

令和8年度診療報酬改定の概要

横断事項(全機能共通)・外来・在宅

フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本資料は、令和8年3月5日付告示の内容に基づき作成したものです。
今後、疑義解釈通知等により内容が改訂される可能性があります。

目次

I. 全体項目(賃上げ・物価対応等)	III. テーマ別の評価(1)～(3)
II. 入院医療の評価	IV. 外来・在宅医療などの評価

I . 全体項目（賃上げ・物価対応 等）

1. 基本方針	4. 重点項目②(物価対応)
2. 改定率	5. 食費対応
3. 重点項目①(賃上げ対応)	

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、**現役世代の負担の抑制努力の必要性**
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ **社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和**

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応
【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」を重点課題と据える一方で、基本認識に「現役世代の負担の抑制努力の必要性など」も記載し、支援と適正化のバランスを取る方向性が示される

診療報酬改定率

1. 診療報酬 **+3.09%** 【 R8・9年度平均 : R8年度 +2.41% (国費2,348億円程度) 、R9年度 +3.77% 】

① 賃上げ分	<u>+1.70%</u>	
② 物価対応分	<u>+0.76%</u>	※病院0.49%、医科診療所0.10% 等 高度機能医療担う病院の特例 0.14%
③ 食費・光熱費分	<u>+0.09%</u>	※低所得者の負担軽減の補填
④ 経営環境悪化対応分	<u>+0.44%</u>	※病院0.40%、医科診療所0.02%等
⑤ 通常改定部分	<u>+0.25%</u>	
⑥ 適正化分	<u>▲0.15%</u>	※処方・調剤・在宅医療等の適正化

2. 薬価等 **▲0.87%** (国費1,063億円程度)

① 薬価 ▲0.86% (国費1,052億円程度)

② 材料価格 ▲0.01% (国費 11億円程度) ※ 薬価は令和8年4月改定、材料価格は令和8年6月改定

- 重点課題の賃上げ・物価対応などに対する大きな財源対応を行い、**30年ぶりの大幅なプラス改定**となる。
- 各年度に改定率の差をつけて、賃上げ・物価上昇へ機動的な対応を図る
- 物価対応などの施設配分にて、**病院に手厚く・診療所には抑えた対応**
高度機能医療の病院(大学病院含む)は、物価影響への特例対応あり
- **処方・調剤・在宅医療等の部分に、適正化でのマイナスを明示**
- 関連事項にて、**医療機関の経営状況に応じた予算の加減算調整、賃上げの実効性、経営情報の見える化**を記載、詳細な把握に基づく対応を実施
- 薬価は前回と同じ規模の**マイナス改定**を行い、**引き続き薬価改定の毎年度実施および費用対効果に応じた価格設定**を推進する方針を明記

3. 診療報酬制度関連事項

- ① 令和9年度における更なる調整及び令和10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

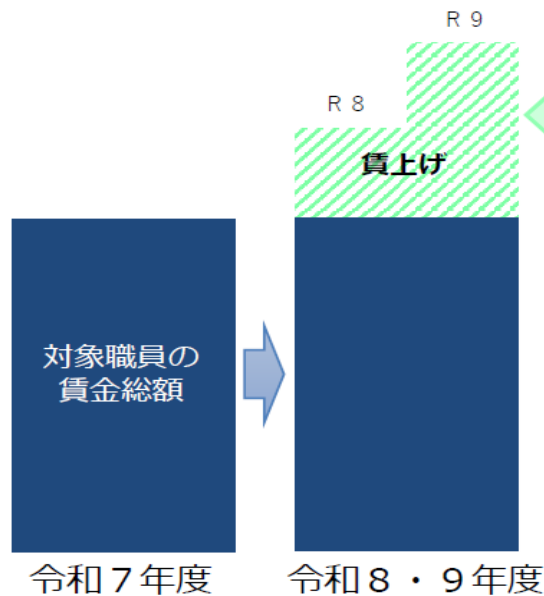
- ① 令和8年度薬価制度改革及び令和9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

令和8年度診療報酬改定

賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

賃上げ対応

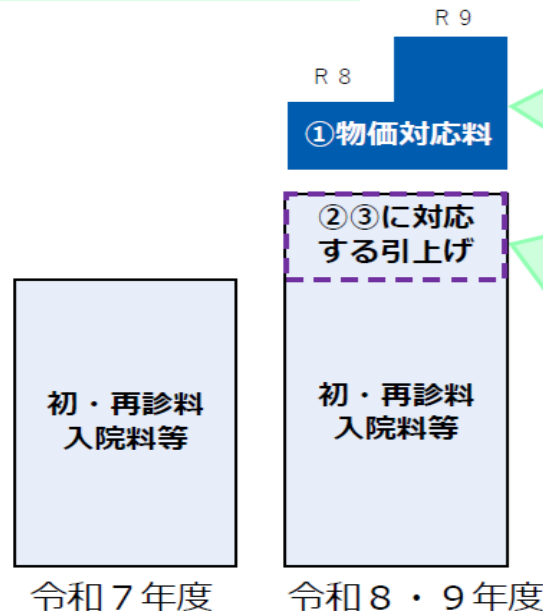


新水準のベースアップ
評価料等による支援

■ 賃上げ余力の回復・確保のための特例的な対応を含む必要な措置を講じるとともに、医療現場での生産性向上の取組みと併せ、必要な措置を講じることで、以下のベースアップ実現を支援。

医療機関等の対象職員
令和8年度：+3.2%
令和9年度：+3.2%
 (看護補助者・事務職員は+5.7%)

物価対応



■ 物価対応料を新設
 (令和9年度は令和8年度の2倍となる予定)

① 令和8年度以降の物価上昇への対応分

■ 入院料等に包括

② 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分

③ 高度機能医療を担う病院(大学病院を含む)への特例的な対応分

■ それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき配分を行う。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与(賞与を含む)に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。



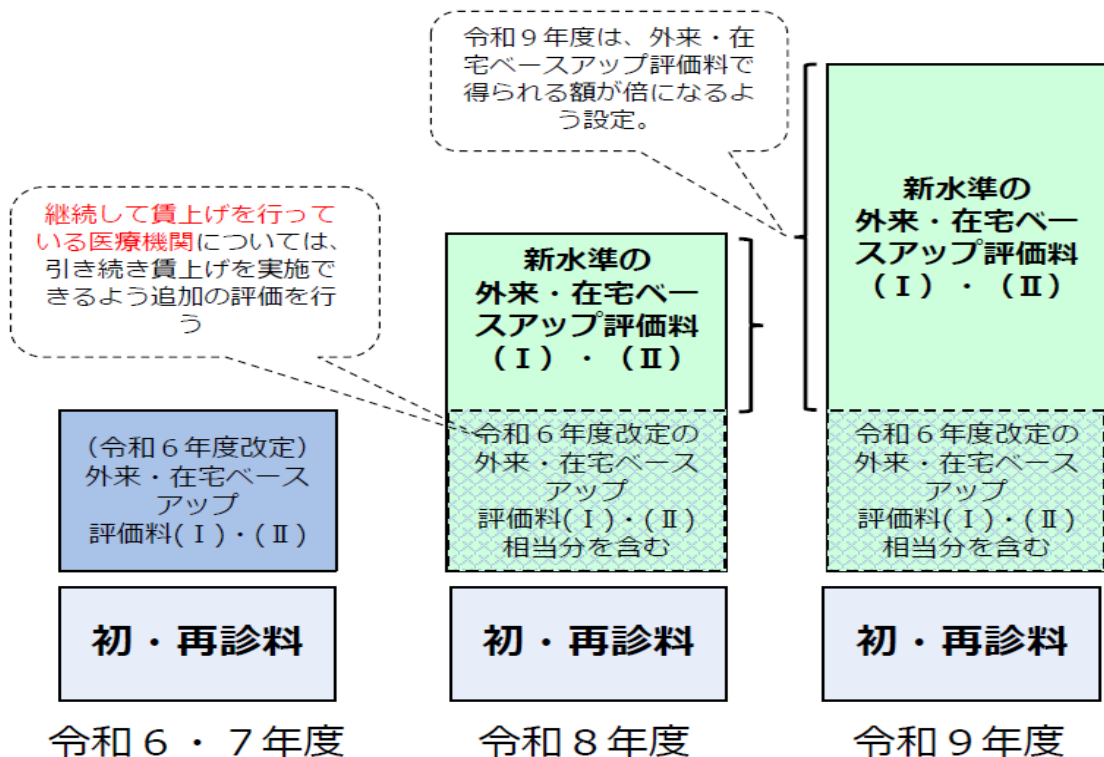
- 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整(特例的な対応分を除く)を行う。

令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

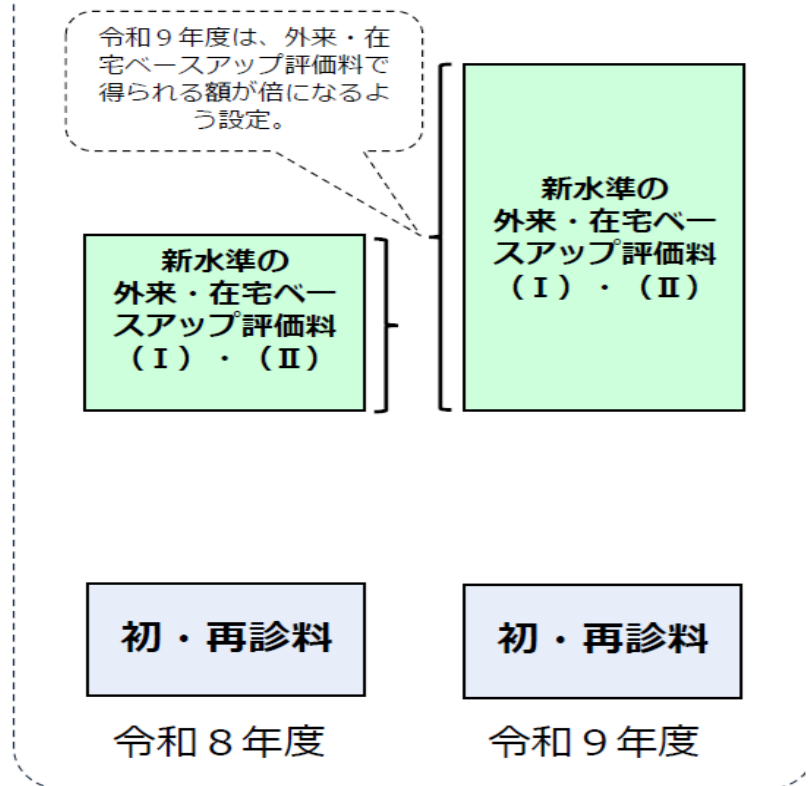
令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- ▶ 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

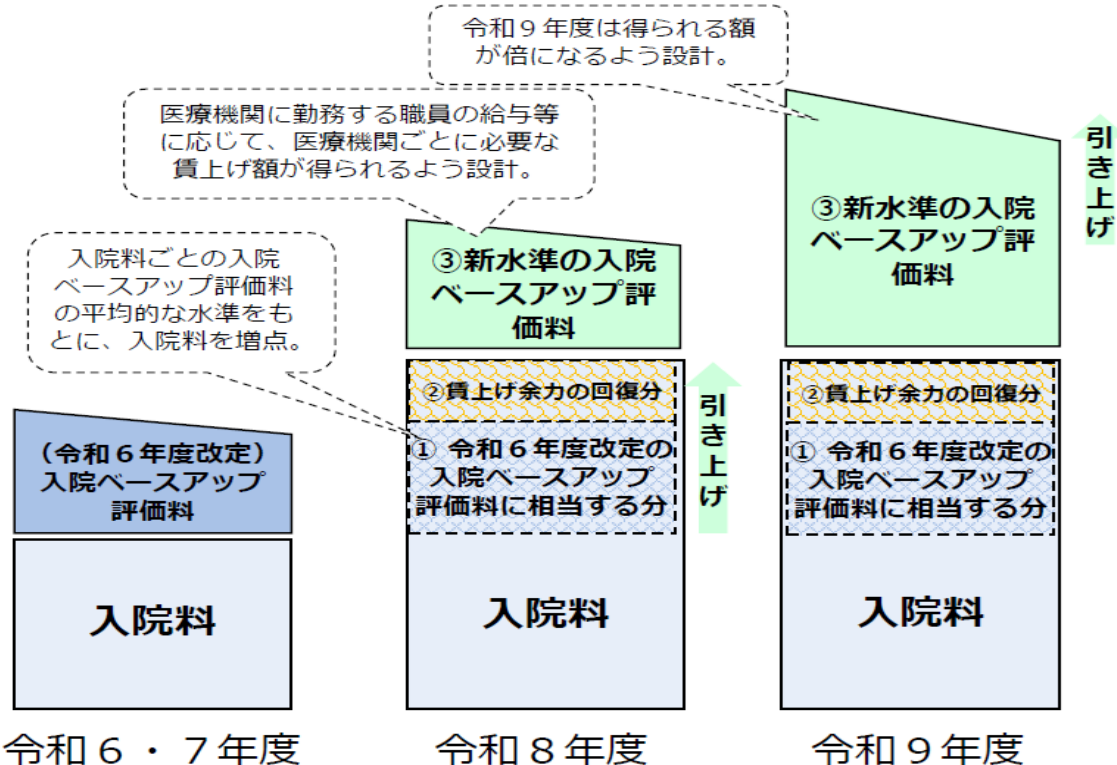


令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

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。

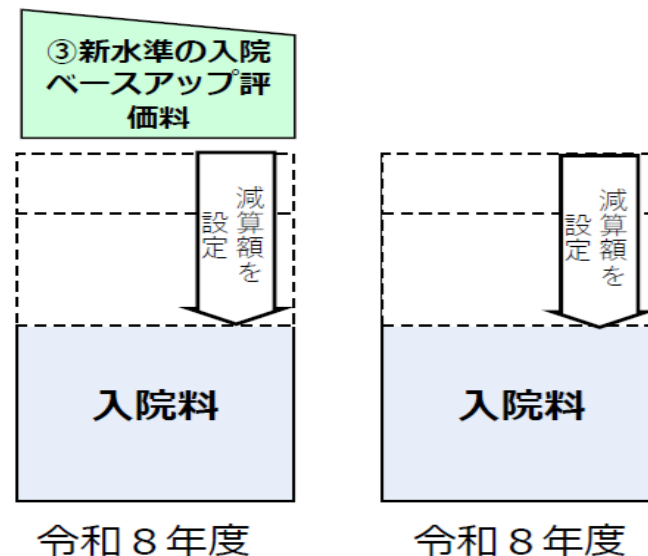
令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



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。



3. 賃上げ対応

賃上げに向けた評価の見直し ①

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

【賃上げ対象職員】

改定前	改定後
主として医療に従事する職員	当該保険医療機関において勤務する職員 (経営者・法人の役員等は対象外)

※夜勤手当増額対応も可
(看護職員処遇改善評価料も同様)

【外来ベースアップ評価料(Ⅰ)】

	項目	改定前	改定後	
			R8.6～	R9.6～
新たに賃上げ	初診時	6点	17点	34点
	再診時等	2点	4点	8点
	訪問診療 (同一建物)	28点	79点	158点
	訪問診療 (同一建物以外)	7点	19点	38点
継続しての賃上げ	初診時	6点	23点	40点
	再診時等	2点	6点	10点
	訪問診療 (同一建物)	28点	107点	186点
	訪問診療 (同一建物以外)	7点	26点	45点

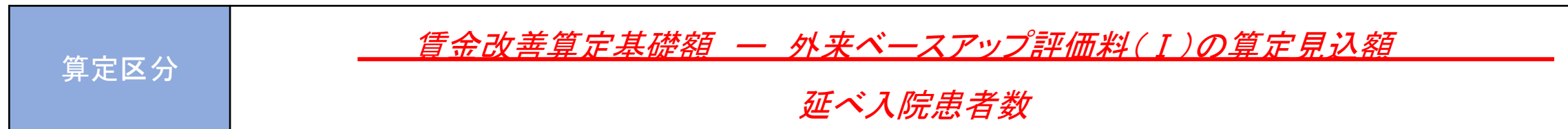
【入院ベースアップ評価料(Ⅰ)】

項目	改定前	改定後	
		R8.6～	R9.6～
入院ベースアップ評価料1	1点	1点	1点
.	.	.	.
入院ベースアップ評価料165	165点	165点	165点
.		.	.
入院ベースアップ評価料250		250点	250点
.			.
入院ベースアップ評価料500			500点

① R6, 7年度の届出なし
入院料の減算(急性期一般1; ▲121点、急性期2～6: ▲85点)
② R8年度: 1～250点を算定、R9年6月～: 500点まで算定可

