

令和8年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

1

令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

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

2

令和8年度診療報酬改定について (令和7年12月24日大臣折衝事項)

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

- ※1 うち、賃上げ分 **+1.70%** (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)
 - ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のペアを実現するための措置
 - ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応
- ※2 うち、物価対応分 **+0.76%** (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)
 - ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62% (R8年度+0.41%、R9年度+0.82%) を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
 - ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院 (大学病院を含む) が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応
- ※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%** (入院時の食費基準額の引上げ (40円/食)、光熱水費基準額の引上げ (60円/日))
 - ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食 (低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円 (指定難病患者等は据え置き)
- ※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**
 - ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持 (病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)
- ※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**
- ※6 うち、※1~5以外分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86% (R8年4月施行)
材料価格： ▲0.01% (R8年6月施行)
合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10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 R8年度薬価制度改革及びR9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

3

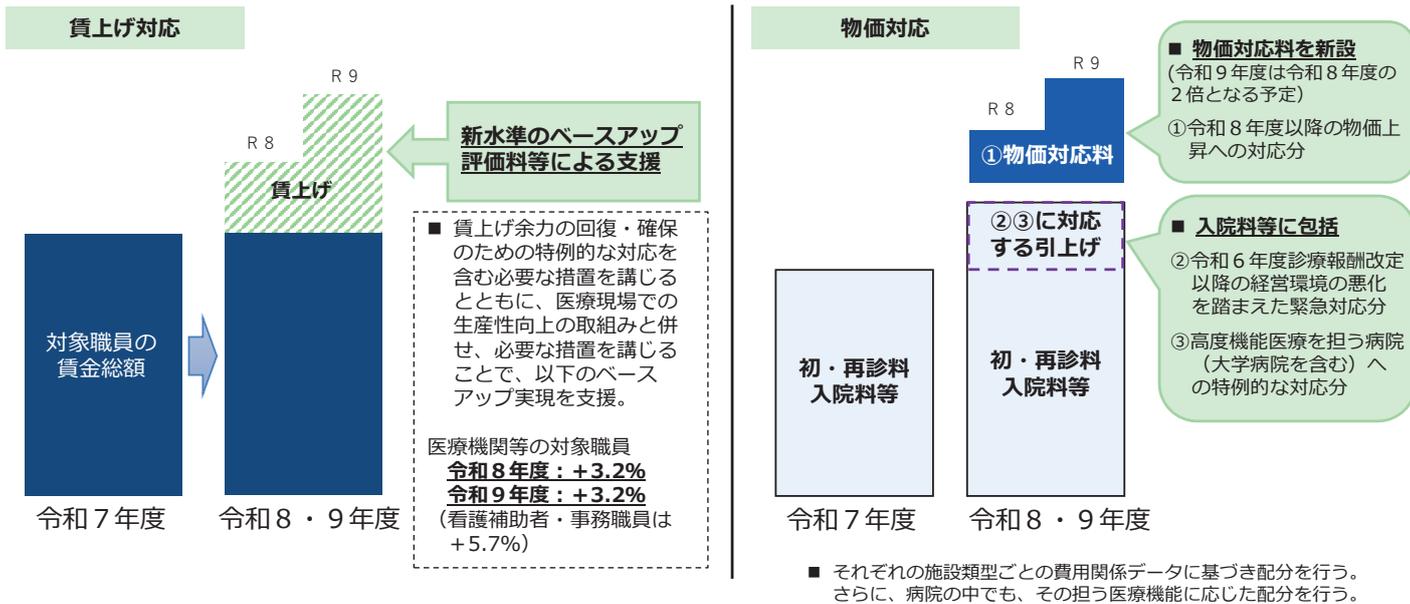
令和8年度診療報酬改定

■ 賃上げ・物価対応

4

賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

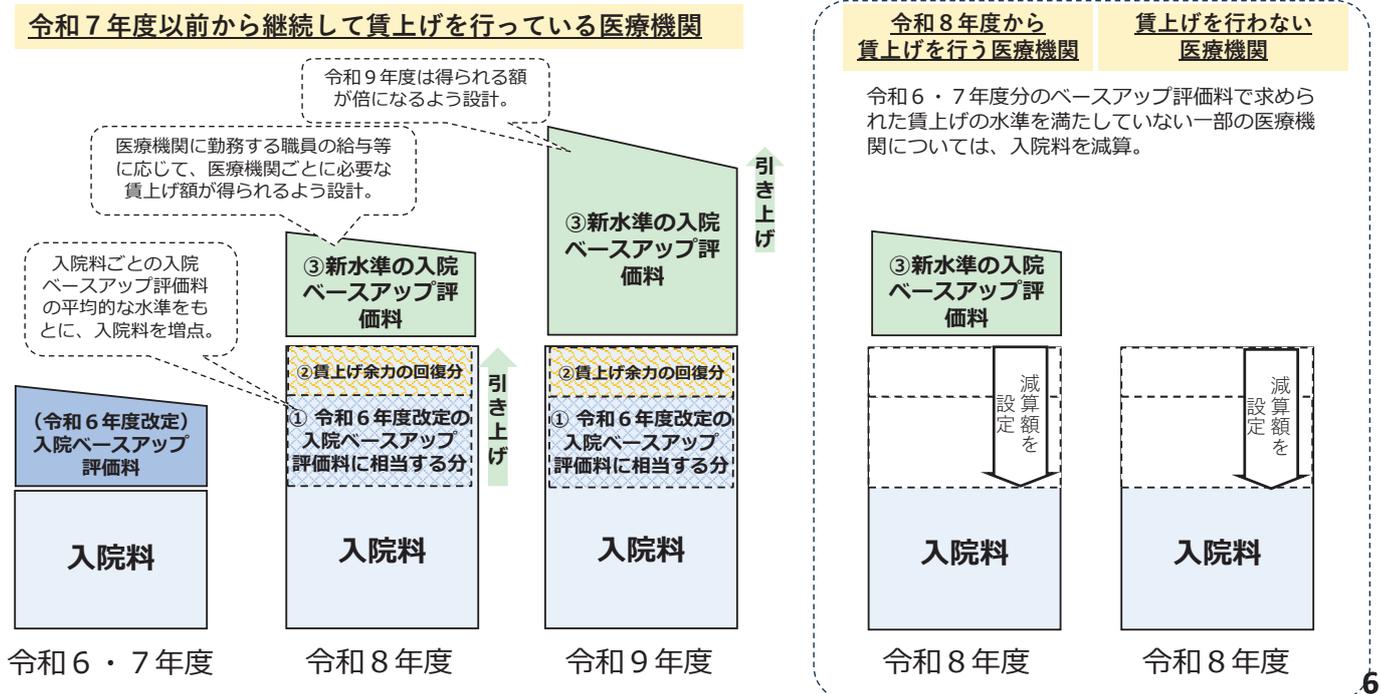


【令和8年度以降の対応】

- 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。



賃上げに向けた評価の見直し③

入院ベースアップ評価料の見直し

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

現行		改定後	
【入院ベースアップ評価料】			
1	入院ベースアップ評価料1	1	1点
~		~	
165	入院ベースアップ評価料165	250※	入院ベースアップ評価料250
		※令和9年6月以降は、500区分まで拡大する。	250点
【算定要件】(抜粋)		【算定要件】(抜粋)	
注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。		注 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。	

