

令和8年度診療報酬改定

3. 急性期・高度急性期入院医療

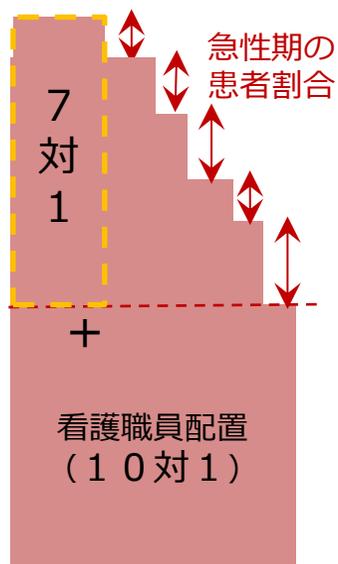
急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上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

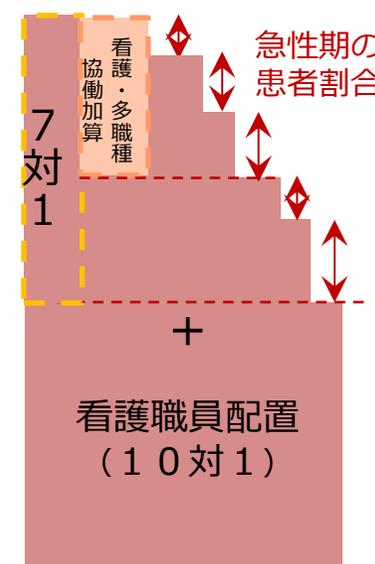


急性期病院B 一般入院料



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、救急病院**又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
 - イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
 - **救急搬送件数が年間で1,500件以上**
 - **救急搬送件数が年間で500件以上**であり、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で500件以上**
 - **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
 - **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること
 - ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

急性期病院一般入院基本料等の評価

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

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

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

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

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

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

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

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

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

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

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



[算定要件]

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

[施設基準]

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

各職種が専門性を活かして行う業務の例

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

看護・多職種協働加算における職員配置の例

➤ 看護・多職種協働加算は、**看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置**し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- **急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟**であること。

配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合



看護・多職種
協働加算
25対1

看護職員
配置
(10対1)

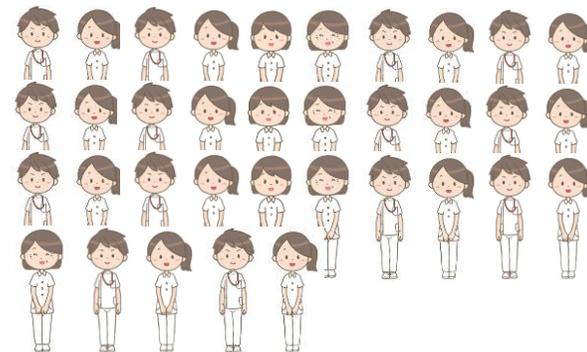


(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合

看護職員
配置
(7対1)



看護職員
約35人*3

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

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 9.73人 (10人)$

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

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

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)

+

救急患者応需係数

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**)

=

基準患者割合に係る指数 (割合指数)

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

上記以外では引き続き病棟における患者の該当割合を使用

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

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



(凡例) ★★：測定日、→：測定せず直前の測定日の評価を用いる日
 ※5日目以降の測定は、7日以内に行っていれば、**病棟で曜日を一括して行うことも可能**。
 ※途中で患者の状態に明らかな変化があった場合は、7日を待たずに測定することが望ましい。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、[レセプト電算処理システム用コード（改定による内容の見直しあり）](#)を用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置（※2）	-	-	-	-
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、		あり		
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、		あり		
	⑤ 放射線治療、		あり		
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、		あり		
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、			あり	
	⑩ ドレナージの管理、		あり		
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

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

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑩無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

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

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

×

重症度、医療・看護必要度のA、B、C項目の対象の追加

A、B、C項目の対象の追加

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

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

C	手術等の医学的状況	分類	名称
21	救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
		注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
		注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
		処置	腰椎穿刺
		処置	吸着式血液浄化法
		処置	カウンターショック（その他）
		処置	持続緩徐式血液濾過
		処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
		手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
		手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
		手術	経皮経肝バルーン拡張術
		22	別に定める検査
検査	経気管肺生検法		
検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）		
検査	組織試験採取、切採法（心筋）		
検査	E B U S - T B N A		
検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査		