※外来ベースアップ評価料(Ⅱ): 8区分 → **24区分**(R8: 12区分・R9: 12区分)も継続

□ 入院ベースアップ評価料等の算出方法変更



<p>月額賃金総額</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本給又は毎月決まって支払われる手当 + ・毎月、月ごとに変動して支払われる手当 (賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない) <p>※賃金総額に令和7年度賃上げ補助金部分は除く</p>	×		「厚生労働省が定める数」				
			R8.6~R9.5	R9.6~R10.5			
		×	1.29×3.2%	1.29×6.4%	= ●	<p>1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業主が負担する法定福利費 ・月額給与に伴って変動する賞与 <p>これらを足したものが <u>「賃金改善算定基礎額」</u></p>	
			看護補助者 ・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%		= ●
			常勤	27,021円/人	54,042円/人		= ●
			非常勤 (週22時間以上)	9,244円/人	18,487円/人		= ●
40歳以下の医師・歯科医師の人数 (常勤・非常勤別、経営者・役員を除く)	×						

厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋・追記

□ ベースアップ評価料の使用用途(実績報告)

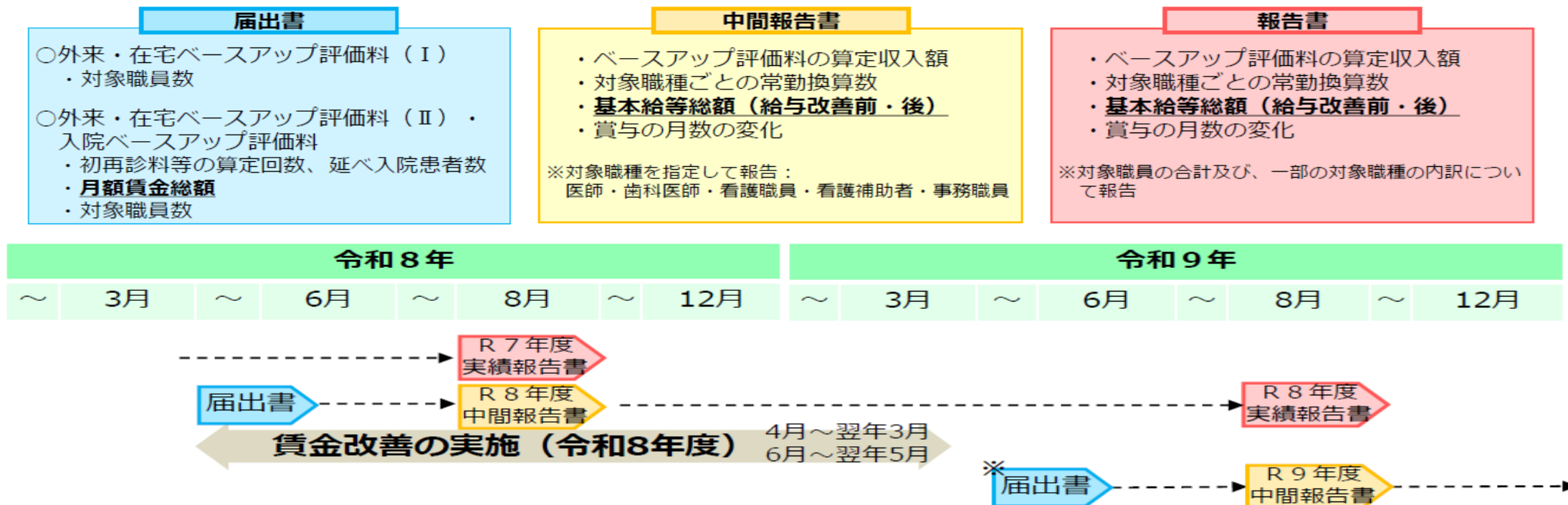
ベースアップ評価料の収入

= 職員の賃金改善に使用

<基本給等の引き上げ、それに伴う賞与、時間外、法定福利費(事業者負担含む)等の増加>

□ ベースアップ評価料に関する手続きの簡素化

- 記載内容の簡素化 (対象職員数・評価区分算出等のみ入力で届出)、届時の改善計画書不要
- 区分変更は、1割以上の変動 (対象職員数・3月ごとのベースアップ評価料算定数) で点数変更となる場合のみ
- 8月に 前年度実績報告 および 当該年度の中間報告 を厚生局へ提出
- 同一法人は複数医療機関を通算が可能
- 看護処遇改善評価料 と 入院ベースアップ評価料の届出様式統一 (様式97:記載欄別あり)



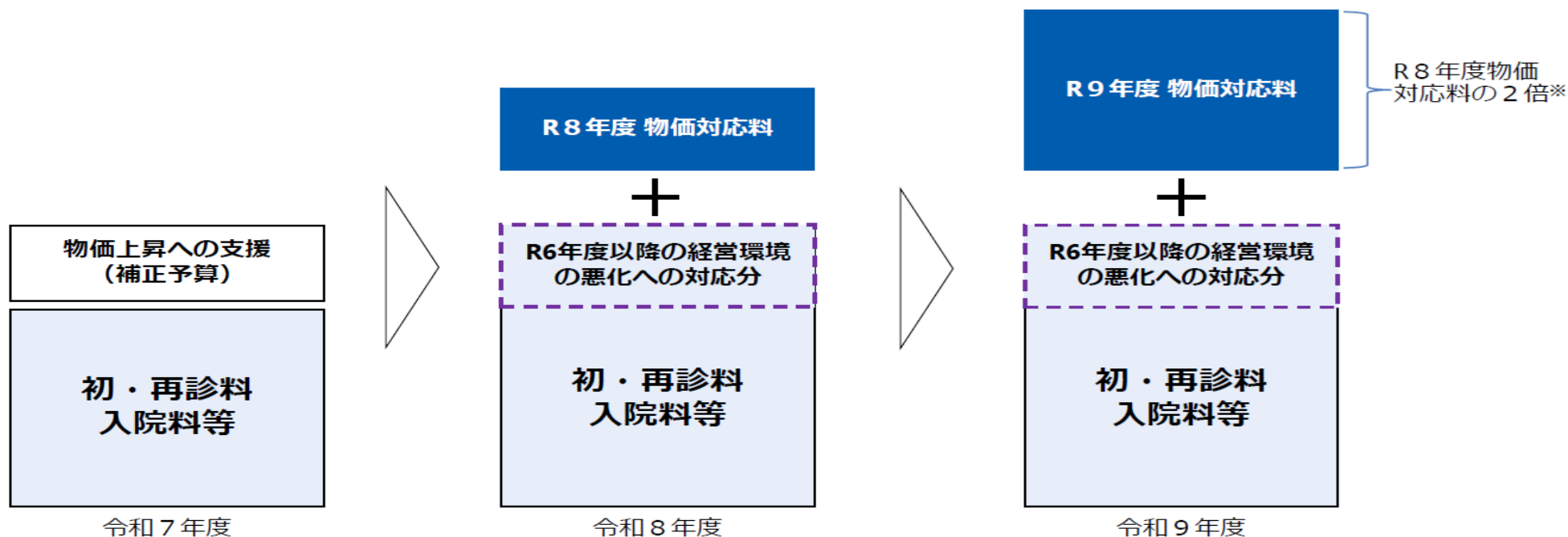
※ 届出書は、**毎年6月1日まで**に届出が必要

令和8年度診療報酬改定 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応①

物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

基本的な方針

- 令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等及び入院料等の評価に含める。



※ 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

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を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

● 初再診料等の見直し

初診料は **据え置き**、再診料と外来診療料をそれぞれ **+1点** 引き上げ

【初再診料等(医科)の例】

項目名	改定前	改定後
初診料	291点	291点
(情報通信機器を用いた場合)	253点	253点
(特定機能病院等の紹介割合等低い場合)	216点	216点
(妥結率が低い場合)	216点	216点
(同一日2科目)	146点	146点
再診料	75点	76点
(情報通信機器を用いた場合)	75点	76点
(妥結率が低い場合)	55点	56点
(同一日2科目)	38点	39点

項目名	改定前	改定後
外来診療料	76点	77点
(情報通信機器を用いた場合)	75点	76点
(紹介のない場合)	56点	57点
(妥結率が低い場合)	56点	57点
(同一日2科目)	38点	39点

病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

●入院料の見直し

各入院料等を **大幅に増点での対応** ※ 増加幅は各入院料で異なる、高度機能医療等を担う病院は他より高い増加
(急性期一般：約120~200点、特定機能病院：約300点)

【入院料改定の例】

項目名	改定前	改定後
急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料1	1,688点	1,874点
ロ 急性期一般入院料2	1,644点	1,779点
ハ 急性期一般入院料3	1,569点	1,704点
ニ 急性期一般入院料4	1,462点	1,597点
ホ 急性期一般入院料5	1,451点	1,575点
ヘ 急性期一般入院料6	1,404点	1,523点
地域一般入院基本料		
イ 地域一般入院料1	1,176点	1,290点
ロ 地域一般入院料2	1,170点	1,282点
ハ 地域一般入院料3	1,003点	1,097点
特別入院基本料	612点	704点

項目名	改定前	改定後
特定機能病院A入院基本料（一般）		
イ 7対1入院基本料	1,822点	2,146点
ロ 10対1入院基本料	1,458点	1,771点
急性期病院一般入院基本料		
イ 急性期病院A一般入院基本料	新設	1,930点
ロ 急性期病院B一般入院基本料	新設	1,643点
小児入院医療管理料1	4,807点	5,216点

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、基本診療料・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。

● 物価対応料の新設

【外来物価対応料(1日につき)】

新設

項目名	R 8.6 ~	R 9.6 ~
初診時	2点	4点
再診時	2点	4点
訪問診療時	3点	6点

※ 短期滞在1は、再診時の点数算定

※ (外来・入院共に)R9年6月～
R8年度点数×2倍で算定

【入院物価対応料(1日につき)】 ※ 一部抜粋例

新設

項目名	R 8.6 ~	R 9.6 ~
急性期病院A一般入院料	66点	132点
急性期一般入院料 1	58点	116点
療養病棟入院基本料 1 の入院料 1	18点	36点
精神病棟入院基本料 (10対1)	13点	26点
特定機能病院入院基本料 (一般: 7対1)	84点	168点
療養病棟入院基本料 1 の入院料 1	18点	36点
特定集中治療室 1 (7日以内)	262点	524点
地域包括医療病棟入院料 1	49点	98点
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	19点	38点
地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内)	27点	54点

□ 入院時の食費・光熱水費 ※ 診療報酬改定時に実施

- 食材費の高騰・光熱水費の増加を踏まえ、**入院時食事療養費・生活療養費を引き上げ**
- **引き上げは患者負担部分で対応を原則として、所得区分等に応じた配慮も実施**(非課税世帯等の引き上げ幅抑制)

【入院時食事療養費】

	R6.5月	→	R6.6月	→	R7.4月	→	R8.6月
総額	640円	+30円	670円	+20円	690円	+40円	<u>730円</u>
自己負担							
一般所得者の場合	460円	+30円	490円	+30円	510円	+40円	<u>550円</u>
住民税非課税世帯の場合	210円	+20円	230円	+10円	240円	+30円	<u>270円</u>
住民税非課税世帯かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円	110円	据置	110円	+20円	<u>130円</u>

【入院時生活療養費】

総額	398円	+60円	<u>458円</u>
自己負担 ※ 指定難病患者であり、住民税非課税かつ1年間の入院日数が90日以上の場合は、引き続き自己負担0円			
一般	370円	+60円	<u>430円</u>

5. 食費対応

嚥下調整食の評価(特別食加算の対象に追加)

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。

● 特別食加算(1食76円、1日3食限度)の追加

従来要件	治療食 (腎臓食、肝臓食、糖尿病食など)
追加要件	<p>嚥下調整食</p> <p>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</p>

学会コード (日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)

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/>

厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

主な算定要件	<p>＜嚥下調整食＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態 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 <p>＜定期的な必要性の確認＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的に多職種ミールラウンドを行い、嚥下調整食の必要性等を確認 常食が適している場合は、速やかに食事変更を行うこと。
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 検食が毎日実施 + 定期的に多職種の試食会やカンファレンス開催 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

5. 食費対応

選択メニュー(特別料金)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(1食あたり17円)を削除**
→ 保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定可能
- 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可能

I . 入院医療の評価 (包括除外薬剤・地域加算 等)

1. 入院料等その他	
------------	--

入院料ごとに医療機能を適切に評価し、医療機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、範囲を見直す。

改定前の別表番号 (改定後は別表第5の1の2)	第5 + 第5の1の2	第5の1の2		第5の1の 3	第5の1の4又は5	特掲診療料 第16
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療 院等に入所中の患者、入院中 の患者であって短期入所療養 介護を受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○※ ※入院中の患者であって短期入所療 養介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベポエ チン、エポエチンベータペゴル、 HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)	○→(包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○	○	○	○	○
血液凝固因子障害等(血友病以 外)の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、JAK阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持 期の治療のために使用され、他 剤で代替不能な場合に限る。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	—	—	—	—	○	—

● 新型コロナウイルス感染症の抗ウイルス薬

厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋


⇒ 出来高算定の特例終了:他の薬と同様に包括入院料等では「包括算定対象」

令和6年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴い、地域加算の対象地域及び評価を見直す。

1. 点数の見直し

項目	改定前	改定後	備考
1級地加算	18点	18点	従来通り
2級地加算	15点	14点	減点
3級地加算	14点	11点	減点
4級地加算	11点	7点	減点
5級地加算	9点	4点	減点
6級地加算	5点	—	削除
7級地加算	3点	—	削除

2. 地域加算の対象地域見直し



区分	支給割合	見直し後	
		都府県で指定	中核的な市を個別に指定(※)
1級地	20%	—	東京都特別区
2級地	16%	東京都	横浜市、大阪市 等
3級地	12%	神奈川県、大阪府	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	8%	愛知県、京都府	仙台市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 等
5級地	4%	茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、静岡県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県	札幌市、岡山市、高松市 等

区分	支給割合	見直し前
1級地	20%	東京都特別区
2級地	16%	横浜市、大阪市 等
3級地	15%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	12%	神戸市 等
5級地	10%	京都市、広島市、福岡市 等
6級地	6%	仙台市、静岡市、高松市 等
7級地	3%	札幌市、新潟市、岡山市 等

中医協総会第628回（令和7年11月19日開催）資料

◆ **5点以上の変動**がある地域は、**算定区分の調整(5級地→4級地等)**を**令和9年5月31日**まで実施

1. 入院料等その他

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

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、見守り、記録及び医療従事者間の情報共有に関し、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。

● 看護要員の配置基準柔軟化（ICT機器活用）

緩和要件	ICT機器活用の看護業務負担軽減による適切な体制にて、 看護配置1割以内の変動は○
対象病棟	急性期一般、急性期病院、7対1・10対1、地メデイ、 小児入院、特殊疾患、緩和ケア病棟

【条件】 ※全て満たす場合に限る

機器活用の効率化	見守り	病室設置のカメラ等の映像や病床設置のセンサー等による看護職員の訪室回数の減少を図りつつ、転倒予防・身体拘束最少化を図る
	記録	音声入力による看護記録作成や電子カルテ情報からの自動的サマリー作成等にて、業務時間外の記録時間の減少の効果あり
	情報共有	手に持たずに複数人と同時通話可能や医師・看護師がリアルタイムに情報共有できる端末携帯等により、報告・連絡に係る移動や待機時間の削減の効果あり
その他	ICTガイドライン準拠、 病棟時間外平均10時間以下 、 年1回程度の評価・結果周知、厚労省調査の参加、定例報告 等	

1. 入院料等その他

医師事務作業補助体制加算の見直し

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。

● 医師事務要員の配置基準柔軟化（ICT機器活用）

緩和要件	ICT機器活用の医師事務業務負担軽減で、人員配置を柔軟化 <ul style="list-style-type: none"> ● 右記①のみ満たす場合 : 医師事務1人⇒1.2人 ● 右記①+②~④の1つ以上 : 医師事務1人⇒1.3人
------	--

【医師事務業務の明確化にて、追加明示された業務】

診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書の作成
 クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理、院内がん登録の入力

①生成AI	生成AIによる医療文書（退院サマリー、診断書、紹介状等）の作成
②音声入力	音声入力による医療文書（退院サマリー、診断書、紹介状等）の作成
③RPA	RPA活用の医療データ入力の自動化
④動画説明	入院時説明等の10種類以上の患者説明動画

- ・システム操作や生成AI使用にあたってのガイドライン遵守と研修の実施が必要
- ・本方式での人員算定は、届出が必要
- ・届出前の直近3ヶ月間は、従来の人員配置での人員配置が必要

1. 入院料等その他

医療機関等における事務等の簡素化・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。

● 様式の簡素化等

① 様式の記載統一	④ 報告書類の省略化
② 署名等の省略化	⑤ 歯科事前承認の削減
③ 施設基準届出のオンライン化推進	

簡素化の例(入院診療計画書の緩和内容)

