分が決定される。

ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

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

賃上げに向けた評価の見直し①

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

- 歯科外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、**ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。**

現行	
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】	
1 初診時	10点
2 再診時等	2点
3 歯科訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	41点
ロ イ以外の場合	10点
[算定要件] (抜粋)	
主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略) 所定点数を算定する。	
[施設基準] (抜粋)	
主として医療に従事する職員が勤務していること。	



改定後	
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】	
1 初診時	21点
2 再診時等	4点
3 歯科訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	66点
ロ イ以外の場合	11点
[算定要件] (抜粋)	
当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略) 所定点数を算定する。	
[施設基準] (抜粋)	
当該保険医療機関に勤務する職員がいること。	

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

[継続的に賃上げをしている保険医療機関に対する施設基準]

- 令和8年3月31日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)を届け出していた保険医療機関
- 令和6年3月時点と比較**して、対象職員の**基本給等**が下記表**水準以上に引き上げていること**

令和8年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	5.5%以上
	看護補助者・事務職員	8.0%以上
令和9年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	8.7%以上
	看護補助者・事務職員	13.7%以上

	令和8年6月～令和9年5月		令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設
初診時	21点	31点	42点	52点
再診時等	4点	6点	8点	10点
歯科訪問診療時 (同一訪問診療時以外)	66点	107点	132点	173点
歯科訪問診療時 (同一訪問診療時)	11点	21点	22点	32点

賃上げに向けた評価の見直し②

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 歯科外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、賃金のさらなる改善が必要である医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、**評価を見直す**。

現行

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】

1	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合		8点
□	再診時等		1点
～			
8	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	8	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合		64点
□	再診時等		8点

改定後

【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】

1	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合		8点
□	再診時等		1点
～			
12※	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	12	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合		96点
□	再診時等		12点

※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。

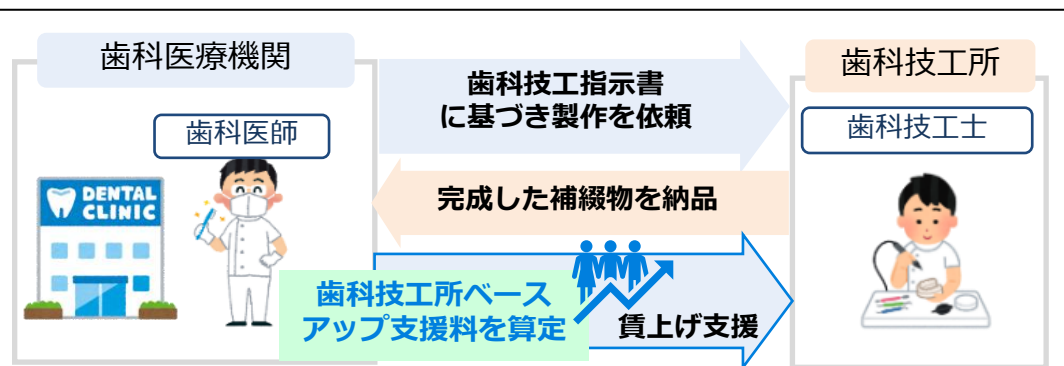
- **継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価**を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、**令和8年度及び令和9年度において段階的な評価**とする。

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

賃上げに向けた評価の見直し③

歯科技工所ベースアップ支援料の新設

- 歯科技工所に所属する歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、**歯科技工所ベースアップ支援料**を新設する。
- また、**令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定**する。



(新) 歯科技工所ベースアップ支援料 (1装置につき) 15点

[算定要件 (通知)]

- (1) 歯科技工所ベースアップ支援料は、当該保険医療機関の歯科医師から交付された歯科技工指示書に基づき、歯科医療の用に供する補綴物等の製作等の委託を受けた歯科技工所に所属する歯科技工士の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**補綴物等の製作等の委託**を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 歯科医師から交付された歯科技工指示書や歯科医師の直接の指示に基づき、当該保険医療機関内の歯科技工士が補綴物等の製作や修理を行う場合には算定できない。
- (3) 本区分は、M005に掲げる装着又はN008に掲げる**装着の算定時に算定**する。
※装着の費用が含まれる支台築造、暫間歯冠補綴装置、3次元プリント有床義歯等については、各区分の算定日に本区分を算定する。

[施設基準(通知)]

- (1) 歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、**当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。**
- (2) 当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、**製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。**

届出に関する事項 (概要)

- 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を地方厚生(支)局長に届け出ること。
- 保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

賃上げに向けた評価の見直しと物件費の高騰を踏まえた対応

賃上げ

- 調剤報酬において、保険薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。

(新) 調剤ベースアップ評価料 4点

[算定要件]

- (1) 当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図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地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、**処方箋の受付1回につき**、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険薬局に勤務する職員がいること。
- (2) 対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。



物価高騰対応

- 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 調剤物価対応料 1点

[算定要件]

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



賃上げに向けた評価の見直し①

訪問看護ベースアップ評価料（I）の見直し

- 訪問看護ステーションにおいて、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行

【訪問看護ベースアップ評価料】

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

[算定要件] (抜粋)

主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、（中略）訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

[施設基準] (抜粋)

主として医療に従事する職員が勤務していること。



改定後

【訪問看護ベースアップ評価料】

- | | | |
|---|------------------|---------------|
| 1 | 訪問看護ベースアップ評価料（I） | <u>1,050円</u> |
| 2 | （略） | |