入院料の見直し及び減算規定の新設

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

現行		改定後	
(例) 【一般病棟入院基本料】			
	急性期一般入院料1		1,688点
			1,874点

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

(例) 急性期一般入院料1の場合 **121点減算(1日あたり)**

【施設基準】以下のいずれかを満たす保険医療機関以外は、減算の対象となる。

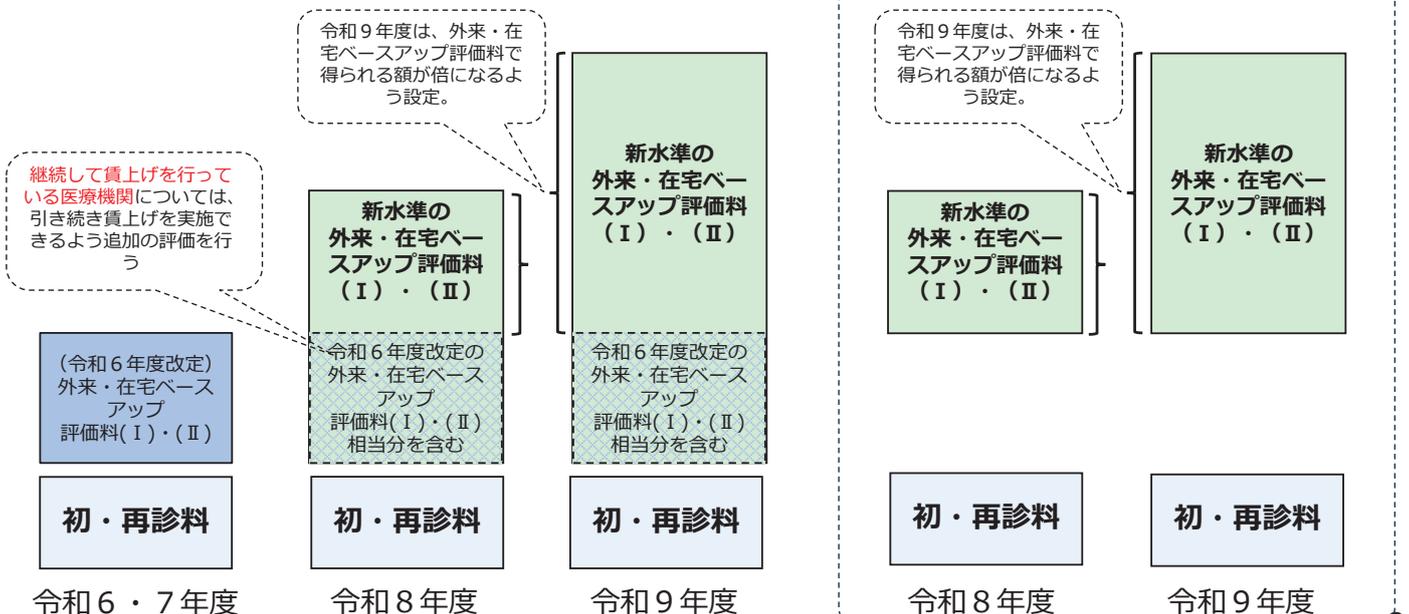
- 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。
- 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。
- 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること。

令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

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

令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関

令和8年度から賃上げを行う医療機関



賃上げに向けた評価の見直し①

外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

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

現行	改定後
【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】 1 初診時 6点 2 再診時等 2点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 7点 【算定要件】（抜粋） 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。 【施設基準】（抜粋） 主として医療に従事する職員が勤務していること。	【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】 1 初診時 17点 2 再診時等 4点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 79点 ロ イ以外の場合 19点 【算定要件】（抜粋） 当該保険医療機関において勤務する職員 の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。 【施設基準】（抜粋） 当該保険医療機関に勤務する職員 がいること。

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

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

ベースアップ評価料に関する主な変更点①（内容）

- ▶ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○賃上げの目標 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	○賃上げの目標 令和8年度に 3.2% （看護補助者・事務職員は 5.7% ）、令和9年度に さらに3.2% （看護補助者・事務職員は 5.7% ）の賃上げを目指す
○対象となる施設 保険医療機関、訪問看護ステーション	○対象となる施設 保険医療機関、 保険薬局 、訪問看護ステーション
○対象となる職員 主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。） 例）薬剤師・看護師・看護補助者 等	○対象となる職員 当該保険医療機関に勤務する職員 （40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。） 例）左記の対象職員に加え、 40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員 等
○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院B U評価料の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3% （外来・在宅B U評価料（II）、訪看B U評価料（II）の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%	○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院B U評価料の場合）以下を合計したもの ◆医師・歯科医師以外 「月額賃金総額」（基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計）に、定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じた額 ◆40歳未満の医師・歯科医師 常勤・非常勤（22時間以上）ごとの人数に、定められた額を乗じた額 （外来・在宅B U評価料（II）、訪看B U評価料（II）の場合） 上記を2で割ったもの
○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分	○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分 ※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜間手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。
○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分	○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 ※現行と同様の考え方が、次のように明確化する。 「賃金改善前（令和8年3月又は5月時点）の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分

ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

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

月額賃金総額 ・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）	×	「厚生労働省が定める数」		＝ ●	
		R8.6～R9.5	R9.6～R10.5		
	×	下記以外の対象職員	1.29×3.2%	1.29×6.4%	＝ ●
		看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%	
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）	×	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	

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
 ・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

これらを足したものが「賃金改善算定基礎額」

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

ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

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

ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

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

現行
○届出時の提出書類 保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生(支)局に届出を行う
○区分変更時の届出 毎年3、6、9、12月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う
○実績等の報告 毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
○同一法人内の複数医療機関の通算 (新設)
○届出様式の統合 【様式93】看護職員処遇改善評価料 【様式97】入院ベースアップ評価料 それぞれの評価料において、様式の届出が必要

改定後
○届出時の提出書類 各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ (賃金改善計画書は作成不要)
○区分変更時の届出 「対象職員の数」又は「3月毎の外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定回数」が1割以上変動し、区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ
○実績等の報告 毎年8月に、当該年度における賃金改善の状況を評価するため「賃金改善中間報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告 算定した年度の翌年の8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
○同一法人内の複数医療機関の通算 同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人においては、法人内の複数保険医療機関を通算して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする
○届出様式の統合 【様式97】看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料 ・様式を1つに統一 ・様式内で各評価料における区分計算も自動で算出できる

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

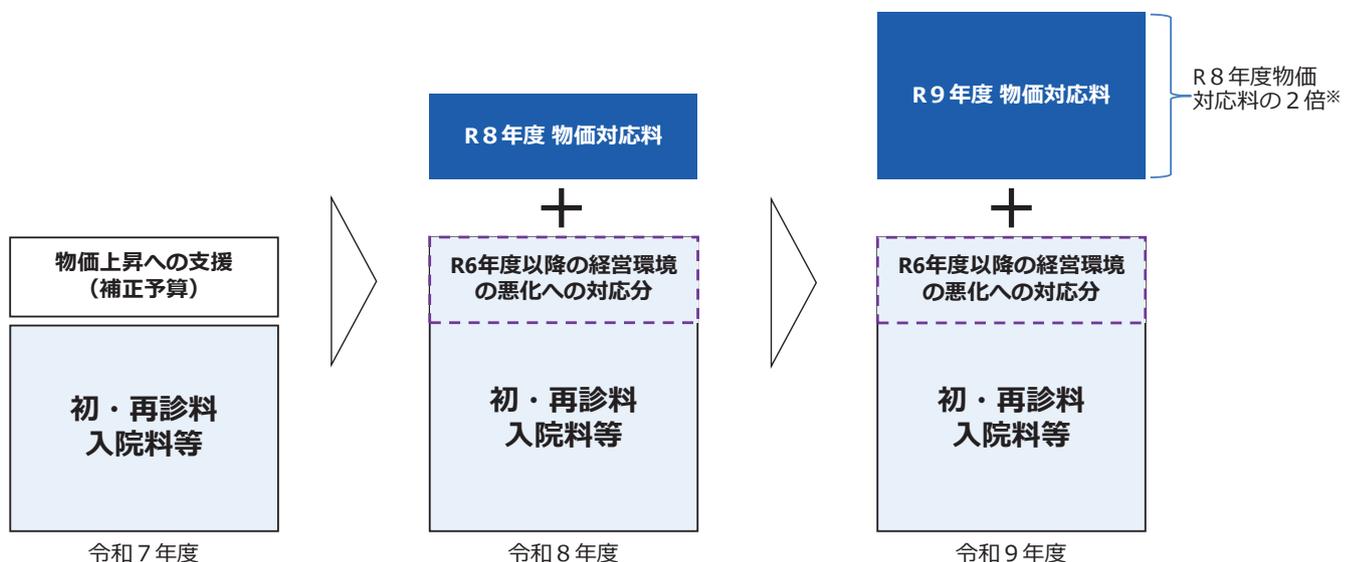
届出書	中間報告書	報告書
<ul style="list-style-type: none"> ○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ・対象職員数 ○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） ・入院ベースアップ評価料 ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数 ・月額賃金総額 ・対象職員数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・基本給等総額（給与改善前・後） ・賞与の月数の変化 <p>※対象職種を指定して報告： 医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・基本給等総額（給与改善前・後） ・賞与の月数の変化 <p>※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告</p>