説明時期	入院前の外来でも可
短期入院	2日以内 の入院では 入院診療計画書は不要 。(診療録にその旨記載)
署名等	診療録に説明日・説明者を記載で省略も可(患者署名も省略可) 入院診療計画書に説明日・署名記載時には、診療録に説明日等の記載不要

※ **署名廃止(記名で可):**入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病管理料 療養計画書

1. 入院料等その他

様式9の見直し

入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、病棟における勤務時間に算入できる内容を見直すとともに、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理する。

● 様式9の見直し

緩和要件	● 病棟勤務時間に算入できる業務の追加
	● 計算における小数点以下の処理統一

病棟勤務時間として算入できる追加業務(施設基準)

緊急対応	院内の緊急対応等で、病棟内の看護要員が病棟患者以外に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合
付添業務	病棟患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合

別紙5(看護配置計算方法の記載文書)の一例

業務例	医療機関指示の院内研修(オンライン、病棟外含む)を1名につき月1時間
	病棟外での緊急対応(30分程度)

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。

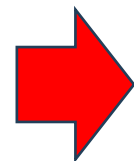
- 看護配置(様式9)にて、1割以内・連続3ヶ月以内の変動は認める要件の新設

緩和内容	● 突発的で想定が困難なやむを得ない事情にて、下記の項目は 1割以内・連続3ヶ月以内の変動は認める ①看護要員と入院患者の比率 、 ②准看護師に対する看護師比率
必須条件① (求人活動)	● 公共職業安定所 もしくは 都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業 を活用して看護職員の確保に係る取組あり ● 民間事業者活用では、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 ● 自院のWEBサイトで採用情報を公表 して、看護職員確保を積極的に行うことが望ましい
必須条件② (時間管理)	● 一時的な看護職員不足時に、一部の看護職員に過度な負担にならないように 適正な労働時間の管理 を行う

一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律に規定されている1日当たり勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数を見直す。

- 常勤取扱いとなる所定労働時間数規定の変更(施設基準)

改定前
週4日以上 かつ 週32時間以上



改定前
週4日以上 かつ 週 31 時間以上

Ⅲ．テーマ別の評価

(1)働き方改革・身体拘束最少化 等

1. 働き方改革	5. 医療安全
2. 身体拘束最少化	6. がん医療・緩和ケア
3. 入退院支援	
4. 感染症対策	

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。

1. 地域医療体制確保加算の変更

項目名	点数
地域医療体制確保加算	620点



項目名	点数	備考
地域医療体制確保加算1	620点	従来どおり
地域医療体制確保加算2	720点	新設

2. 医師の時間外管理
(超過時には改善計画を公開 加算1, 2)

R6年度	1785H以下	R8年度	1635H以下
R7年度	1710H以下	R9年度	1560H以下

3. 加算2の主な要件(加算1の要件に追加される要件)

項目	内容
対象医療機関	特定機能病院 or 急性期総合体制加算の届出医療機関
特定診療科	診療科内記 消化器外科、心臓血管外科、小児外科+循環器内科の内3科 or 外科系全体(※各科の区別難しい場合:2科扱い) + 循内
	配慮 下記の全てを実施 ア 集約化・機能分化についての地域医療機関との協議 イ 専門医取得の研修連携 ウ 他の医師と給与体系の異なる特別な配慮(手当支給等)
	休日・夜間勤務 いずれかを実施 ア 交代勤務制 もしくはイ チーム制
	補助 いずれかを実施 ア 医師事務作業補助者を病棟又は外来等に配置 イ 術前術後対応の看護師に「集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修修了者」がいる

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。

新設 **外科医療確保特別加算** **手術料 +15%**

【算定要件】

- 施設基準を満たし、**対象医師が長時間・高難度な手術(術式の指定あり)**を実施時に加算の算定可

外科医療確保特別加算の対象術式(Kコード)
<p>※「食道・胃・肝・胆・膵・小腸・大腸等」の消化器外科手術がメイン</p> <p>※ 術式Kコード一覧:術式名は次スライドに記載 「K522-3」、「K524」の「2」から「K525-3」まで、「K526」の「2」、「K526」の「3」、「K527」から「K528-3」まで、「K529」から「K529-5」63まで、「K530-2」、「K531」、「K532」の「2」から「K532-3」まで、「K640」の「2」、「K643」、「K643-2」、「K643-3」、「K645」、「K645-2」、「K654-4」から「K655-2」の「3」まで、「K655-4」、「K655-5」、「K656-2」の「2」から「K657-2」まで、「K659」の「3」、「K660」の「3」、「K667-2」、「K671-2」の「1」、「K673」から「K677」の「3」まで、「K677-2」、「K680」、「K684」、「K684-2」、「K695」、「K695-2」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K700」、「K700-4」、「K702」の「2」から「K704」まで、「K706」、「K709-2」から「K709-5」まで、「K711」、「K711-2」、「K716-3」から「K716-6」まで、「K719」の「2」、「K719-2」、「K719-3」、「K719-5」、「K719-6」、「K729-2」、「K732-2」、「K735」、「K735-3」、「K735-5」、「K740」、「K740-2」、「K742」の「4」、「K748」の「2」及び「K751」の「4」から「K751-3」</p>

【主な施設基準】

項目	内容	
届出	地域医療体制確保加算2の届出あり (特定機能病院・急性期総合体制加算届出の医療機関)	
実績	加算対象となる術式を合計で年間200症例以上あり	
加算の対象診療科	対象科	加算対象となる診療科をあらかじめ届出
	医師	経験年数5年以上の常勤医師が6名以上配置
	休日・夜間勤務	いずれかを実施 ア 交代勤務制 もしくはイ チーム制
	休息时间	勤務間インターバルを実施
	連携	下記の全てを実施 ア 手術体制・術後フォロー体制についての地域医療機関との協議 イ 協議内容の公開および患者説明
	研修	専門医取得の研修連携
	配慮	地域医療体制確保加算2での特別な配慮対象
	手当支給	本加算の30%以上(うち、80%以上は常勤医師に支給)を手当として支給 支給内容を医療機関の全医師に周知

<処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1>

② 経過措置;令和9年5月31日

- ① チーム制の休日等緊急呼出当番は原則2名以上(医師5名未満は1名でも可)
- ② 緊急呼出あり → 翌日休日扱い or 勤務間インターバル(9時間以上休息)取得の選択

新設

外科医療確保特別加算

手術料 +15%

【加算対象術式一覧】

Kコード	術式名	Kコード	術式名	Kコード	術式名
K522-3	食道空置バイパス作成術	K530-2	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
K524(2)	食道憩室切除術(開胸によるもの)	K531	食道切除後2次的再建術	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術
K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	K532(2)	食道・胃静脈瘤手術(食道離断術を主とするもの)	K657	胃全摘術
K524-3	腹腔鏡下食道憩室切除術	K532-2	食道静脈瘤手術(開腹)	K657-2	腹腔鏡下胃全摘術
K525	食道切除再建術	K532-3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	K659(3)	食道下部迷走神経切除術(胃切除併施)
K525-2	胸壁外皮膚管形成吻合術	K640(2)	腸間膜損傷手術(腸管切除を伴うもの)	K660(3)	食道下部迷走神経選択的切除術(胃切除併施)
K525-3	非開胸食道抜去術(消化管再建手術併施)	K643	後腹膜悪性腫瘍手術	K667-2	腹腔鏡下噴門形成術
K526(2)	食道腫瘍摘出術(開胸又は開腹)	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	K671-2(1)	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術(胆嚢摘出含む)
K526(3)	食道腫瘍摘出術(腹腔鏡・縦隔鏡・胸腔鏡)	K645	骨盤内臓全摘術	K673	胆管形成手術(胆管切除含む)
K527	食道悪性腫瘍手術(単に切除のみ)	K645-2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術	K674	総胆管拡張症手術
K528	先天性食道閉鎖症根治手術	K643	後腹膜悪性腫瘍手術	K674-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術
K528-2	先天性食道狭窄症根治手術	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	K675	胆嚢悪性腫瘍手術
K528-3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	K645	骨盤内臓全摘術	K675-2	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除伴う)
K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術併施)	K645-2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術	K677(1)	胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除+肝切除)
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K654-4	腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置併施)	K677(2)	胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除+血行再建)
K529-3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	K655	胃切除術	K677(3)	胆管悪性腫瘍手術(肝外胆道切除)
K529-4	再建胃管悪性腫瘍手術	K655-2	腹腔鏡下胃切除術	K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術
K529-5	喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術(消化管再建併施)	K655-4	噴門側胃切除術	K680	総胆管胃(腸)吻合術

新設

外科医療確保特別加算

手術料 +15%

【加算対象術式一覧】

Kコード	術式名	Kコード	術式名	Kコード	術式名
K684	先天性胆道閉鎖症手術	K709-2	移植用膵採取術(死体)	K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
K684-2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	K709-3	同種死体膵移植術	K735-5	腸管延長術
K695	肝切除術	K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	K740	直腸切除・切断術
K695-2	腹腔鏡下肝切除術	K709-5	同種死体膵腎移植術	K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	K711	脾摘出術	K742(4)	直腸脱手術(腹会陰・腸切除含む)
K697-5	生体部分肝移植術	K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	K748(2)	肛門悪性腫瘍手術(直腸切断伴う)
K697-6	移植用肝採取術(死体)	K716-3	移植用部分小腸採取術(生体)	K751(4)	鎖肛手術(腹会陰・腹仙骨式)
K697-7	同種死体肝移植術	K716-4	生体部分小腸移植術	K751-2	仙尾部奇形腫手術
K700	膵中央切除術	K716-5	移植用小腸採取術(死体)	K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰・腹仙骨式)
K700-4	腹腔鏡下膵中央切除術	K716-6	同種死体小腸移植術		
K702(2)	膵体尾部腫瘍切除術(リンパ節・神経叢郭清等)	K719(2)	結腸切除術(結腸半側切除)		
K702(3)	膵体尾部腫瘍切除術(周辺臓器合併切除)	K719-2	腹腔鏡下結腸切除術		
K702(4)	膵体尾部腫瘍切除術(血行再建)	K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術		
K702-2	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	K719-5	全結腸・直腸切除囊肛門吻合術		
K703	膵頭部腫瘍切除術	K719-6	腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術		
K703-2	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	K729-2	多発性小腸閉鎖症手術		
K704	膵全摘術	K732-2	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(直腸切除術後)		
K706	膵管空腸吻合術	K735	先天性巨大結腸症手術		

身体的拘束の最小化に向けた取組を更に推進する観点から、質の高い取組を行う場合の体制について新たな評価を行うとともに、身体的拘束を行った日の入院料の評価を見直す。

1. 身体的拘束最少化の実績基準の設定

【入院料の通則要件：身体的拘束最少化】

体制基準 (従来より有)	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体的拘束時の記録 ● 身体的拘束最少化チームの設置 ● 指針の作成 ※「鎮静を用いた薬物の適正使用」も必須化 ● 定期的な研修 ※「身体拘束代替手段」や「患者の尊厳保持」含むが望ましい
実績基準 (新設)	1)、2)のいずれかであること 1) 身体的拘束の実施割合が、当該保険医療機関内で 15%以下 2) 下記のイ～ハ全てを継続的に実施 イ 身体的拘束最少化 委員会を3ヶ月に1回以上 ロ 下記の①、②のいずれかを実施 ① チーム の定期巡回・ 病棟職員 との身体的拘束解除等の協議 ② 病棟複数職員 による身体的拘束解除の具体的な検討 ハ 具体的な事例等の 研修を年2回以上 実施

※ 身体的拘束実施割合の式

<p style="text-align: center;">直近3ヶ月の身体的拘束日数合計</p> <p>(※「見守りセンサー使用や移動時等で拘束日数と取り扱わない要件もあり」)</p>
<p style="text-align: center;">直近3ヶ月の入院料算定日数</p> <p>(※ICU系・周産期系、精神保健法福祉法に基づく精神病床除く)</p>

【入院料の減算】

実績基準の経過措置：令和9年5月31日まで

状況	入院料の減点数	備考
体制基準×	▲40点	従来と同様
体制基準○、実施基準×	▲20点	新設
体制基準○、実施基準○	減算なし	

2. 加算の新設(療養病床・地ケアなど)

身体的拘束最少化推進体制加算	40点(1日につき)
----------------	------------

対象 入院料	<ul style="list-style-type: none"> ● 療養病棟入院基本料 ● 有床診療所療養病床入院基本料 ● 地域包括ケア病棟入院料 ● 障害者施設等入院基本料 ● 特殊疾患入院医療管理料 ● 特殊疾患病棟入院料
要件 (施設基準)	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体的拘束の最小化に資する十分な体制が整備 ● 身体的拘束の最小化に関する十分な実績 ● 下記内容の掲示 <ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束最小化のために病院全体として取組を行っていること ・原則として身体的拘束を行わない方針であること ・身体的拘束の実施状況

認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら、組織で統一した取組が図られ、身体的拘束の最小化を目指した適切なケアや支援が推進されるよう、評価を見直す。

● 認知症ケア加算の点数見直し(+3~6点、減算2倍)

項目		改定前	改定後
加算1	14日以内	180点	186点
	15日以上	34点	39点
加算2	14日以内	112点	115点
	15日以上	28点	31点
加算3	14日以内	44点	47点
	15日以上	10点	13点
身体的拘束実施時の減算		40%の点数で算定(▲60%)	20%の点数で算定(▲80%)

● 認知症ケアチームと病院管理者等による協働での取り組み(加算1)

施設基準要件の追加項目

組織内で統一した取組を図るため、**認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働**のもと、身体的拘束の最小化を目指した適切な取り組みを推進することとする。

入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

1. 加算1に「地メディ・回リハ・地ケアの場合を新設

入退院支援加算1	点数	備考
一般病棟入院基本料等の場合	620点	従来要件
地メディ・回リハ・地ケアの場合	1,000点	新設
療養病棟入院基本料等の場合	1,300点	従来要件

2. 「地域連携診療計画加算(地域連携パス)」に伴う 「退院後の検査・画像情報等提供の加算」を新設

入退院支援加算1の加算 (追加部分等の抜粋)	点数	備考
注4 地域連携診療計画加算	200点	従来要件
注5 検査・画像情報提供加算	200点	新設
注5は、注4加算の算定患者について「 退院後の治療計画、検査結果、画像診断情報等 」も医療機関・施設へ情報提供で算定		

3. 医療機関から退院先施設誘導による金銭授受の禁止

施設基準要件の追加項目
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。

4. 算定対象患者(退院困難な要件)の追加

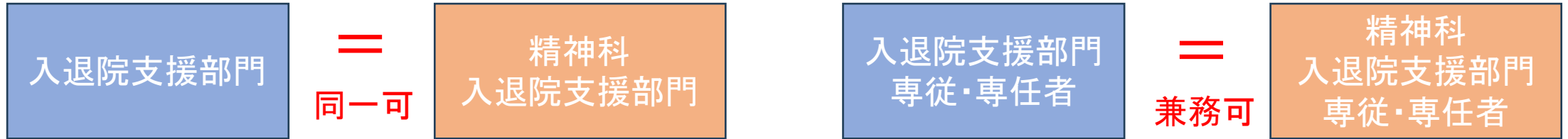
算定対象患者(退院困難な要件)の追加項目
● 要介護・要支援の区分変更となる疑いがある 患者(変更未申請)
● 意思決定支援や退院後の生活調整にて、 家族・親族との連絡が困難

5. 面会への配慮規定の追加

入院料通則	● 入院中の患者に対する家族等の面会は、感染対策等の正当な理由なく妨げないように、 面会規程作成が望ましい
入退院支援加算の要件	● 面会規程の作成・定期見直し (必要以上に厳格ならない) ● 病棟等の見やすい場所に掲示

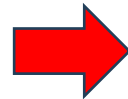
入退院支援において、関係機関との連携、生活に配慮した支援及び入院前からの支援を強化する観点から、入退院支援加算等の評価や要件を見直す。

6. 入退院支援部門の専従者の兼務(精神科関係)



7. 医療保護入院料等診療料の見直し

項目	点数
医療保護入院等診療料	300点



入院料種別	点数(月1回)	備考
医療保護入院等診療料1	300点	従来どおり
医療保護入院等診療料2	400点	新設

医療保護入院等診療料2の算定要件

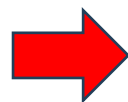
- 1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を実施
- 【入院日より6月以内】3月に1回算定
【6月以降】6月に1回算定

※ 精神保健指定医による治療計画策定・治療管理にて、患者1人につき1回算定

入退院時の支援において、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等との連携及び地域の入退院支援に係る情報共有等の規定に基づいた入院前からの支援を強化する観点から、介護支援等連携指導料の要件を見直す。