C	手術等の医学的状況	分類	名称
23	別に定める手術	手術	内シヤント設置術
		手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
		手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
		手術	経皮的胆管ドレナージ術
		手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
		手術	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）
		手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
		手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
		手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
		手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
		手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
		手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
		手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波膵石破碎術（一連につき）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
		手術	薬剤投与用胃瘻造設術

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

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

割合指数の算出方法

該当患者割合

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

救急患者応需係数^{※2}：

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

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※ab	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上

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

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し②

重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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



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

【該当患者の基準】

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

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

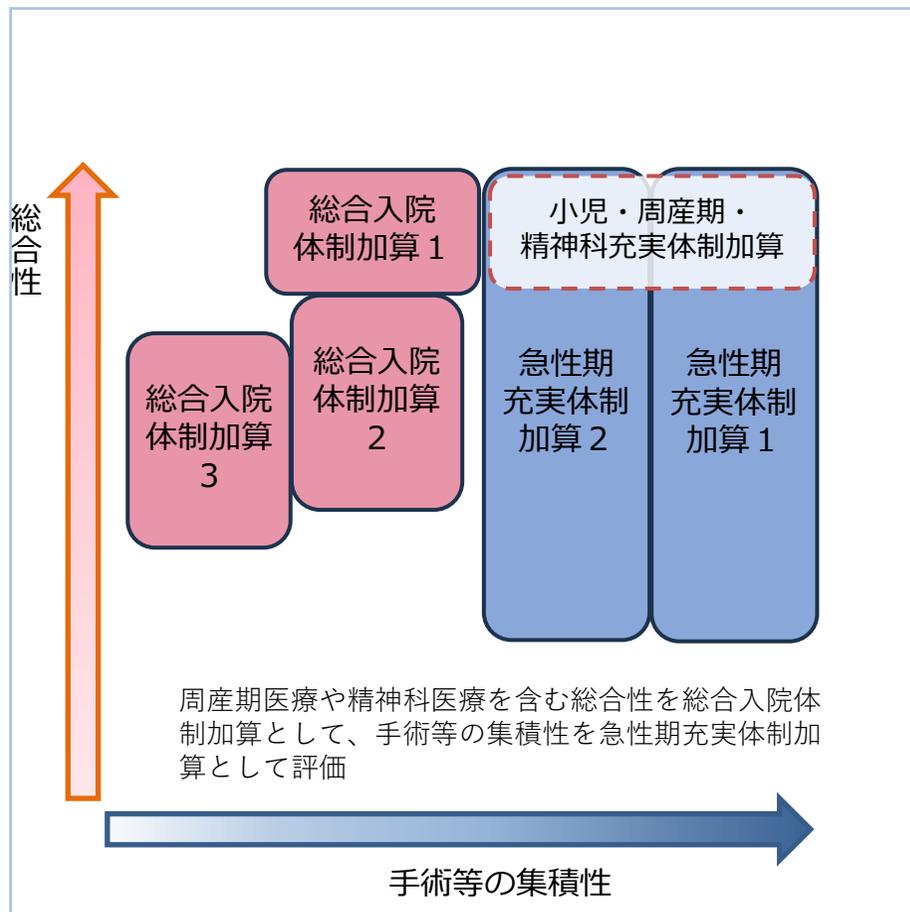
※b 看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