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（**対象職員数の1割以上の変動**、3月ごとのベースアップ評価料の**算定回数**の**1割以上の変動**）があり、**再計算をした場合に区分の変化がある場合**には、区分変更の届出が必要。

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、**再診料・入院料等の評価に含める**。



物件費の高騰を踏まえた対応①

物価対応料の新設

➤ 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。

(新) 物価対応料(1日につき)		R8年	R9年
1 外来・在宅物価対応料			
イ	初診時	2点	4点
ロ	再診時等	2点	4点
ハ	訪問診療時	3点	6点
2 入院物価対応料			
イ	急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
ニ	急性期一般入院料1を算定する場合	58点	116点
ヨ	療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合	18点	36点
イミ	精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	13点	26点
イス	特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料(一般病棟の場合)を算定する場合※1	84点	168点
ハケ	地域包括医療病棟入院料1を算定する場合	49点	98点
ハモ	回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合	19点	38点
二ハ	地域包括ケア病棟入院料1(40日以内の期間)を算定する場合	27点	54点

[算定要件]

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

※1 特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※2 その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

物件費の高騰等を踏まえた対応③

入院基本料等の見直し

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

現行		改定後	
【初診料】	291点	【初診料】	291点
【再診料】	75点	【再診料】	76点
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1	1,688点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1	1,874点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1 入院料1	1,964点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1 入院料1	2,035点
【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料1	1,306点	【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料1	1,471点
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院入院基本料 7対1入院基本料(一般病棟)	1,822点	【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 7対1入院基本料(一般病棟)	2,146点
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料	3,050点	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料1 入院料1	3,367点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,346点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料1(40日以内)	2,838点	【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料1(40日以内)	2,955点

※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

- 入院時の食費の基準については、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から1食当たり20円の上げを行ったが、令和7年4月以降も食材料費等が上昇していることを踏まえ、**1食当たり40円引き上げる。**
※ 令和8年6月1日施行。令和7年度の食材料費等の上昇に対しては、別途、令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」による支援も活用可能。