● 「平時からのケアマネ連携あり」の点数新設

項目	点数(入院中2回)
介護支援等連携指導料	400点



入院料種別	点数(入院中2回)	備考
介護支援等連携指導料1	400点	従来どおり
介護支援等連携指導料2	500点	新設

算定要件	入退院支援加算1を届出を行っている病棟にて、平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、介護サービス等の指導
------	---

ア	当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の(ア)及び(イ)が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。 (ア) 入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から7日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる7日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。 (イ) 要介護及び要支援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場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。
イ	当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。
ウ	医療法(昭和23年法律第205号)第30条の18の4第2項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供するかかりつけ医機能に基づく支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行うことが望ましい。

抗菌薬の適正使用を推進する観点から、薬剤感受性検査の要件を見直すとともに、関係学会による提言も踏まえ、一部の感染症に係る検査の要件を見直す。

1. 細菌薬剤感受性検査(50点～310点)の算定要件見直し

追加要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 原則として、細菌感染症に対する一連の治療につき1回に限り算定 ● ただし、細菌薬剤感受性検査の結果、カルバペネム系抗菌薬を含む通常の治療で用いられる抗菌薬に対する非感受性又は耐性が確認された場合であって、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌等、多剤耐性を有する細菌に対して有効な抗菌薬の適応判定を行う必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。
------	---

2. 新型コロナウイルス感染症を含む同時抗原検査の見直し【算定対象の明確化】

検査項目名	点数	算定対象患者 ※下記の患者でのみ算定
SARS-CoV-2抗原定性	150点	「COVID19」の疑い患者
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	225点	「COVID19 +インフルエンザウイルス 」の疑い患者
SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性	420点	「COVID19 +RSウイルス 」の疑い患者
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	420点	「COVID19 +インフルエンザウイルス+RSウイルス 」の疑い患者

3. ウイルス・細菌核酸多項目同時検出検査(マルチプレックスPCR)の見直し【重症患者への適応明確化】

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出検査	点数	算定対象患者 ※下記のいずれかの患者でのみ算定
SARS-CoV-2核酸検出を含むもの	1,350点	① 重度の呼吸器感染症(疑)にて、 救命救急入院料の病床等において集中治療を要する患者 ② 外来患者は「 入院の必要性判断 」にて、 抗原検査・他の核酸検出検査では不十分で医学的必要性のある場合のみ
SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの	950点	

感染対策向上加算1について、微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、微生物学的検査室を有する医療機関について新たな評価を行う。

● 微生物学的検査体制加算の新設(感染対策向上加算1の加算)

新設	微生物学的検査体制加算	30点
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染対策向上加算1の届出 ● 院内に微生物学的検査室を設置し、抗菌薬適正使用の監視に係る体制やサーベイランス事業参加、抗菌薬適正使用支援チームに係る業務等に活用している 	

感染対策向上加算届出医療機関における微生物学的検査体制

○ 感染対策向上加算1及び2の施設基準において、院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有することとされている。
 ○ 感染対策向上加算1の届出医療機関の約60%、感染対策向上加算2の届出医療機関の約17%が、院内の微生物学的検査室を「あり」と回答した。
 ○ 微生物学的検査室を有している感染対策向上加算1の医療機関では、薬剤耐性菌の検出割合が有意に低い。

感染対策向上加算届出医療機関における微生物学的検査室を有する割合
 【対象】J-SIPHEに参加・登録された医療機関：2,890施設

薬剤耐性菌の検出率(微生物学的検査室の有無別)
 【対象】J-SIPHEに参加・登録された医療機関のうち、下記の項目が入力されている医療機関：加算1で551医療機関、加算2で266医療機関

	加算1(n=551)		加算2(n=266)	
	微生物学的検査室あり	微生物学的検査室なし	あり	なし
医療機関数	110	441	200	66
病床数(中央値)	241	395	148	190
在院患者数(中央値)	34,809	52,466	19,563	23,564
平均在院日数(中央値)	17.44	12.70	26.13	21.35
検体提出患者数(入院)(中央値)	498	847	188	290
薬剤耐性菌分離率**				
MRSA	6.8	4.9**	8.3	7.9
3GCR-E coli	5.0	2.9**	5.7	4.7
3GCR-K pneumoniae(中央値、%)	1.1	0.4**	0.8	0.4
FQR-E coli	6.3	4.0**	7.7	7.4

微生物学的検査室ありの方が、薬剤耐性菌の分離率が低い ** p<.001

※1 耐性菌分離患者数/検体提出患者数×100(入院患者)
 MRSA:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
 3GCR:第三世代βラクタマーゼ産生黄色ブドウ球菌
 FQR:フルオロキノロン耐性

出典：感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)登録データ(2023年10月～2024年3月)、感染症対策部感染対策課編へ

中医協総会第623回(令和7年10月29日開催)資料

特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病に、クロストリジオイデス・ディフィシル感染症とESBL産生腸内細菌目細菌感染症を追加する。

● 特定感染症入院医療管理加算(100～200点)、特定感染症患者療養環境特別加算(200～300点)の対象疾患追加

追加の疾患	<ol style="list-style-type: none"> ① クロストリジオイデス・ディフィシル感染症 ② 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症
-------	---

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。また、医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。

1. 感染対策向上加算等の専従者における他業務兼務時間の緩和

緩和内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 月16時間以内 で他業務兼務も可(感染・緩和・褥瘡は介護施設の助言含む)
対象専従者	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染対策向上加算1の「感染制御チーム」「抗菌薬適正使用支援チーム」専従者 ● (小児)緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料の「緩和ケアチーム」専従者 ● 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の専従褥瘡管理者 ● 医療安全管理対策加算1の専従者

2. 入院栄養管理体制加算(270点、特定機能病院入院基本料)の病棟専従管理栄養士における配置条件緩和

緩和内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該病棟業務の影響にない範囲内で、当該病棟から退院した患者への外来栄養指導業務等の兼務は可
------	--

患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。
 医療安全対策加算2について、医療安全管理者として医療有資格者以外の者を配置する場合の要件を新設する。
 医療安全対策加算について評価を見直した上で、医療安全対策地域連携加算1について、特定機能病院においても算定可能とする。

1. 点数の見直し

項目	改定前	改定後	備考
医療安全対策加算1	85点	160点	増点
医療安全対策加算2	30点	70点	

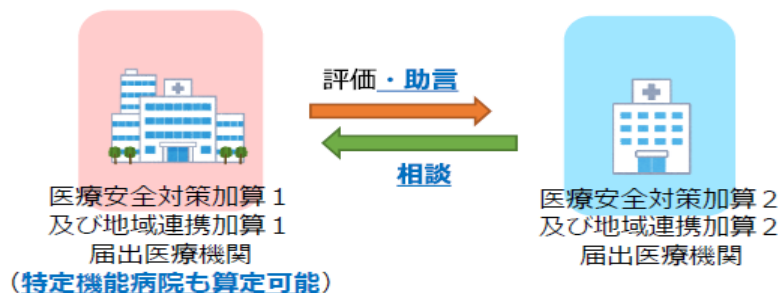
※ 地域連携加算についての点数変更はなし：加算1(50点)・加算2(20点)

1. 施設基準の変更

医療機関の管理者	医療事故調査制度に係る適切な研修 を修了していることが望ましい
医療安全管理者	医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加 その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。
加算1への追加項目	医政局通知で示された「 重大事象(患者への影響が大きい回避可能性が必ずしも高くない事象) 」について、医療安全管理部門に情報を集約し、発生傾向の把握・必要な検証・記録・委員会への報告・対策実施が行える体制を整備
加算2への追加項目	医療安全管理者として 適切な研修を修了し、医療安全管理部門で1年以上の経験を持つ専任職員 を配置し、さらに医療安全管理者とは別に 看護師・薬剤師・その他医療有資格者 を同部門に配置すること

1. 施設基準の変更

特定機能病院の取り扱い
<ul style="list-style-type: none"> ● 連携加算1の届出可 ● 連携加算2は不可



※ 特定機能病院(加算1)間における
**特定機能病院間相互のピアレビューで
 行う技術的助言を当該連携に含めない**

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件を見直すとともに、皮下注射を実施した場合についても評価を行う。

1. 皮下注射による外来化学療法(抗悪性腫瘍剤)の評価

	外来腫瘍 化学療法診療料1	外来腫瘍 化学療法診療料2	外来腫瘍 化学療法診療料3	備考
初回から3回目まで (静注製剤等の場合)	801点	601点	541点	従来点数+1点
初回から3回目まで (その他の場合)	351点	261点	241点	新設点数 (G000皮内・皮下、筋肉注射の場合)
4回目以降 (静注製剤等の場合)	451点	321点	281点	従来点数+1点
4回目以降 (その他の場合)	201点	141点	121点	新設点数 (G000皮内・皮下、筋肉注射の場合)
必要な治療管理 を行った場合	351点	221点	181点	従来点数+1点

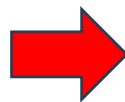
2. 患者急変時の緊急事態などの対応指針整備(外来化学療法診療料1)

「患者急変時の緊急事態などの対応指針整備」の要件 : 望ましい → 必須

がんゲノムプロファイリング検査について、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合等においては、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合であっても、がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料が算定できるよう、要件を見直す。

1. がんゲノムプロファイリング検査の点数変更

項目	点数
がんゲノムプロファイリング検査	44,000点



項目		点数(月1回)	備考
がんゲノム プロファイ リング検査	固形腫瘍を対象	44,000点	従来どおり
	造血器腫瘍疾患又は 類縁疾患を対象	44,000点	準用点数からの 変更(点数据置)

2. エキスパートパネルの省略

※ がんゲノムプロファイリング検査も評価料と同条件で
エキスパートパネル省略(固形腫瘍に限る)でも算定可

がんゲノムプロファイリング評価提供料	12,000点	点数変更なし
--------------------	---------	--------

がんゲノムプロファイリング評価提供料の算定要件変更部分

- 下記の条件を満たす場合には**エキスパートパネルを省略**しても差し支えない。イ、ウはがんゲノム情報管理センター(C-CAT)調査結果を参照
 - ア D006-19 がんゲノムプロファイリング検査 **1 固形腫瘍を対象とする場合**
 - イ C-CAT調査結果において、**二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合**
 - ウ 以下のいずれかの場合
 - ① 検査に基づいた遺伝子変異に対する**薬事承認等された投与可能な医薬品あり**
 - ② 投与可能な医薬品が**臨床試験又は治験も含め存在しない**

悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、がん患者指導管理料について、算定要件を見直す。

● がん患者指導管理料 イ（医師・看護師共同での診療方針説明）：500点 の見直し

従来要件	がんと診断された患者に、医師と看護師の共同にて、患者と診療方針等の話し合い、内容を文書にて提供（患者1人につき1回）
追加要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 末期悪性腫瘍患者への診療方針・意思決定支援：外来患者限定→入院患者も算定可 ● 病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に1回に限り算定可

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌又は卵巣癌を発症していない患者であって、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の家族歴がある患者について、BRCA1/2遺伝子検査及びがん患者指導管理料の対象患者に追加する。

BRCA1/2遺伝子検査 2 血液を検体とするもの	20,200点	点数変更なし	がん患者指導管理料二 (医師が遺伝子検査の必要性等説明)	300点	点数変更なし
------------------------------	---------	--------	---------------------------------	------	--------

● 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者の対象患者要件

従来要件	乳癌・卵巣癌（確定病名）にて、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者
追加要件	遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された患者の父母、子、兄弟姉妹

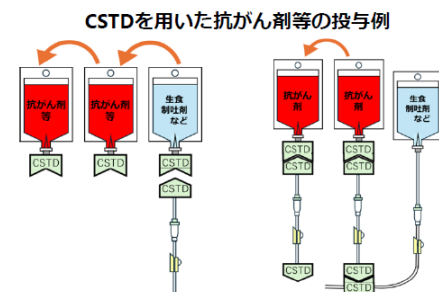
無菌製剤処理料1の対象患者に対して、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合の加算を新設する。

新設

投与時閉鎖式接続器具使用加算

150点(注射:無菌製剤処理料の加算)

対象患者	無菌製剤処理料1の「イ」の対象患者<抗悪性腫瘍剤の製剤にて、閉鎖式接続器具使用>
算定要件	無菌製剤処理料1のイを実施した場合に、かつ 患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた 場合に算定
施設基準	外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている保険医療機関



中医協総会第624回(令和7年11月5日開催)資料

地域における強度変調放射線治療(IMRT)の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるIMRTについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。

● 強度変調放射線治療(IMRT)の施設基準(変更部分)

従来要件	放射線治療を専ら担当する医師が2名以上配置(非常勤の組み合わせでも可)
追加要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該がん医療圏内にIMRTが実施可能な施設が存在しない地域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療病院 ● 特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院に所属する医師が非常勤又は遠隔で共同して策定 → 放射線治療を専ら担当する常勤の医師を1名の配置でも可

末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加えた上で、緩和ケア病棟入院料の包括範囲を見直す。

1. 緩和ケア診療加算・外来緩和ケア管理料、在宅麻薬等注射指導管理料 の算定対象患者変更

従来要件	悪性腫瘍・後天性免疫不全症候群又は末期心不全
追加要件	末期呼吸器疾患 (呼吸器疾患への適切な治療あり＋在宅酸素又はNPPVあり＋過去半年に10%体重減少あり) 末期腎不全 (腎不全への適切な治療あり＋Stage G5以上＋血液透析・腹膜透析あり＋PPS40%以下 もしくは腎不全への適切な治療あり＋Stage G5以上＋透析開始・継続が困難)

2. 緩和ケア病棟入院料の算定対象患者変更

従来要件	悪性腫瘍・後天性免疫不全症候群
追加要件	終末期の末期腎不全

3. 緩和ケア診療入院料の出来高算定項目の追加

第11部第2節 **神経ブロック料(L100番台)**
＋伴う薬剤・保険材料

4. 緩和ケア病棟入院料の点数変更(+約120～140点)

	改定前		改定後	
	緩和ケア病棟入院料1	緩和ケア病棟入院料2	緩和ケア病棟入院料1	緩和ケア病棟入院料2
30日以内	5,135点	4,897点	5,277点	5,025点
31日以上60日以内	4,582点	4,427点	4,724点	4,555点
61日以内	3,373点	3,321点	3,515点	3,449点

Ⅲ . テーマ別の評価

(2)小児周産期・透析 等

1. 小児・周産期	
2. 透析	

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、母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制について、新たな評価を行う。

新設

産科管理加算(1分娩につき)	
1 病院の場合	250点(1日につき)
2 診療所の場合	50点(1日につき)

【算定対象患者】

分娩を伴う入院中の患者(分娩開始日後に算定)

【算定対象病棟】

一般病棟の入院基本料病棟 ※MFICUは算定不可

【主な施設基準】

項目		産科管理加算1(病院の場合)	産科管理加算2(診療所の場合)
療養環境	産科単独病棟	<ul style="list-style-type: none"> ● 看護配置必要数の50%以上が助産師 ● 病棟に助産師を常時1名以上配置 ● 母子の安定・安全に適切な助産師数の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ● 母子の安定・安全に適切な助産師数の配置
	他疾患混合病棟	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟に助産師を常時1名以上配置 ● 病棟内に産科区域の特定 ● 母子の安定・安全に適切な助産師数の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟内に産科区域の特定(可能な限り) ● 母子の安定・安全に適切な助産師数の配置
地域連携		<ul style="list-style-type: none"> ● 院内に助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を5年以上有する専任の助産師1名以上 	
外来		<ul style="list-style-type: none"> ● 助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導 ● 産科病棟・外来等に妊娠期ケアを行う助産師の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ● 助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導
その他		<ul style="list-style-type: none"> ● 院内助産の開設や産後ケア事業の実施が望ましい 	

周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

1. 点数変更(+約300点)
2. 専任医師要件の見直し

改定前	改定後
7,417点	7,723点

MFICU 専任医師の要件(下記のいずれか)

- ① 治療室内に常時専任医師を配置(宿日直×)
- ② 病院内に専ら産婦人科・産科を担当する医師を常時2名以上院内勤務(宿日直○、**MFICU 診療必要時に速やかな対応**)
- ③ **【MFICU:6床以下】**
院内に専ら産婦人科・産科担当医1名+緊急オンコール対応医1名(オンコール30分以内にMFICU診療開始)でも可

3. MFICU実績要件の新設
下記の内、**2つ以上**を満たす【**経過措置:令和9年5月31日まで**】

項目	必要件数
母体搬送件数	年間で 10件 以上
多胎妊娠分娩	年間で 10件 以上
帝王切開	年間で 50件 以上
早産取扱い 妊娠週数:22週以上34週未満	年間で 10件 以上