急性期総合体制加算の新設①

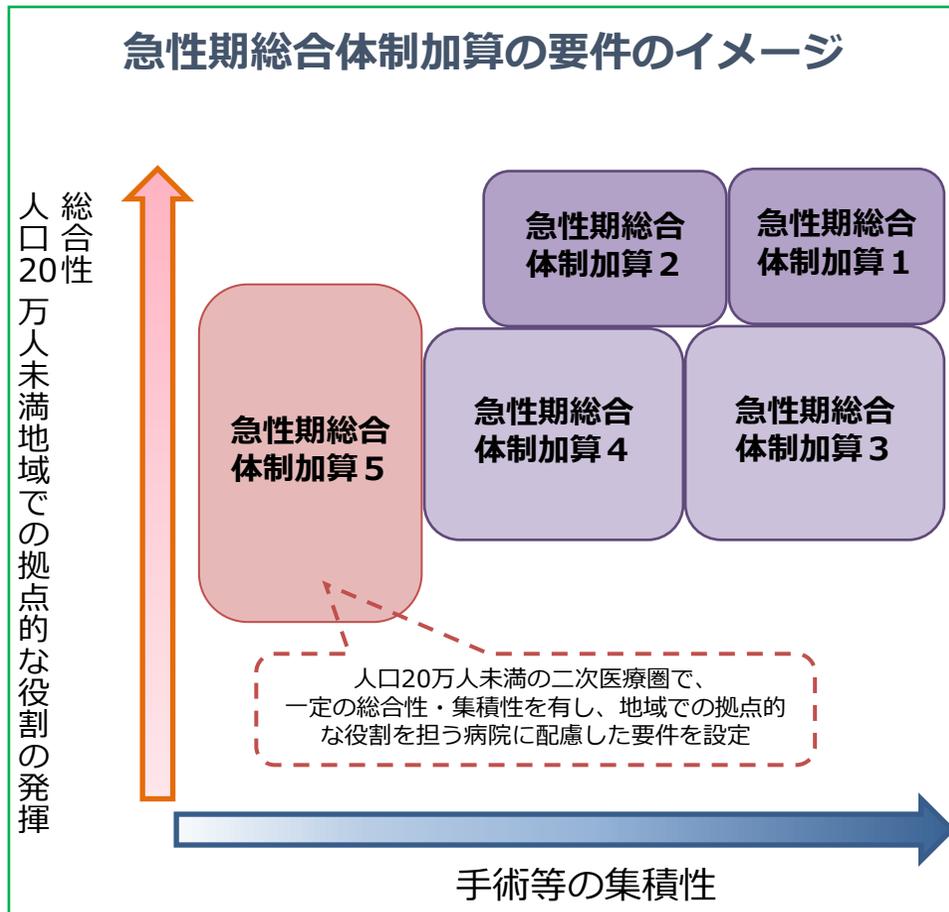
- 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに**急性期総合体制加算**として評価。
- **急性期総合体制加算5**の要件は、**人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院**の特性に配慮したものである。

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②

急性期総合体制加算の新設

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

現行

【総合入院体制加算】

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

【急性期充実体制加算】

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



改定後

【急性期総合体制加算】

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

- 急性期総合体制加算を算定可能な入院料は以下のとおり。

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

急性期総合体制加算の新設③

加算区分 (1-7日/8-11日/12-14日)	急性期総合体制加算1 (530点/290点/210点)	急性期総合体制加算2 (470点/230点/150点)	急性期総合体制加算3 (440点/200点/120点)	急性期総合体制加算4 (360点/150点/90点)	急性期総合体制加算5 (300点/120点/60点)	
入院基本料の届出	・急性期病院A一般入院料を届け出ている(加算5については急性期病院B一般入院料の届出でも可)					
救急医療体制	・救急時医療情報閲覧機能を有している					
	救命救急センター又は 高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置等				
総合性	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。 (地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行っていない場合も良い。)					
	・精神科につき24時間対応できる体制があること					
	イ及びロを満たす	イ及びロを満たす			イ又はロを満たす	
	・精神患者の入院受入体制がある					
手術等の集積性 (年間の実績)	全身麻酔手術2000件以上			全身麻酔手術1200件以上		
	下記アからキのうち6つ以上 及びク、ケ	下記アからキのうち4つ以上 及びク又はケ	下記アからキのうち5つ以上	下記アからキのうち3つ以上 及びク又はケ	下記アからク及びロのうち 2つ以上	
	ア 悪性腫瘍手術400件以上 イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 エ 心臓胸部大血管手術60件以上(加算1及び3では100件) カ 脳神経外科手術50件以上※ ク 分娩件数100件以上 コ 医療提供機能連携加算の届出(地域最多救急病院が加算5を算定する場合に限る) ※地域最多救急病院が加算5を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない	イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 キ 放射線治療(対外照射法)200例以上 ケ 6歳未満の手術40件以上	ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 オ 消化管内視鏡手術600件以上			
医療提供機能に係る要件	・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している					
	・外来を縮小する体制を有する					
併届出等に係る要件	・救急救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料等の治療室の届出					
	・院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている					
	・一般病棟における平均在院日数が14日以内					
併届出等に係る要件	・療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っていない(地域最多救急病院等が加算5を算定する場合を除く)					
	・地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない					
	・特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない(令和6年3月31日以前に賃貸借関係にある場合を除く)					
その他共通の施設基準	・同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない(平成30年3月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く)					
	・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上					
その他共通の施設基準	・医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備					
基準①割合指数(必要度I/II)	3割3分/3割2分		3割2分/3割1分		3割/2割9分	
基準②割合指数(必要度I/II)	4割/3割9分		3割9分/3割8分		3割7分/3割6分	
	2割9分/2割8分		2割9分/2割8分		2割8分/2割7分	
	3割6分/3割5分		3割6分/3割5分		3割5分/3割4分	