[算定要件] (抜粋)

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

[施設基準] (抜粋)

当該訪問看護ステーションに勤務する職員がいること。

- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。
- 継続的に賃上げを実施している訪問看護ステーションとそれ以外の訪問看護ステーションにおいて異なる評価を行う。

	令和8年6月～令和9年5月		令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う 訪看ST	継続的賃上げ実施 訪看ST	新たに賃上げを行う 訪看ST	継続的賃上げ実施 訪看ST
訪問看護ベースアップ評価料（I）	<u>1,050円</u>	<u>1,830円</u>	<u>2,100円</u>	<u>2,880円</u>

賃上げに向けた評価の見直し②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 訪問看護ステーションにおいて、賃金のさらなる改善が必要である訪問看護ステーションに勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、評価を見直す。

現行

【訪問看護ベースアップ評価料】

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

[算定要件]
(新設)

改定後

【訪問看護ベースアップ評価料】

1	(略)	
2	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	
イ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	30円
ロ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	60円
	↓	
ヌ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	300円
ル	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	330円
	↓	
ソ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	540円
ツ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）19	570円
	↓	
ア	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）36	1,080円

※令和9年6月以降、36区分まで拡大

[算定要件]

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

- 継続的に賃上げを実施している訪問看護ステーションとそれ以外の訪問看護ステーションにおいて異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、**令和8年度及び令和9年度において段階的な評価**とする。

	令和8年6月～令和9年5月	
	新たに賃上げを行う訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST
区分イ	30円	40円
...		
区分ソ	540円	1,040円
...		
区分ア	二	二

令和9年6月～	
新たに賃上げを行う訪看ST	継続的賃上げ実施訪看ST
30円	40円
540円	630円
1,080円	1,580円

(8) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の 実態について

人口の少ない地域・医師偏在対策に係る全体像

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・処遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。



人口の少ない地域等での医療提供機能の確保

人口の少ない地域での医療提供機能の確保

- 人口の少ない地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価する「**医療提供機能連携確保加算**」を新設。
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価する「**医療提供機能連携確保加算**」を新設。
- 離島での入院医療の応需体制の確保のため、離島加算の評価を引き上げる。

へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

- 在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、**へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能**とする。

急性期病院B一般入院料・急性期総合体制加算の要件緩和

- 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、**急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する施設基準を設定**する。
- 人口20万人未満の地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する「**急性期総合体制加算5**」を新設。

医療資源の少ない地域における対応

- 医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、**地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和**する。
- 医療資源の少ない地域について、直近の統計を用いて、37医療圏から39医療圏へと見直す。

働き方改革・診療科偏在対策の推進

若手医師が減少する診療科の評価

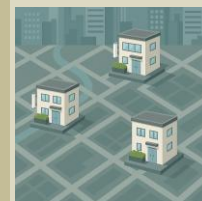
- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価する「**地域医療体制確保加算2**」を新設。

長時間高難度手術の実施体制の評価

- 長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価する「**外科医療確保特別加算**」を新設。

機能強化加算等の届出に係る対応

- 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。



外来医師過多区域に関する対応

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

- 人口20万人未満かつ人口密度が200人/km²未満である二次医療圏及び離島等の地域において、**地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制**を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 医療提供機能連携確保加算（入院初日） 600点

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医療提供機能連携確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院初日に限り所定点数に加算**する。

[施設基準]

- 別表に掲げる地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。
 - ア 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、**常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上**であること。
 - イ 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、**当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に4日以上**であること。
 - ウ 当該地域において、**巡回診療を実施した日数の合計が、直近1年間に20日以上**であること。
 - エ 当該地域に居住する患者に対して、**情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上**であること。
- 上記ア若しくはイに定める他の保険医療機関から**紹介を受けた患者**又は上記ウ若しくはエによる**診療を受けた日から3か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、前年度において3件以上実施**していること。
- 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。
- 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制又は地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有若しくは閲覧できるネットワークを活用する体制を有することが望ましい。

- 上記医療機関が、第2章第1部第1節医学管理料等に掲げる**医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設**する。

(新) 医療提供機能連携確保加算（月1回） 50点

離島加算の充実

- 離島における入院医療の応需体制の確保をさらに推進する観点から、離島加算の評価を引き上げる。

	現行	改定後
離島加算	18点	25点



人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和

急性期病院B一般入院料における要件の緩和

- ▶ 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する要件を施設基準として設定する。

(新) 急性期病院一般入院基本料

□ 急性期病院B一般入院料 **1,643点**

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料

□ 急性期病院B精神病棟入院料

(1) 10対1入院基本料	1,502点
(2) 13対1入院基本料	1,145点
(3) 15対1入院基本料	949点

[施設基準]

急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。

- 救急搬送件数が年間で1,500件以上
- 救急搬送件数が年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上
- **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
- **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること

急性期総合体制加算5における要件の緩和

- ▶ 人口20万人未満の地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

(新) 急性期総合体制加算5

イ 7日以内の期間	300点
ロ 8日以上11日以内の期間	20点
ハ 12日以上14日以内の期間	60点

[施設基準]

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

(参考) 医療資源の少ない地域・人口の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

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

<医療資源の少ない地域>

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

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く)の一般病棟が対象。

(※)遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断(受診側)、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製(受信側)、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診(受信側)についても同様。

<人口の少ない地域>

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