4. MFICU対象患者の追加

MFICU 対象患者
ア 合併症妊娠
イ 妊娠高血圧症候群
ウ 多胎妊娠
エ 胎盤位置異常
オ 切迫流早産
カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの
キ 産科異常出血【追加疾患】

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、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見直す。

1. 点数変更(+約300~350点)

	改定前	改定後
NICU1	10,584点	10,931点
NICU2	8,472点	8,790点

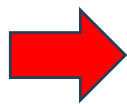
2. NICU2：実績要件の追加

新生児特定集中治療室2の実績要件(下記のいずれか)

- ① 直近1年間の出生時体重2,500g未満の新生児新規入院 30件以上
- ② **【総合周産期C, 地域周産期Cの場合】**
直近1年間の出生時体重2,500g未満の新生児新規入院 **25** 件以上

成人移行期の小児について、良質な医療の継続を推進する観点から、難病外来指導管理料の要件を見直す。

項目	点数(月1回)
難病外来指導料	270点



入院料種別	点数(月1回)	備考
難病外来指導料1	270点	従来点数
難病外来指導料2	270点	新設

難病外来指導料2の算定要件

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**に限り算定

小児医療に係る高額な検査・薬剤の必要性等の実態を踏まえ、小児入院医療管理料等、小児科外来診療料に必要な見直しを行う。

- 小児入院医療管理料 や 救命救急、ICU、ハイケア、小児ICU にて 出来高算定可

分野	項目
検査	D006-19 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 に限る。) ※検査に伴う B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料も算定可

- 小児科外来診療料の対象外患者(出来高算定患者)

分野	対象外患者の追加項目
注射	パリビズマブ又は ニルセビマブ を投与している患者(※RSウイルス感染症への抗体薬投与日は出来高算定)

血液透析患者に対するより安心・安全で質の高い診療体制を確保する観点から、人工腎臓に関して、腎代替療法に関する情報提供、災害対策及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合について、新たな評価を行う。

1. 人工腎臓の点数見直し(▲20点)

	改定前				改定後			
	慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3	その他	慢性維持透析1	慢性維持透析2	慢性維持透析3	その他
4時間未満	1,876点	1,836点	1,796点	1,580点	1,856点	1,816点	1,776点	1,560点
4時間以上5時間未満	2,036点	1,996点	1,951点		2,016点	1,976点	1,931点	
5時間以上	2,171点	2,126点	2,081点		2,151点	2,106点	2,061点	

2. 腎代替療法診療体制充実加算の新設

新設	腎代替療法診療体制充実加算	20点
----	---------------	------------

【施設基準】

災害対応	災害対応に係るマニュアル作成 + 学会や都道府県等実施の 災害時の情報伝達訓練 に年に1回以上参加 (訓練参加の経過措置: 令和9年5月31日)
腎代替療法の説明等	①は必須、②または③を実施 (②、③の経過措置: 令和10年5月31日) ① 腎代替療法に係る情報提供を関係学会の作成資料等で説明実施(患者の状況に応じて繰り返し実施) ② 在宅自己腹膜灌流指導管理料 を 過去1年間で24回以上 算定 ③ 腎移植に向けた手続を行った患者 が前年に 2人以上 あり
シャント閉塞時の情報提供	透析シャント閉塞 等に対する拡張術・再建術を連携する 他院で実施 する場合には、事前に 連携した情報提供 実施
緩和ケア対応	緩和ケア を必要とする患者へ適切な治療および緩和ケアを提供できる体制の整備が望ましい

経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、シャント閉塞及び高度なシャント狭窄とその他の場合の治療効果の違いを踏まえ、算定要件を見直す。

● 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の見直し

経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	改定前	改定後	備考
イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合	12,000点	12,000点	2つに分離
ロ その他の場合		9,840点	

イの場合(いずれか) ※ レセプト摘要欄へ記載	① 透析シャント閉塞の場合 ② 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合
----------------------------	---

在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者であって、頻回に指導管理を行う必要があるものに対し、他の保険医療機関の求めを受けて、腹膜透析の導入を行う基幹病院が指導管理を行った場合の評価を見直す。

● 在宅自己腹膜灌流指導管理料の見直し

在宅自己腹膜灌流指導管理料	改定前	改定後	備考
在宅自己腹膜灌流指導管理料1	4,000点	4,000点	従来どおり
在宅自己腹膜灌流指導管理料2	—	1,500点	新設

【管理料2の算定要件・施設基準】

算定要件	在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中以外の患者に対して、当該指導管理料1を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき2回に限り算定
主な施設基準	腹膜透析診療経験5年以上の常勤医師1名以上、連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術等を年間3件以上実施入院可能な体制、在宅自己腹膜灌流指導管理料算定医療機関との連携体制

Ⅲ．テーマ別の評価

(3)手術麻酔・検査・リハビリ 等

1. 手術・麻酔	4. リハビリテーション等(栄養・口腔連携)
2. 検査	5. 薬剤関係
3. 医学管理等(入院料加算項目あり)	

安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価について、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価に見直す。

鎮静と全身麻酔の分類と定義

	最小鎮静	中等度鎮静	深鎮静	全身麻酔
反応性	呼びかけに正常に反応する	呼びかけ、接触刺激で合目的に反応	繰り返す、有痛刺激後、合目的に反応	有痛性刺激で未覚醒
気道	影響されない	介入不要	介入が必要なことがある	しばしば介入必要
自発呼吸(換気)	影響されない	適切	不十分なことがある	頻繁に不十分
心血管機能	影響されない	通常は維持	通常は維持	障害されることがある

→ 慎重な管理が必要



中医協総会第633回(令和7年12月5日開催)資料

1. 「短時間の鎮静」による評価(麻酔料の再編)

項目	点数
L000 迷もう麻酔	31点
L001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔	120点
L001-2 1 静脈麻酔(短時間)	120点
L001-7 開放点滴式全身麻酔	310点



項目	点数
L001 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静	
1 10分未満のもの	120点
2 10分以上20分未満のもの	310点

2. 「深鎮静」による評価(麻酔料の再編)

項目	点数
L001-2 2 静脈麻酔(長時間:単純)	600点
L001-2 3 静脈麻酔(長時間:複雑)	1,100点



※2時間超加算等あり

項目	点数
L007 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静(声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの)	
1 麻酔標榜医が専従で実施	2,600点
2 麻酔標榜医の指導下で麻酔専従	1,700点
3 麻酔専従	900点
4 その他の場合	600点

※麻酔標榜医の点数は施設基準あり、他2時間超加算等あり

3. 閉鎖循環式全身麻酔の名称・点数見直し

項目	点数
L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
4 腹腔鏡手術・検査 又は 側臥位	
イ 麻酔困難な患者	9,130点
ロ イ以外	6,610点
2時間超加算(30分ごと)	660点



項目	点数
L008 声門上器具又は気管挿管に伴う気道確保による閉鎖循環式全身麻酔	
4 腹腔鏡手術・検査 又は 側臥位	
イ 麻酔困難な患者	9,015点
ロ イ以外	6,500点
2時間超加算(30分ごと)	650点

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における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、ロボット手術について、年間手術実績に応じた新たな評価を行う。

1. 内視鏡手術用支援機器加算の新設

新設

内視鏡手術用支援機器加算

15,000点

対象術式	内視鏡手術用支援機器実施での算定が認められている術式<新規追加術式除く> K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、K555-3、 K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、K740-2、 K755-2、K773-5、K773-6、K778-2、K803-2、K865-2並びにK879-2(子宮体がんに限る)
手術実績	算定対象術式を年間合計200例以上実施
麻酔体制	麻酔科標榜の医療機関、常勤の麻酔科標榜医配置あり
緊急手術	緊急手術に対応できる体制確保
ME	常勤の臨床工学技士が1名以上配置
機器保守	当該機器の保守管理計画の作成・管理
症例登録	関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加
WEB掲載	内視鏡手術用支援機器による手術の前年の実績(症例数及び平均在院日数)について、ウェブサイトに掲載 ※ 経過措置:令和9年5月31日

K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 4 気管支形成を伴う肺切除	K544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 1 単独のもの イ 胸腔鏡下によるもの	K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術2傍大動脈
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) (腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	K645-2 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術	K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 子宮頸がん(IA期及びIB1期) 子宮体がん(IB期)
	K702-2 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	

【参考】
内視鏡手術用
支援機器の追加術式

2. 検査

遺伝学的検査の見直し

新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

1. 対象疾患の追加等

指定難病診断に遺伝学的検査が必要な疾患(27疾患)の追加

告示病名等の変更

2. 検査

迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設

フィブリノゲン製剤の適正使用の観点から、同剤の投与に際し必要となる迅速なフィブリノゲン測定を行う場合について、新たな評価を行う。

● 迅速フィブリノゲン測定加算の新設(フィブリノゲン半定量、定量)

新設

迅速フィブリノゲン測定加算

150点

算定要件

後天性低フィブリノゲン血症の患者に対して、フィブリノゲン製剤の適応の可否を判断する目的で、手術室等の場
所でフィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量を実施

2. 検査

骨塩定量検査の算定要件の見直し

骨塩定量検査について、急激な骨減少又は増加をきたす病態や薬剤の投与時を除き、算定回数を4月に1回から1年に1回とする

● 骨塩定量検査(80~360点)の算定要件の見直し

算定要件

患者1人につき1年に1回に限り算定する。ただし、骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の場合(他に
細かな算定できるパターンあり)には、患者1人につき4月に1回に限り算定する。

2. 検査

検体検査管理加算の見直し

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)について、パニック値の閾値の設定等を行うことが望ましいことを要件に追加する。

- 検体検査管理加算(Ⅱ)～(Ⅳ)の要件追加【**パニック値対応の体制整備が望ましい**】

パニック値の設定	少なくとも グルコース、カリウム及び血小板 について、 パニック値の閾値 を設定
報告体制	パニック値の場合は、 速やかに医師へ連絡 (看護師等の経由でも可)。医師は対応を 遅滞なく診療録へ記載
表示	検査結果報告書等において、当該検体検査の 結果がパニック値であることがわかる表示 を行うよう努める

2. 検査

医療技術の見直し(画像診断・検査)

- CT撮影・MRI撮影点数の見直し

種類	機器	項目	改定前	改定後	備考
CT撮影	128列以上	共同利用施設	新設	1,120点	64列以上 +100点
		その他	新設	1,100点	
MRI撮影	3テスラ以上	共同利用施設	1,620点	1,720点	点数増点 +100点
		その他	1,600点	1,700点	

- 検体検査管理加算などの点数見直し

項目	改定前	改定後
検体検査管理加算(Ⅲ)／(Ⅳ)	300点／500点	330点／550点
輸血管理料Ⅰ／Ⅱ	220点／110点	242点／121点
病理診断管理加算1 組織診断／細胞診断	120点／60点	138点／69点
病理診断管理加算2 組織診断／細胞診断	320点／160点	368点／184点

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

● 心不全再入院予防継続管理料の新設

	管理料1	管理料2		管理料3	
算定点数	1000点	6回目まで	700点	6回目まで	400点
		7回目以降	225点	7回目以降	225点
算定対象患者	入院患者	外来患者 (イの算定ありの患者)			
算定頻度	入院中1回	月1回 (初回算定月から1年以内)			
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般病棟入院基本料、7対1、10対1入院基本料(特定機能;一般、専門病院) ● 心不全再入院予防チームの設置 (心不全治療経験3年以上の常勤医師+看護師・保健師+管理栄養士) ● 心リハの届出あり ● 院内職員、管理料3の算定する医療機関への研修を年に各1回以上実施 			<ul style="list-style-type: none"> ● 心不全再入院予防チームの設置 (心不全治療経験3年以上の常勤医師+看護師・保健師) ● 栄養食事指導を行う体制あり ● 管理料1・2が主催する研修会に参加 	
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 心不全を主病とする患者に以下を全て実施 ① ガイドラインに基づいた評価・治療 ② 入院中に早期離床・リハ加算 or 心リハの算定あり ③ 入院中に 入院栄養食事指導 or 薬剤管理指導 の算定あり 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回算定日の6月以内に管理料1を算定患者 ● 心不全を主病とする患者にて、ガイドラインに基づく評価・薬物治療 + 下記のうち1つ以上(30分以上) ① 療養指導 ② 食事指導 ③ 運動指導 		<ul style="list-style-type: none"> ● 初回算定日の6月以内に管理料1or 2を算定患者 ● 心不全を主病とする患者にて、ガイドラインに基づく評価・治療継続 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 心不全再入院予防チームにて、心不全のリスク評価にもとづく指導計画を作成。指導内容と共に診療録・療養指導記録・栄養指導記録に添付または記載 ● 心不全を主病とする特定疾患療養管理料、地域包括診療加算等との併算定は不可 ● 7日目以降の点数:同一日の外来(集団)栄養食事指導料、在宅療養指導料、心臓リハとの併算定は不可 				

3. 医学管理等

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

遺伝学的検査の実施時等における遺伝学的情報に基づく療養指導等に係る評価について、検査実施前及び検査実施後のライフステージの変化に応じて算定できるよう医学管理料として新設するとともに、遺伝カウンセリング加算及び遺伝性腫瘍カウンセリング加算を廃止する。

新設	遺伝性疾患療養指導管理料		主な算定要件	各点数区分において患者1人につき1回の算定	
	医師が遺伝子検査の必要性等を文書で説明		主な施設基準	遺伝子疾患の 診療経験3年以上の常勤医師1名以上 遺伝子疾患の 療養指導を年間合計20例以上 実施	
	医師が遺伝子検査結果に基づき療養指導	初回	700点	その他	遺伝カウンセリング加算 および 遺伝性腫瘍カウンセリング加算 は廃止
		2回目	200点		

3. 医学管理等

カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、新たな評価及び特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直しを行う。

1. 個室管理による入院料加算の新設

新設	特定薬剤治療環境特別加算	300点(1日につき)
----	--------------	-------------

算定要件	カルタヘナ法を遵守した薬剤(遺伝子組み換え生物製剤等)を投与する目的で個室に入院させた場合
------	--

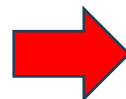
2. 特定薬剤治療管理料2(100点)への対象薬剤追加

追加薬剤	カルタヘナ法を遵守した薬剤(遺伝子組み換え生物製剤等)
算定頻度	月1回

入院直後における早期リハビリテーション介入の推進及び効果的なリハビリテーションを推進する観点から、より早期に開始するリハビリテーションを評価する。休日であっても平日と同様のリハビリテーションを推進する観点から、休日におけるリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

1. 早期リハビリテーション加算の見直し

起算日・算定日数	点数(1単位につき)
発症日等より 30日まで	25点



※ 他院からの転院・外来患者の起算日

● 転院患者:他院での入院日 ● 外来患者:退院前の入院日

起算日・算定日数	点数(1単位につき)
入院日より3日まで	60点
4日~14日まで	25点

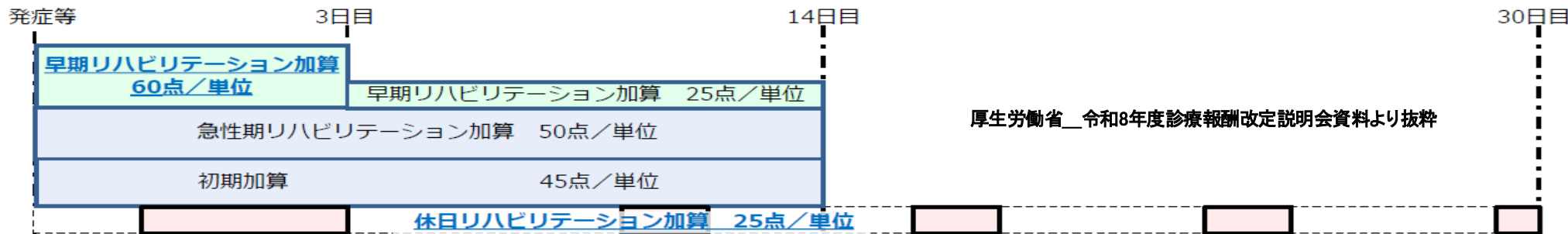
2. 休日リハビリテーション加算の新設

新設

休日リハビリテーション加算	25点 (1単位につき)
---------------	------------------------

休日リハビリテーション加算の算定要件
● 土日祝 のリハビリテーション実施時に算定
● 発症日等 (初期加算と同じ定義)より 30日 まで算定可
● 入院患者 又は 脳卒中・大腿骨頸部骨折 (自院退院or連携パス加算算定者)の 外来患者 [脳リハ・運動器リハ]

[算定イメージ]



厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

※ 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。

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。

● 離床伴わないリハ(ベッドサイドリハ)の点数見直し

減算規定	点数(1単位につき)	算定単位限度
特定の患者にて、離床を伴わない疾患別リハ実施	90%で算定(▲10%)	2単位/日

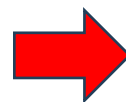
特定患者の定義

- 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患者
(下記を除く)
 - ① ICU系・周産期系__特定入院料の算定患者
 - ② 早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算の算定患者
 - ③ 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
 - ④ 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患者
- ※ ④の場合は、「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」を診療録 およびレセプト摘要欄に記載が必要

リハビリテーションに係る書類の簡素化の観点から、リハビリテーション総合計画評価料の評価等を見直す。

1. リハビリテーション総合計画評価料の見直し

項目	点数(月1回)
リハビリテーション総合計画評価料1	300点
リハビリテーション総合計画評価料2	240点

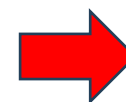


- ◆ リハビリ実施計画書と総合計画書の **様式統一**
- ◆ 患者等の **署名欄廃止**
- ◆ 計画書説明は、**看護師・リハスタッフ(PT・OT・ST)**でも可

項目	点数(月1回)	
評価料1	初回の場合	300点
	2回目以降	240点
評価料2	初回の場合	240点
	2回目以降	196点

2. 目標設定等支援・管理料等の廃止

目標設定等支援・管理料	点数(月1回)
初回の場合	250点
2回目以降の場合	100点



廃止

※ 要介護被保険者の脳リハ・廃用リハ・運動器リハの
標準算定日数1/3経過時の **未実施の減算規定** → **廃止**

- ◆ ケアマネとの連携を要件化(脳・運動器・廃用リハ)

- 介護保険によるリハビリ等が必要と思われる場合には、必要に応じてケアマネと協力して、介護保険の訪問リハ・通所リハ等の事業所の紹介し、見学・体験を提案する

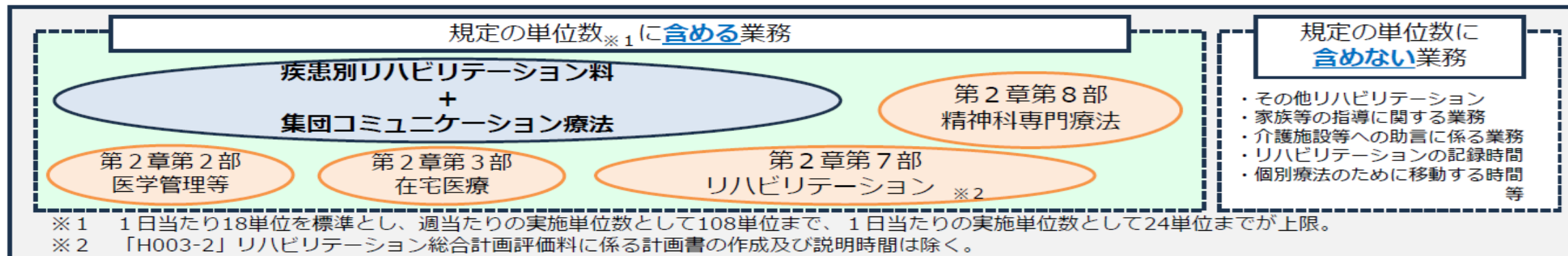
より柔軟なリハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。

1. 疾患別リハスタッフの他業務兼務可

<p>疾患別リハの専従者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医学管理 ・在宅医療 ・リハビリ ・精神専門療法 ・ その他リハビリ、家族等の指導に関する業務 ・介護施設等の助言業務 <p>※ 入院料で配置が求められる専従者(地メディ・地ケア等)との兼務はできない</p>
<p>地メディ・地ケア回復期リハの専従者</p>	<p>当該病棟の患者に対して、リハスタッフの実施が認められている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院基本料等加算 ・ 医学管理 ・ 生体検査 ・リハビリ ※ 病棟外での実施も可 <p>同じ病棟内の各管理料病床(地ケア病床と回復期病床等)の兼務は可能</p>

2. 疾患別リハ等以外の業務実施時における時間数取り扱い

- 疾患別リハ等以外の業務従事した場合には、20分以上の実施で **20分を1単位として規定単位数に原則含める**



適切な疾患別リハビリテーション料の算定を推進する観点から、運動器リハビリテーション料等に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

1日あたり算定単位数上限(6単位)緩和対象【変更部分のみ】

脳リハ	発症、 手術日又は急性増悪の日 から60日以内	早期の 病棟リハ	心リハ、脳リハ、廃用リハ、呼吸器リハ ※ 運動器リハは対象外
-----	--------------------------------	-------------	--

退院時リハビリテーション指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者について要件を見直す。

退院時リハビリテーション指導料の算定対象患者【追加要件】

- 入院中に「**リハ・栄養・口腔連携(体制)加算、早期離床リハ加算(ICU系)**又は**疾患別リハ等を算定**した患者」(への退院時指導)

より質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点から、医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数を見直す。

医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数

- 1日3単位が上限。3単位超過時は、**一連の入院にて合計3単位(1日算定単位緩和対象者:合計6単位)まで可**

<屋外でリハビリテーションを実施し算定できる最大の単位数の例>

入院○日目 入院○日目 入院○日目 入院○日目 入院○日目 …

3単位	3単位	3単位	3単位	3単位	…
-----	-----	-----	-----	-----	---

屋外等で訓練して算定できるのは、1日3単位まで



厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

入院○日目 入院○日目 入院○日目 入院○日目 入院○日目 …

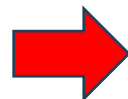
3単位	4単位 (3+1単位)	3単位	5単位 (3+2単位)	3単位	…
-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	---

1日3単位に加え、一連の入院期間中に計**3単位(6単位)**まで算定可能¹

リンパ浮腫複合的治療料について、より実態に即した評価を行う観点から、リンパ浮腫複合的治療料の評価を見直す

- リンパ浮腫複合的治療料の点数見直し

項目	点数
1 重症の場合	270点
2 1以外の場合	100点



項目	点数	備考
1 重症の場合	60分以上	500点
	40分以上60分未満	
2 1以外の場合(20分以上)	150点	増点

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・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

【改定前】

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	120点(1日につき:14日限度)
-----------------------	-------------------



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(地メディ・地ケアで算定)も同様の変更

【改定後:点数および主な施設基準】

	点数	人員体制			プロセスアウトカム				評価 研修会
		医師	管理栄養士	リハスタッフ	入棟3日 以内リハ	土日リハ	退院時ADL 低下	院内発生 褥瘡者	
加算1	150点	リハ経験3年+ 研修修了の 常勤医が 院内1名以上	病棟専任 常勤 1名以上	病棟専従1名 専任1名以上 (9単位/日限度)	疾患別 リハ実施者 の 80%以上	平日の 80%以上	3%未満	2.5% 未満	BI研修 年1回以上 ・ FIM研修も 同時実施 望ましい
加算2	90点			病棟専従1名 専任1名以上 (9単位/日限度) 専従兼務可※		平日の 70%以上			

※ 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との兼務

入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。

● 口腔管理連携加算の新設

新設 **口腔管理連携加算** **600点(入院中1回)** ※ 歯科への紹介状に係る診療情報提供料(I)は含まれる

対象患者	入院中の患者であって、医師が入院中の歯科治療が必要と判断した口腔状態の課題を抱える患者
算定要件	連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯科診療を行わない医療機関 ● 他の歯科医療機関と入院患者に対する訪問歯科診療の連携体制あり ● 歯科連携体制について院内掲示およびWEBサイトに掲載 ● 過去1年間に下記の実績あり <ul style="list-style-type: none"> ① 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が 3件 以上 ② 退院時に「B009」の注14に規定する歯科医療機関連携加算1を算定した実績が 3件 以上 ● 入院後速やかに口腔状態に係る課題の評価する体制や退院後歯科受診を促す体制あり

※ 訪問の歯科医療機関側においても、「**医科連携訪問加算(500点)**」の新設あり

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準における、言語聴覚士の専従要件や実績の計算方法を見直す。また、療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。

1. 摂食嚥下障害機能回復体制加算1・2(210点・190点)における言語聴覚療養士の専従要件緩和

緩和内容	● 摂食嚥下支援チームの 言語聴覚士 要件：常勤の専従者 ⇒ 常勤の専任者
------	---

2. 摂食嚥下障害機能回復体制加算3(120点、療養病棟のみ)の実績要件計算方法変更

※ 下記要件患者の合計が前年2人以上あり

従来要件	● 療養病棟で「中心静脈実施患者」にて、嚥下機能評価・嚥下リハ等の実施にて、中心静脈栄養を終えた患者
追加要件	● 「 鼻腔栄養又は胃瘻造設患者 」にて、嚥下機能評価・嚥下リハ等の実施にて、 経口摂取 のみに回復した患者

3. 経腸栄養管理加算3(300点/日、7日限度、療養病棟のみ)の算定対象患者変更 ※入院前の中心静脈実施は期間限定なし

改定前
<ul style="list-style-type: none"> ● 入棟前1ヶ月間に経腸栄養実施のない下記の患者 ① 長期間、中心静脈栄養実施の患者 ② 経口摂取不可または経口摂取のみでの栄養補給不足患者



改定前
<p>※ 「入棟前1ヶ月の経腸栄養なし」の規定は削除</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 入院または入棟後2週間以上中心静脈栄養実施にて、経腸栄養移行を目的とする患者 ② 経口摂取不可または経口摂取のみでの栄養補給不足にて、入棟後に経腸栄養を開始した患者

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

● 一般名処方加算の見直し

① 算定点数(▲2点)

項目名	処方状況	改定前	改定後
一般名処方加算1	全て一般名	10点	8点
一般名処方加算2	一部一般名	8点	6点

② 一般名処方の対象

従来要件	● 後発品のある医薬品
追加要件	● バイオ後続品のあるバイオ医薬品 (バイオ後続品の適応にない先行バイオ医薬品使用者は除く)

③ 同一患者の同一日の院内+院外処方の実施

緊急やむを得ない事態(常時院外処方患者の緊急的な院内臨時投薬、常時院内処方患者の当該医療機関で常用していない医薬品の院外処方)は可

バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されている医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

● バイオ後続品使用体制加算(100点)の見直し

① 算定日

改定前	改定後
入院初日	退院日

③ 施設基準(掲示)

院内掲示内容に「**バイオ後続品導入の説明実施**」が追加

② 施設基準(使用実績割合など)

施設基準の変更部分

- **直近1年間: バイオ後続品あり先発バイオ医薬品+バイオ後続品の使用回数>100回**
 - バイオ後続品の使用割合実績
 $\text{バイオ後続品の規格単位数量} / (\text{バイオ後続品のある先発品} + \text{バイオ後続品}) >$
 下記の両方を満たすこと
 - ① エポエチン 等 **それぞれ80%以上**
 - ② ソマトロピン 等 **それぞれ50%以上**
- ※ 直近1年の調剤規格単位数量が50未満の場合は、①又は②の基準未満でも可
 ただし、①か②の成分の内、少なくとも1つは50以上であること

※ 追加医薬品あり
 経過措置: 令和9年5月31日

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

1. 地域支援・医薬品供給対応体制加算を新設

(後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算は廃止)

① 算定点数・後発品使用割合(点数・割合に変化なし)

	算定点数(後発品使用割合		
	加算1	加算2	加算3	加算1	加算2	加算3
後発医薬品使用体制加算 (入院)	87点	82点	77点	90%以上	85%以上	75%以上
外来後発医薬品使用体制加算 (外来：無床診療所など)	8点	7点	5点	90%以上	85%以上	75%以上



	算定点数			後発品使用割合		
	加算1	加算2	加算3	加算1	加算2	加算3
地域支援・医薬品供給 対応体制加算(入院)	87点	82点	77点	90%以上	85%以上	75%以上
地域支援・外来医薬品 供給対応体制加算 (外来：無床診療所など)	8点	7点	5点	90%以上	85%以上	75%以上

② 施設基準追加内容

(医薬品の安定供給に資する体制)

在庫量確保 (頻回配送等の 防止)	常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎む
在庫調整等の 返品防止	厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎む
取扱い品目 の取り決め	地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい

薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。

1. 薬剤総合評価調整加算の見直し

① 算定点数(退院時) +60点

項目名	改定前	改定後
薬剤総合評価調整加算	100点	160点

② 算定要件

従来要件	● 6種類以上の内服薬処方等の患者に対する減薬指導
追加要件	● 6種類以上の内服薬処方等の患者に対する 減薬評価の情報提供 (退院後対応の医療機関・薬局、転院先など)

2. 退院時薬剤情報連携加算(60点)の廃止

薬剤総合評価加算の算定要件変更に伴い、同様な算定要件となる**退院時薬剤情報連携加算は廃止**

病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設する。

● 病棟薬剤業務実施加算の見直し

② 加算1の施設基準(追加要件:加算2との違い)

	点数	備考
病棟薬剤業務実施加算1	300点	新設(週1回)
病棟薬剤業務実施加算2	120点	従来点数(以前の1:週1回)
病棟薬剤業務実施加算3	100点	従来点数(以前の2:1日につき)

実績要件	下記のいずれも満たす ● 薬剤総合評価調整加算 直近3ヶ月で10回以上 ● 退院時薬剤情報管理指導料の算定割合(退院患者) 直近3ヶ月で4割以上
------	--

保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

- 処方箋様式の見直し

備考の「保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応欄」に「**調剤する薬剤を減量した**上で保険医療機関に情報提供する」を設ける

※現在は、医療機関への疑義照会 又は 情報提供 のみ

- 薬局での減薬調整後の対応(調剤報酬点数表の改定)

○薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、

- 患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、**翌営業日までに保険医療機関に情報提供**すること。
- 数量を減じて調剤した旨を、**手帳に記載**すること。

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

- 処方箋様式の見直し

処方箋様式の追記文面

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

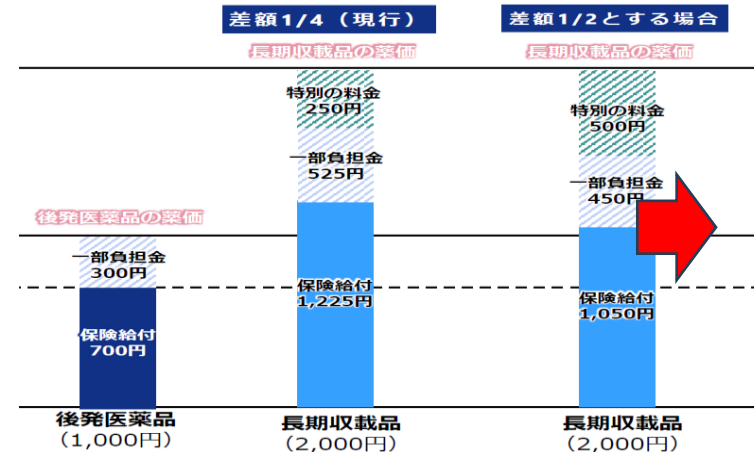
- 特定疾患療養管理料等の算定要件見直し

算定要件の追加	患者の状態に応じ、 28日以上 の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。
対象項目	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

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、これを価格差の2分の1相当に引き上げる。

● 長期収載品の選定療養引き上げ

項目名	改定前	改定後
長期収載品の後発品価格差に対する選定療養 (患者自己負担)	1/4	1/2



中医協総会第636回
(令和7年12月17日開催) 資料

保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

● 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付見直し

対象医薬品	処方時の対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 医薬品分類:たん白アミノ酸製剤」の医薬品 ● 効能又は効果:一般に、手術後患者の栄養保持 ● 用法及び用量:経口投与が含まれる 	<p>「手術後患者」「経管栄養」「他に代替ができない 医学的理由」を処方箋やレセプト摘要欄への記載 が必要</p>

栄養保持を目的の医薬品 (R8.3)

- イノラス配合経腸用液
- エネーボ配合経腸用液
- エンシュア・H
- エンシュア・リキッド
- ツインラインNF配合経腸用液
- ラコールNF配合経腸用液

IV . 外来・在宅医療などの評価

1. 外来機能分化	4. 医療DX・ICT連携(オンライン診療)
2. 生活習慣病関連	5. 在宅医療
3. かかりつけ医機能など	6. その他

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から、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、要件及び対象患者を見直す。