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。**）

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。

※ 特定機能病院の見直し後の名称については、令和7年度を目途に関係省令が公布・施行される予定であるため、算定告示及び施設基準告示にも当該名称を反映する。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算2の新設

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について更に評価するとともに、施設基準を緩和した加算2を新設する。
- 加算2に従事する専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算、「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることとする。
- B I の測定に係る研修において、併せて F I M の測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
(1日につき) 120点

〔施設基準〕

- プロセス・アウトカム評価
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の8割以上
 - ・退院時にA D Lが低下した患者の割合が3%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。



改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1
(1日につき) 150点
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2
(1日につき) 90点

〔施設基準〕

- 加算2のプロセス・アウトカム評価（加算1は不変）
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ・退院時にA D Lが低下した患者の割合が5%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

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

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

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

現行

【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
- 2 地域医療体制確保加算 2

620点

720点

[施設基準]

1 地域医療体制確保加算 1 の施設基準

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

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

2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準

・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。

- ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
- イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
- ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。

・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。

- ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
- イ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

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

(新) 外科医療確保特別加算 (1回につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- (2) **特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。**
- (3) 医科点数表第2章第10部に掲げる**長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。**
- (4) 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
 - ア **当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置**されていること。
 - イ **チーム制又は交代勤務制**を導入していること。
 - ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の**勤務間インターバル及び代償休息を確保すること**。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
- (5) 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
 - ア 地域の**他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。**
 - イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、**対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。**
- (6) 外科医療確保特別加算を算定する診療科の**専門研修体制が整備**されていること。
- (7) **外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算2において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）であること。**
- (8) 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、**当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給**（その8割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進③

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 医師の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件を見直す。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

【施設基準】

7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。

(1) (略)

(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、当該診療科に配置されている医師の数が5名又はその端数を増すごとに1名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

イ (略)

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。(新設)

エ~カ (略)

(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、6(2)のアにおける当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

【施設基準】

7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。

(1) (略)

(2) チーム制を導入しており、ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項のいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、2名以上(当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上)の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

イ (略)

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、特定対象医師(B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師)であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休憩時間を確保するよう配慮していること。

オ~キ (略)

(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、(1)の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。(削除)



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、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料（1から3までに限る。）の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

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。



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。

特定集中治療室管理料の見直し③

重症患者対応体制強化加算の見直し

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を推進する観点から、**特定機能病院においても重症患者対応体制強化加算を算定可能とする**よう見直す。

現行

【重症患者対応体制強化加算】

[施設基準]

- (1)～(8) 略
- (9) **「A200-2」急性期充実体制加算及び「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。**
(新設)
(新設)



改定後

【重症患者対応体制強化加算】

[施設基準]

- (1)～(8) 略
 - (9) 「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関**であり、かつ、以下のいずれかを満たしていること。**
ア 特定機能病院であること。
イ 「A200」急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ※ 救命救急入院料についても同様。

特定集中治療室遠隔支援加算の見直し

- 遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を以下のとおり見直す。
 - ・ 被支援側医療機関の対象となる医療機関の範囲を拡大する。
 - ・ 支援側医療機関における施設基準のうち、「当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に医療資源の少ない地域又は医師少数区域に所在する保険医療機関が含まれる」旨の要件を廃止する。

現行

【特定集中治療室遠隔支援加算】

[施設基準]

- (1) 被支援側医療機関における施設基準
ア 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること。
イ・ウ (略)
- (2) 支援側医療機関における施設基準
ア 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っていること。
イ 当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすものであること。
ウ～オ (略)



改定後

【特定集中治療室遠隔支援加算】

[施設基準]