1. 特定機能病院等における初診料・外来診療料減算となる逆紹介割合の引き上げ

< 初診料291点 → 216点、外来診療料77点 → 56点 >

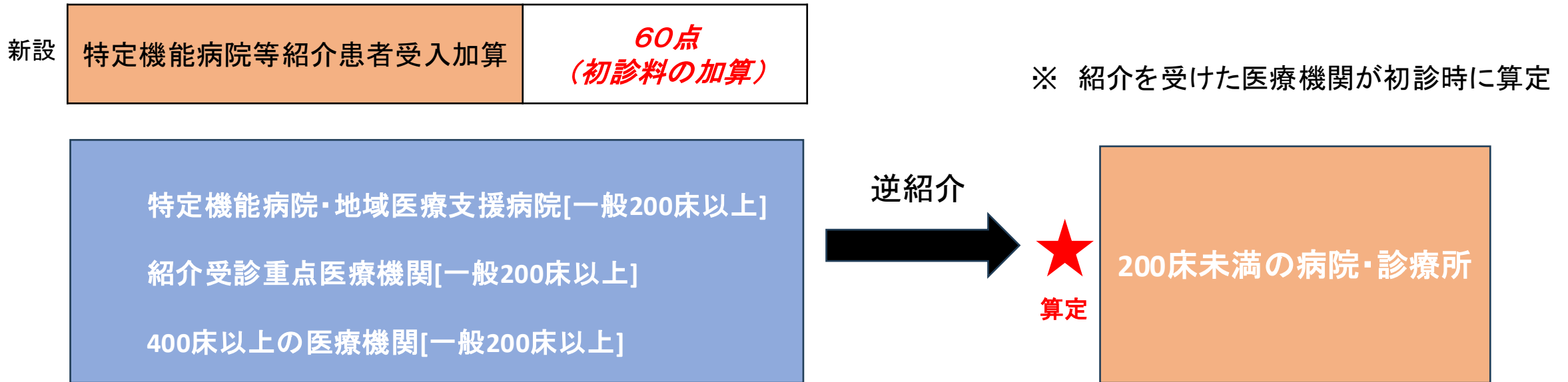
	改定前		改定後	
	紹介割合	逆紹介割合	紹介割合	逆紹介割合
特定機能病院 地域医療支援病院[一般200床以上] 紹介受診重点医療機関[一般200床以上]	50%未満	30%未満	50%未満	50%未満
400床以上の医療機関[一般200床以上]	40%未満	20%未満	40%未満	40%未満

【経過措置：令和9年5月31日まで】

2. 紹介割合・逆紹介割合が低い場合に再診(外来診療料)が減算となる要件

従来要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 他医療機関(200床未満)への紹介を申し出後も、当該医療機関を受診した患者(差額は選定療養費対象)
追加要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 当該医療機関で過去1年に12回以上外来診療料を算定(再診受診)した患者 ※ 差額の選定療養費算定不可 ◆ ただし、下記の患者は除く (②、③はレセプト摘要欄に理由記載が必要) <ul style="list-style-type: none"> ① 過去1年に「B005-11__遠隔連携診療料 又は B011__連携強化診療情報提供料」を算定あり ② 緊急やむを得ない事情あり ③ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により自院継続が必要と医師が認める患者

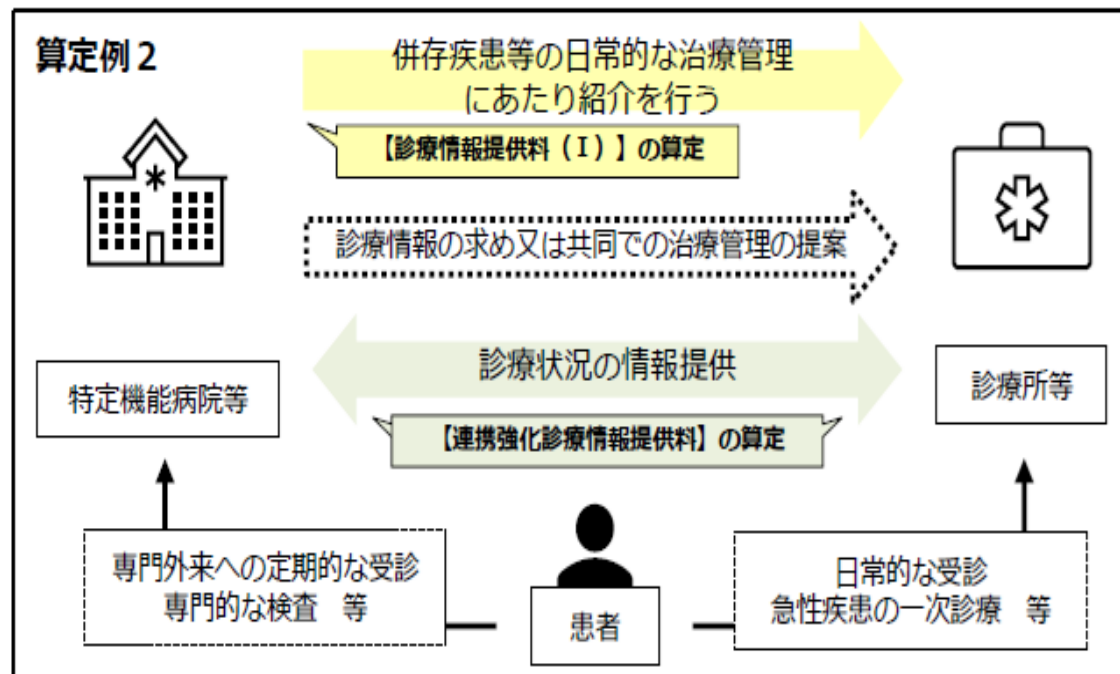
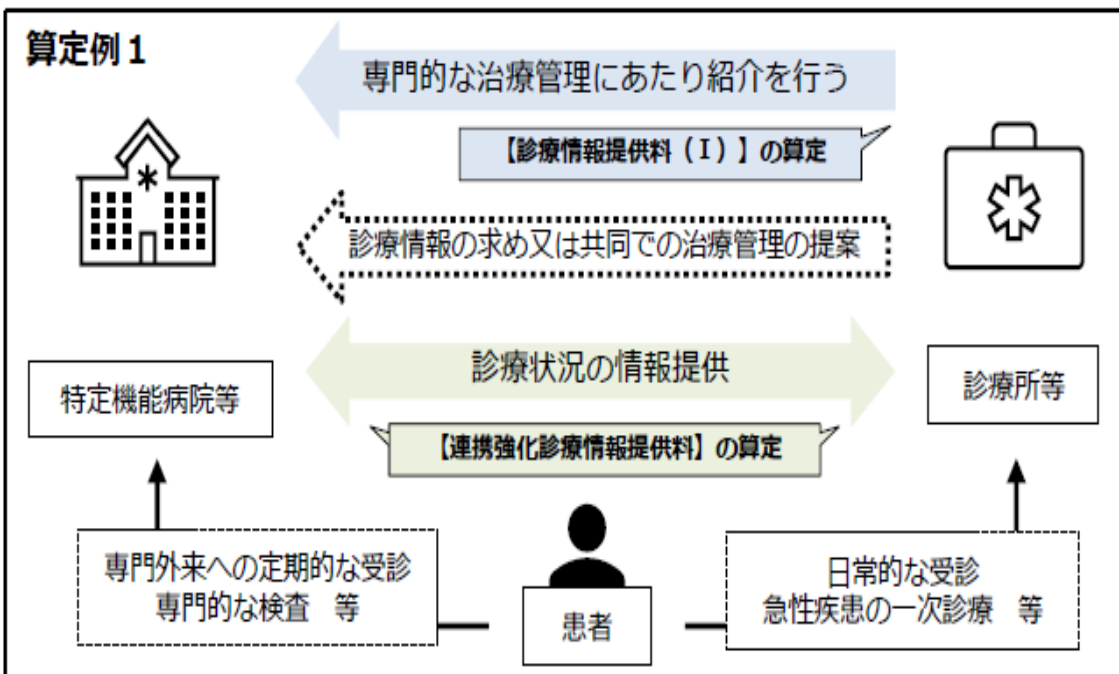
診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。



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。

● 連携強化診療情報提供料(150点)の見直し

- 算定医療機関を「**特定機能病院等**」と「**200床未満の医療機関**」に拡大 ● **紹介元・紹介先**でも算定可
- 病院の専門医と地域のかかりつけ医の **共同で継続的な治療管理**の情報提供でも可 ● **3ヶ月に1回**の算定に統一



厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

※ 連携強化診療情報提供料は、他に「難病・てんかん」「妊婦」の情報提供による算定パターンもあり

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)を見直す。

1. 「出来高算定可能な医学管理料項目」の追加

改定前		
B001 9 外来栄養食事指導料	B001 11 集団栄養食事指導料	B001 20 糖尿病合併症管理料
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	B001 24 外来緩和ケア管理料	B001 27 糖尿病透析予防管理料
B001 37 慢性腎臓病透析予防管理料	B001-3-2 ニコチン依存症管理料	B001-9 療養・就労両立支援指導料
B005 14 プログラム医療機器等指導管理料	B009 診療情報提供料(Ⅰ)	B009-2 電子的診療情報評価料
B010 診療情報提供料(Ⅱ)	B010-2 診療情報連携共有料	B011 連携強化診療情報提供料
B011-3 薬剤情報提供料		

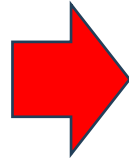
+

改定後追加項目 ※現行項目に下記を追加		
B001 2 特定薬剤治療管理料	B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料	B001 14 高度難聴指導管理料
B001 16 喘息治療管理料	B001 23 がん患者指導管理料	B001 26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料
B001 29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	B001 34 二次性骨折予防継続管理料	B001 36 下肢創傷処置管理料
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	B001-2-6 救急外来医学管理料	B001-2-8 外来放射線照射診療料
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	B005-6 がん治療連携計画策定料	B005-6-2 がん治療連携指導料
B005-7 認知症専門診断管理料	B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	B006 救急救命管理料
B012 傷病手当金意見書交付料	B013 療養同意書交付料	

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)を見直す。

2. 在宅自己注射指導管理料の取り扱い変更

改定前
主病名:糖尿病の患者 在宅自己注射指導料の併算定は不可 ※ 在宅自己注のみ算定



改定後
主病名:糖尿病の患者 糖尿病の適応薬(インスリン製剤など)を使用している場合には、 在宅自己注射指導料の併算定は不可 ※ 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は併算定が可

3. 眼科・歯科医療機関との連携(受診推奨)における評価

新設	眼科医療機関連携強化加算	60点
	歯科医療機関連携強化加算	60点
	対象患者	主病名:糖尿病の患者
	対象項目	患者の同意を得て、眼科(糖尿病の合併症予防・診断・治療)や歯科(歯周病の合併症予防・診断・治療)を標榜する他の医療機関への受診を行うために必要な連携実施で算定

4. 生活習慣病管理料(Ⅰ)の追加要件

追加要件	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
------	--------------------------------

5. 療養計画書の患者署名省略

追加要件	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ことを不要とする
------	---

特定疾患療養管理料の対象となる疾病について、消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する。

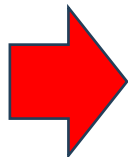
● 対象疾患変更

変更部分	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 (消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。)
------	---

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、評価及び評価体系を見直す。

● 充実管理加算の新設(外来データ提出加算からの変更)

外来データ提出加算 (生活習慣病管理料の加算)	50点
----------------------------	-----



充実管理加算	算定点数			実績		
	加算1	加算2	加算3	加算1	加算2	加算3
主病名: 脂質異常症	30点	20点	10点	上位 20% 以内	上位 50% 以上	—
主病名: 高血圧症	30点	20点	10点			—
主病名: 糖尿病	30点	20点	10点			—

充実管理加算の施設基準

- 外来データの提出体制あり ※ 提出する外来データは簡素化あり
- 3疾患(生活習慣病管理料算定)の各々に実績に関する要件あり
 - ① 加算1 ⇒ 集計期間の実績が届出医療機関の**上位20%**以内
 - ② 加算2 ⇒ 実績が**上位50%**以内

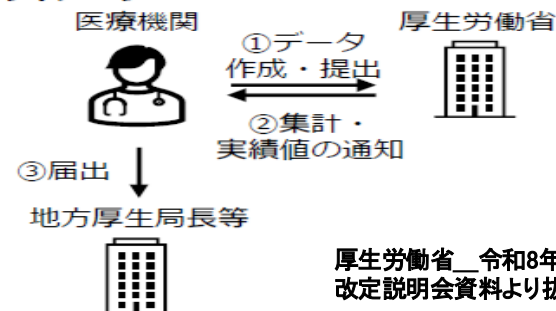
経過措置: 令和8年3月31日までに「外来データ提出加算」を届出している医療機関は、令和9年3月31日までは「十分な実績」に該当する

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち集計期間中に、脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続受診を行う患者の割合

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

届出のイメージ



● 充実管理加算の新規届出

新規届出時には、**加算3(10点)**を算定 ⇒ 実績集計後(1.5年程度経過後)に加算変更

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和8年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

	令和8年6月～7月	8月	9月	10月	令和8年11月～令和9年9月	令和9年10月～令和10年3月	令和10年4月～
令和8年5月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算(※1)	-			充実管理加算3			充実管理加算1～3

← 集計対象期間(令和10年度評価) (令和8年10月～令和9年9月)
 ← 集計対象期間(令和11年度評価) (令和9年10月～令和10年9月)

※1 令和7年10月から令和8年9月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和9年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和9年4月からデータの提出を開始する場合のスケジュール(※2)

	令和8年12月～令和9年1月	2月	3月	4月	令和9年5月～令和10年3月	4月～9月	10月～
令和8年11月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算	-			充実管理加算3			充実管理加算1～3

← 集計対象期間(令和10年度評価) (令和9年4月～令和10年3月)
 ← 集計対象期間(令和11年度評価) (令和9年10月～令和10年9月)

※2 基準値の集計は年1回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に2回実施することを予定している。

● 提出データの変更(外来データ提出加算・充実体制加算)

〈共通項目※〉

患者情報	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
	身長
	体重
	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
傷病情報	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
傷病名	
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈外来データ提出加算特有の項目〉

外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
診療科コード	診療科コード
	糖尿病の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血糖コントロール
慢性合併症	慢性合併症：糖尿病
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症	高血圧症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	血圧分類
	リスク層
脂質異常症	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
	診断年月
	リスク分類
	LDLコレステロール

脳卒中	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
急性冠症候群	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

新設(追加)項目	
● 認知症の有無	
● 介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	
● 特定健康診査の受診の有無	
● 特定健康診査の受診日	

※ 厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料を参考に、弊社にて現在の提出項目より削除項目・追記内容を反映

● 提出データの変更(在宅データ提出加算)

〈共通項目※〉

患者情報	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
	身長
	体重
	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
	介護情報
傷病情報	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
傷病名	

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
開始前情報	訪問診療開始前の往診日または外来受診日
訪問の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	単一建物診療患者数□
	訪問看護日
	自院での実施の有無
	自院診断の有無
	ICD10コード
救急受診の状況	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
	救急受診日
入院の状況	受診先
	受診経路
	転帰
	入院年月日
	退院年月日
短期入所の状況	受診先
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス

往診の状況	往診日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	ICD10コード
	傷病名コード
患者の状況	修飾語コード
	傷病名
	患者の状況
	バーセルインデックス
	排泄の状況
	排尿の状況
	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
	自院診断の有無
ICD10コード	
傷病名コード	
修飾語コード	
傷病名	
ステージ分類	
UICC 病期分類 (T)	
UICC 病期分類 (N)	
UICC 病期分類 (M)	
UICC 病期分類 (版)	
NRS	

新設(追加)項目

- 別表第8の3に掲げる患者の状態(要介護3以上や認知症等の重症患者)

※ 厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料を参考に、弊社にて現在の提出項目より削除項目・追記内容を反映

外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、機能強化加算について、要件を見直す。

● 機能強化加算の追加要件(施設基準)

追加要件	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険医療機関指定3年(通常6年⇒外来医師過多区域にて、地域要請の診療料無しで短縮)でないこと ● ※ 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所も同様の要件追加 ● BCP(災害時等における業務継続計画書)の作成【経過措置:令和9年5月31日】 ● 外来データ提出加算・在宅データ提出加算の届出有が望ましい
------	--

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、適切な服薬管理の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。

1. 地域包括診療加算(診療料)と認知症地域包括診療加算(診療料)の統合 ⇒ 加算は点数据置、**診療料は+1点**
2. 対象者の追加

従来要件	認知症	● 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(透析なし)の1つ + 認知症 + 多剤投薬なし
	その他	● 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(透析なし)、認知症のうち、2つ以上
追加要件	認知症	● 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(透析なし)の1つ + 介護・介護予防給付対象者 + 多剤投薬なし
	その他	● 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病、認知症の1つ + 介護・介護予防給付対象者

2. 外来データ提出加算の新設

外来データ提出加算	10点(月1回)
-----------	-----------------

3. その他の変更

- **他院通院中の患者に対する減薬対応**においても、**薬剤適正使用連携加算**の算定が可
- 医療機関にて緊急時に解熱剤等の院内処方が対応可能な場合は、**連携薬局の24時間対応なくても可**
- 担当医が**地域包括支援センター**等と連携して、**認知症診断後支援取組**について、患者・家族へ案内を行うことが望ましい

休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。

● 名称の変更および点数の変更(+1~2点)

項目	改定前	改定後	備考
時間外対応 体制 加算1	5点	7点	増点
時間外対応 体制 加算2	4点	5点	
時間外対応 体制 加算3	3点	4点	
時間外対応 体制 加算4	1点	2点	

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、算定可能な期間及び評価を見直す。

1. 点数の変更(+50~100点)

項目	改定前	改定後	備考
初回目	800点(696点)	850点(740点)	増点
2回目以降	400点(348点)	500点(435点)	
相談支援加算	50点	400点	

※()は情報通信機器での点数

※2回目以降:算定可能期間 3ヶ月以内 ⇒ **6カ月以内** に変更

2. 対象者の拡大(疾患限定なし)

改定前	改定後
疾患限定あり (悪性腫瘍など)	疾患の増悪防止等に反復継続した治療が必要な外来患者にて、就業の継続に配慮が必要な場合

3. 勤務情報の提供

- 「治療と仕事の両立支援カード」でも可

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、診療録管理体制加算、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。

1. 電子的診療情報連携体制整備加算を新設
(医療情報取得加算・医療DX推進体制整備加算は廃止)

項目 ※外来初再診で算定	点数
医療情報取得加算	1点
医療DX推進体制整備加算	8~12点

新設



電子的診療情報連携体制整備加算			
項目	外来(月1回)		入院(初日)
	初診	再診	
加算1	15点	2点	160点
加算2	9点	/	80点
加算3	4点		

項目	点数
診療録管理体制加算1	140点
診療録管理体制加算2	100点
診療録管理体制加算3	30点



サイバーセキュリティ対策規定の削除
(令和4年度点数の形に戻る)

項目	点数
診療録管理体制加算1 ※以前の加算2	100点
診療録管理体制加算2 ※以前の加算3	30点

電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準			
項目	① レセプトオンライン請求	② 明細書の無料発行	③ オンライン資格確認の体制
	④ マイナ確認の診療情報活用体制	⑤ マイナ保険証の利用率 30%以上	⑥ 医療DX推進体制等の院内掲示原則WEBサイト掲載
	⑦ マイナポータル情報に基づく健康相談対応	⑧ 電子処方箋の体制	⑨ 電子カルテ情報共有サービスの体制
外来	初診・再診__加算1 ⇒ ①~⑨の全て		
	初診__加算2 ⇒ ①~⑦の全て+⑧または⑨のいずれか		
	初診__加算3 ⇒ ①~⑦の全て		
入院	①~⑦の全て + サイバーセキュリティ対策		
	<ul style="list-style-type: none"> 医療情報システム安全管理者配置(資格保有望ましい) 職員研修年1回 バックアップ複数方式・オフライン(加算1) BCPの策定(加算1) など 		

※ 明細書発行体制加算(再診料)との併算定は不可
※ 入院は入院基本料にて算定(特定入院料は算定×)

項目	主な内容	
情報通信機器を用いた診療・医学管理	診療	<ul style="list-style-type: none"> ● 向精神薬処方時には電子処方箋管理サービス等による重複投薬等チェックが要件
	医学管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 遠隔電子処方箋活用加算(10点、月1回)の新設 算定要件概要:オンラインでの医学管理実施時に、電子処方箋(重複処方チェック)を発行
情報通信機器を用いた診療	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設基準の追加:チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等 	
D to P with N (看護師訪問でのオンライン診療)	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護実施時の同席は訪問看護算定可 ● 訪問看護実施時以外では「訪問看護遠隔診療補助料(265点)」を新設 ● 検査・注射・処置実施時算定の「看護師等遠隔診療検査(注射、処置)実施料(100点~150点)」を新設 	
D to P with D (専門医オンライン参加等)	<ul style="list-style-type: none"> ● 遠隔連携診療料の点数増点(500~750点 ⇒ 900点) ● 入院や訪問診療でも算定可、診断と治療のどちらでも同点数で算定可 ● 対象に「希少がん(入外)」「医療的ケア児(外来・在宅)」「臓器移植希望患者(入院)」等を追加 	
情報通信機器を用いた 外来栄養食事指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 従来の情報通信機器等の対応(170~180点)分は、電話による指導は廃止<情報通信機器のみに変更> ● 新たに「時間要件なし」での情報通信機器又は電話による追加指導の点数を新設(指導料1:50点・指導料2:40点、2回目以降で算定)の評価を新設 ● 情報通信機器による指導計画作成でも算定を可能とする 	
脳深部刺激療法(DBS)における遠隔プログラミング	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料・プログラム医療機器管理料に「情報通信機器を用いた場合(705点、78点)」を新設 	
在宅療養指導料	<ul style="list-style-type: none"> ● 「在宅自己注射指導管理料の算定患者」、「退院後1ヶ月以内の慢性心不全患者」に、2回目以降で「情報通信機器を用いた療養指導(148点)」を新設 ※ 概ね3月に1回は対面診療必要 	

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進-③

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。

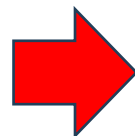
患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点及び安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。

1. 一定の要件を満たさない場合に、在医総管・施医総管の「月2回以上訪問」を変更 ※▲ 約30～40%

例：在医総管（月2回以上訪問、通常の場合）

要件を満たさない場合は、月1回の点数に変更

単一建物の 診療患者数	在支診・ 在支病以外	在支診・ 在支病	機能強化型 在支診・在支病	
			病床なし	病床あり
1人	2735点	3685点	4085点	4485点
2人～9人	1460点	1985点	2185点	2385点
10～19人	735点	985点	1085点	1185点
20～49人	655点	875点	970点	1065点
それ以外	555点	745点	825点	905点



単一建物の 診療患者数	在支診・ 在支病以外	在支診・ 在支病	機能強化型 在支診・在支病	
			病床なし	病床あり
1人	1745点	2285点	2505点	2745点
2人～9人	980点	1265点	1365点	1485点
10～19人	545点	665点	705点	765点
20～49人	455点	570点	615点	670点
それ以外	395点	490点	525点	575点

点数変更（減算）になる要件 ※ 下記のいずれかを満たさない場合

① 直近3ヶ月に、在宅訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満

② 30月以上の
場合

$$\left[\begin{array}{l} \text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の} \\ \text{「別に厚生労働臣が定める状態の患者} \\ \text{〈別表第8の2に該当する患者〉に対し、} \\ \text{月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を} \\ \text{月2回以上算定し、} \\ \text{包括的支援加算を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{在宅がん医療総合診療料} \\ \text{を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] \geq 0.2$$

$$\left[\begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数} \\ \text{(注1)} \end{array} \right]$$

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。
在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、第三者(株式会社等)の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。

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。

2. 在支診・在支病のBCP策定

追加要件

- **業務継続計画(BCP)の策定、定期的な見直しを行う**

【経過措置:令和9年5月31日まで】

3. 第三者(株式会社等)を利用した24時間相談・往診体制に対する要件の明確化

- **コールセンター**で相談連絡受ける際には、**患者・家族へ事前にその旨を説明が必要**
- やむを得ない理由で**事前に氏名提供ない往診医**が往診を行う場合にも、**往診日以前に在宅医療を担当する医師との面談による診療方針の共有等を行う必要あり**

※ **当該医師は常時1人以下**

4. 「へき地診療所」の「在医総管・施医総管」の要件見直し(追加)

追加要件

へき地診療所の継続的な訪問診療等の体制(**緊急時連絡体制・時間外往診等**)を連携する「**へき地医療拠点病院**」又は「**医療提供機能連携確保加算の医療機関**」の勤務医で対応でも可

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

- 在宅医療充実体制加算の新設(在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の名称・点数見直し:2倍)

項目		改定前	改定後
緊急、夜間・休日または深夜の往診		100点	200点
在宅ターミナルケア加算		1000点	2000点
在宅時医学総合管理料 (施設入居時等医学総合管理料)	1人	400点(300点)	800点(600点)
	2人～9人	200点(150点)	400点(300点)
	10～19人	100点(75点)	200点(150点)
	20～49人	85点(63点)	170点(128点)
	それ以外	75点(56点)	150点(113点)
在宅がん医療総合診療料		150点	300点

	改定前	改定後
施設基準の告示	在宅緩和ケアの十分な体制 +相当実績	地域の重症患者への質の高い診療 +相当実績

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

● 在宅医療充実体制加算の施設基準

人員等の体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療を担当する 常勤換算医師数が3名以上 + 常勤医師数が2名以上 ● 機能強化型__在支診・在支病 + 自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保
緩和ケア・看取り	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上 + 看取りの実績を30件以上 ● 緩和ケア研修を修了の常勤医師が、在宅医療を担当 ● 末期の悪性腫瘍患者等が自ら実施のオピオイド系鎮痛薬の注入療法 過去1年に2件以上 or 5件以上実施経験の常勤医師配置にて、投与実績 過去1年に10件以上 ● 緩和ケア病棟or在宅看取り実績10件以上の3ヶ月以上の勤務経験ありの常勤医が、在宅医療担当 ● 看取り実績+十分な緩和ケア医療実施の掲示、患者説明
重症患者の対応	<ul style="list-style-type: none"> ● 別表8の2該当患者が20%以上 ● 医師1人あたりの 訪問診療実施の実患者数100人以下
ICT活用の多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療情報連携加算の届出あり
医師等の教育実績	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去2年にいずれかの実績あり(在宅医療に関するもの) <ol style="list-style-type: none"> ① 大学医学部の単位認定にかかる 地域医療実習生の受け入れ ② 協力型臨床研修病院・協力施設として、地域医療研修の研修医 受け入れ ③ 内科・総合診療・小児科領域の専門研修基幹施設・連携施設として、研修目的の専攻医受け入れ ④ 地域枠等にて、卒業後に 都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師(研修医を含む。)の受入
在宅データの提出	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅データ提出加算の届出が望ましい

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所について、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施設と、それ以外の施設に評価を分ける。

● 機能強化型・連携型在支診の点数を区別

追加
要件

自院にて普段から訪問診療等を行う医師(往診前日等に自院カルテ閲覧でき、訪問診療を行う医師との診療方針等共有や自院の往診経験10回以上あり)を、連続する24時間の往診体制を月4日以上確保する

※医療資源少ない地域では、看護師等といる患者への情報通信機器での診療24時間対応確保(担当医・担当看護師・担当日の文書提供)でも可

※ 上記の条件を満たさない場合は、機能強化型の点数でなく、一般の在支診点数となる

例: 在医総管(月2回以上訪問、通常の場合)

単一建物の 診療患者数	在支診	機能強化型 在支診	
		病床なし	病床あり
1人	3685点	4085点	4485点
2人~9人	1985点	2185点	2385点
10~19人	985点	1085点	1185点
20~49人	875点	970点	1065点
それ以外	745点	825点	905点

5. 在宅医療

在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し

全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

● 在宅療養指導管理材料加算の算定頻度統一

在宅療養指導管理材料加算	改定前	改定後
C151 注入器加算 など	月に1回算定	3月に3回 算定
C152 間歇注入シリンジポンプ加算など	2月に2回算定	
C150 自己血糖器測定加算 など	3月に3回算定	

5. 在宅医療

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料並びに終夜睡眠ポリグラフィーの要件及び評価を見直す。

1. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の見直し(▲10点)、加算の新設

項目名	改定前	改定後
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点	240点

新設

持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

15点

施設
基準

持続陽圧呼吸療法機器の**使用時間等をモニタリング可能な体制**を有し、適切な指導管理を実施

2. 終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

項目名	改定前	改定後	備考
(1・2・3口略)			
ロ 医療機関内又は訪問で行うもの	3,570点	3,570点	2つに 分離
ハ その他のもの※患者・家族で機器操作		2,000点	

※ 検査に要した交通費は、患家の負担とする。

5. 在宅医療

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。

● 退院後訪問栄養食事指導料の新設

新設

退院後訪問栄養食事指導料

530点(1回につき)

算定要件

- 自院の管理栄養士が患者宅へ訪問し、栄養指導を実施
- 自院退院後1ヶ月(退院日除く)以内に、4回算定可
- 外来栄養指導指導料、在宅訪問栄養食事指導料の併算定×

対象患者	がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態 下記の特別食を必要とする患者
特別食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、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、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー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。)

5. 在宅医療

医師と薬剤師の同時訪問の推進

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

● 訪問診療薬剤師同時指導料の新設

新設

訪問診療薬剤師同時指導料

300点(6月に1回)

算定要件

自院の退院後1ヶ月後(退院1ヶ月内は入院料に包括)に、在宅時医学総合管理料を算定(施医総管×)の患者に対して、在宅患者訪問指導(居宅化療養管理指導)を行っている他院・保険薬局の薬剤師と同時訪問の指導実施、6月に1回算定

対象患者	自院にて在宅時医学総合管理料を算定し、他院又は保険薬局にて在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費(薬剤師が行う場合)を算定する患者
------	--

※調剤点数:保険薬局にも同時訪問点数新設(150点、6月に1回)

5. 在宅医療

往診時医療情報連携加算(往診料等の加算)の見直し

地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算の要件を見直す。

1. 往診時医療情報連携加算(200点)の算定対象要件見直し

改定前	「在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者」に対して、「在支診・在支病が往診を行った場合」
改定後	「 機能強化型 在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者」に対して、「在支診・在支病が往診を行った場合」

※ 「**機能強化型でない在支診・在支病**による訪問診療患者」に対する「在支診・在支病の往診」も対象となる

5. 在宅医療

在宅時医療情報連携加算(在医総管等の加算)の見直し

在宅医療情報連携加算について、適切な情報連携体制を整備する観点から、使用することができるICTの要件等について、明確化を行う。

- 一元的に管理されたサーバーで保管
- 患者が同意した者のみにて、当該情報の共有が可能
- 参加者の範囲は随時設定可能
- 保管情報について、常時閲覧・取得が可能(時系列表示)
- 連携機関以外が参加希望時には、取り決めに基づき煩雑にならないように対応など

5. 在宅医療

残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びに在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。

- 地域包括診療加算等、在医総管、施医総管、訪問看護に残薬対策を明記

- ① 地域包括診療加算等：他院連携や電子処方箋情報より、処方内容の調整。併せて**残薬状況も聴取**し、適切な服薬管理・**処方内容を調整**する。
- ② 在医総管、施医総管：**残薬状況を聴取**し、適切な服薬管理・**処方内容を調整**する。看護師等による情報取得でも可。
- ③ 訪問看護の基準：**主治医へ**把握した利用者の心身状況、**服薬状況等の情報提供**を行う。服薬状況を**保険薬局へ情報提供も望ましい**。

人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、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ついて、新たな評価を行う。

● 医療提供機能連携確保加算の新設

新設	医療提供機能連携確保加算	600点	入院料加算 (入院初日)
	医療提供機能連携確保加算	50点	医学管理 (情報通信機器使用時)

算定要件	入院加算	● 一般病棟、特定機能病院、専門病院の入院基本料、地メディ・地ケア入院料の入院初日に算定
	医学管理	● 情報通信機を用いた医学管理実施時に算定

【施設基準】 ※ 実績や緊急入院受入の対象地域は、「人口の少ない地域」を別表で指定あり

入院料の届出	一般病棟or特定機能病院or専門病院の入院基本料or地メディor地ケア入院料の届出あり
外来・在宅診療体制確保に係る実績	次のいずれかを 2つ以上 実施（実績は同一の二次医療圏で満たす） ① 他の医療機関へ 常勤医師派遣日数が直近1年で40日以上 あり ② 他の医療機関に勤務する医師の休暇等における 代替医師を臨時派遣が直近1年で4日以上 あり ③ 巡回診療を直近1年で20日以上 あり、④ 情報通信機器の診療が直近1年で40日以上 あり
緊急入院受入	①、②からの 紹介 もしくは③④の 診療から3ヶ月以内 の患者で、 緊急入院受入が年度内に3件以上 あり
救急体制	2次救急 or 3次救急の医療機関

項目	主な内容
健診後の保険診療受診	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診の料金は、自費料金算定可能であることを明確化 ● 健診後の同日受診における保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化 <健診の傷病名と関連ある受診> 同日1回 初再診料の算定不可 同日別受診 再診料にて算定 <健診の傷病名と関連なし受診> 通常の初再診料の取り扱い
入院基本料・特定入院料の各種基準における計算方法の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均在院日数・在宅復帰率の計算対象を明確化 ⇒ 「特定入院料の病床単位患者や短期滞在3算定患者」を特定入院料等における患者割合の計算から除外 ● 1病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を2までとする
医療資源の少ない地域の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象となる地域および経過措置(関係の施設基準)の見直し 経過措置:R6年度改定以前に届出あり⇒R12年5月31日まで R8年度改定以前に届出あり⇒R14年5月31日まで



フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本動画に含まれるコンテンツの著作権は、フィルタス株式会社に帰属しています。

無断での転載、複製、配布、その他の利用を禁止します。