- (1) 被支援側医療機関における施設基準
ア 特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料3の届出を行っていること。
イ・ウ (略)
- (2) 支援側医療機関における施設基準
ア 特定集中治療室管理料1の届出を行っていること。

（削除）

イ～カ (略)

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（1から3までに限る。）の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院を指す。

病院実績要件を満たさない治療室等への対応

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

（新）ハイケアユニット入院医療管理料 注5

【算定要件】

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

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。

(参考) 救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	病院の機能等	職員の配置	必要度		入室日 SOFA	1床の 面積	その他		
救命救急 入院料	入院 料1	～3日 12,379点 4～7日 11,240点 8日～ 9,894点	・救命救急センターを有する	・宿日直ではない専任の医師が常時治療室内に勤務（治療室内） ・手術に必要な麻酔科医の体制	看護師 2対1	ICU用 (Ⅱ)	7割以上	-	15m ² (新生児用 は9m ²)	・救急蘇生装置、ポータブルX線撮影装置等を備えている ・自家発電装置を有する病院であり、院内で必要な検査が常時実施できる ・医療安全対策加算1の届出がある ・救急時医療情報閲覧機能を有する	
	入院 料2	～3日 10,623点 4～7日 9,629点 8日～ 8,469点				看護師 4対1	HCU用 (Ⅰ・Ⅱ)	測定評価	-		-
特定集中 治療室 管理料 (ICU)	管理 料1	～7日 14,980点 8日～ 13,371点	・以下のいずれかを満たす ア 救急搬送件数1,000件以上 イ 全身麻酔手術件数1,000件以上 ウ 小児系病床が5割以上であって、全身麻酔手術件数が500件以上 ※別表に掲げる人口の少ない地域においては、上記の8割の件数で満たす	・宿日直ではない専任の医師が常時治療室内に勤務（うち2人以上がICU経験5年以上等を満たす） ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上勤務 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	看護師 2対1	ICU用 (Ⅱ)	8割以上	5以上の患者が 2割以上 (直近1年)	20m ² (新生児用 は9m ²)	・救急蘇生装置、ポータブルX線撮影装置等を備えている ・自家発電装置を有する病院であり、院内で必要な検査が常時実施できる ・医療安全対策加算1の届出がある	
	管理 料2	～7日 10,390点 8日～ 8,773点					・専任の医師（宿日直可）が常時、原則として治療室内に勤務 ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上勤務	7割以上	3以上の患者が 2割以上 (直近1年)		15m ² (新生児用 は9m ²)
	管理 料3	～7日 9,390点 8日～ 7,770点					・専任の医師（宿日直可）が常時、原則として治療室内に勤務	-	-		
ハイケア ユニット 入院医療 管理料 (HCU)	管理 料1	～21日 7,202点	・以下のいずれかを満たす ア 救急搬送件数1,000件以上 イ 全身麻酔手術件数500件以上 ウ 小児系病床が5割以上であって、全身麻酔手術件数が250件以上 ※別表に掲げる人口の少ない地域においては、上記の8割の件数で満たす	・専任の常勤医師（宿日直可）が常時医療機関内にいる	看護師 4対1	HCU用 (Ⅰ・Ⅱ)	基準①が 20%以上 基準②が 80%以上	-	-	・救急蘇生装置等を備えている ・診療録管理体制加算の届出がある ・医療安全対策加算1の届出がある	
	管理 料2	～21日 4,501点					基準①が 20%以上 基準②が 65%以上				
	注5	～21日 4,401点			-		-				※令和8年3月31日時点でICU又はHCUの届出を行っていた治療室に限り当面の間、算定可。
脳卒中 ケアユニット 入院医療管理料 (SCU)	～14日 6,365点	・「超急性期脳卒中加算」と「経皮的脳血栓回収術」を合計して年間20回以上算定	・神経内科・脳外科の経験が5年以上の専任の医師（宿日直可）が常時医療機関内に勤務 ※所定要件を満たす場合、当該科の経験が3年以上の専任の医師でも可。 ・脳血管リハの経験のある専任の常勤理学療法士・作業療法士が治療室に勤務	看護師 3対1	一般病棟用 (Ⅰ・Ⅱ)	測定評価	-	-	・治療室の概ね8割以上が脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者 ・救急蘇生装置等を備えている ・CT、MRI等の撮影・診断が常時可能 ・医療安全対策加算1の届出がある ・脳血管リハの届出を行っている		