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

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

※ 令和8年6月1日施行。

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

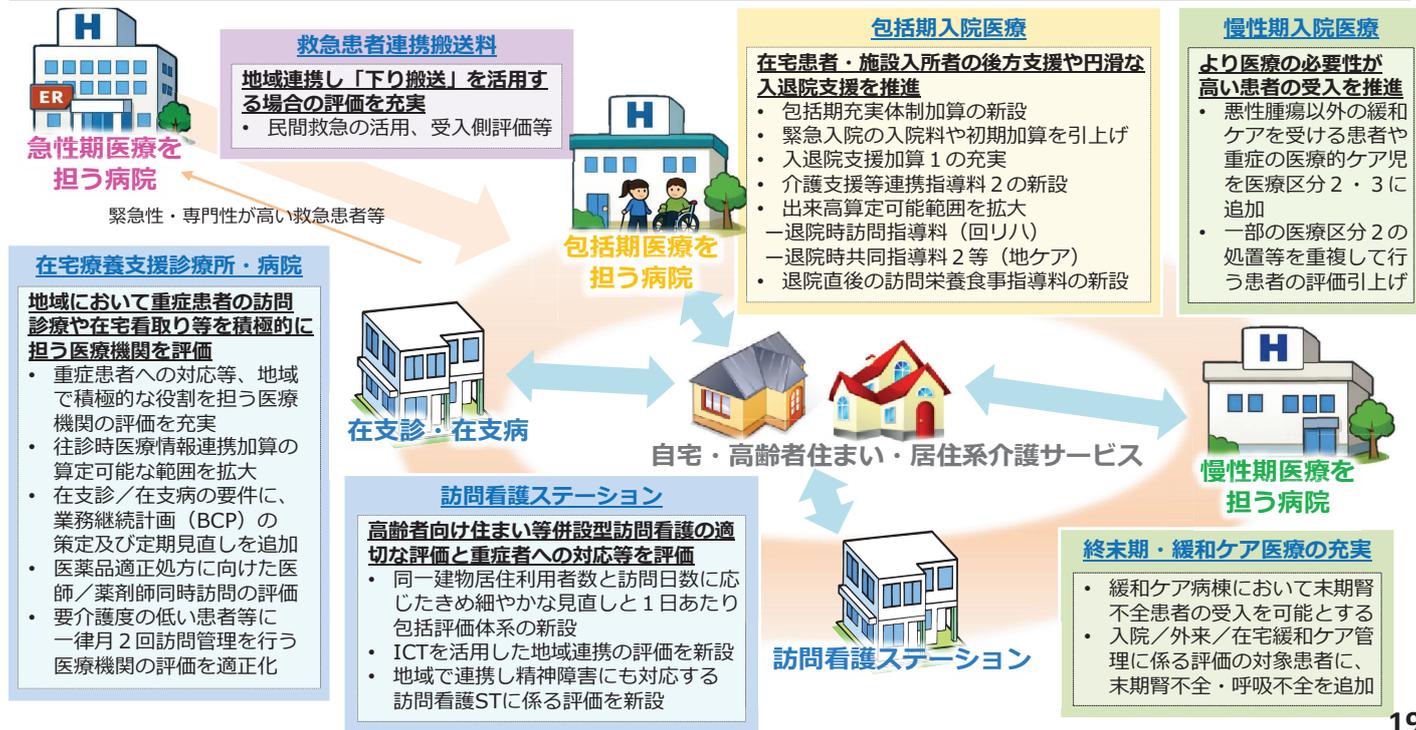
※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

令和8年度診療報酬改定

■ 包括期・慢性期入院医療

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

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



療養病棟入院基本料の見直し

医療区分の見直し

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

求める医療区分2・3割合の見直し

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

現行

【療養病棟入院料2】
[施設基準]
・ 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**五割以上**であること。

改定後

【療養病棟入院料2】
[施設基準]
・ 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割以上**であること。

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

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・区分番号A212に掲げる超重症(者)入院診療加算・準超重症(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る) ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る) ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・医療区分2の処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)) ・その他の指定難病等(スモンを除く。) ・脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。) ・慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。) ・悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。) ・末期呼吸器疾患(適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。) ・末期心不全(器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。) ・末期腎不全(器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であつて、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。) ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・区分番号A212に掲げる超重症(者)入院診療加算・準超重症(者)入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。) 	<p>(1)感染症の治療に係る処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る) <p>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。) ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る) ・人工腎臓、持続経徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く) <p>(3)その他の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く) ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 <p>(4)傷病等によるリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る)</p>
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

- ▶ 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る。**

現行	改定後
<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 【B001 24 外来緩和ケア管理料】 【算定要件(通知)】</p> <p>(1) (中略)悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。</p> <p>【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】 3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 注3 3については、1又は2に該当しない場合であつて、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であつて、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する</p>	<p>【A226-2 緩和ケア診療加算】 【B001 24 外来緩和ケア管理料】 【算定要件(通知)】</p> <p>(1) (中略)悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。</p> <p>【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】 3 心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合 1,500点 注3 3については、1又は2に該当しない場合であつて、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であつて、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。 ※ 注入ポンプ加算、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算についても同様</p>

- 【対象患者】
- ・末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。
 - ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。 イ 在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施している。
 - ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。
 - ・末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。
 - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 器質的な腎障害により、適切な治療に関わらず慢性的に日本腎臓学会CKD重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態。
 - ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。 エ Palliative Performance Scale (PPS) が40%以下である。
 - オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

障害者施設等入院基本料等の見直し

廃用症候群を主病名とする患者の評価の見直し

- **主傷病名が廃用症候群の患者のうち医療区分1又は2に相当する患者**について、**新たに療養病棟に準じた評価**とする。（特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料についても同様）
- 脳卒中、脳卒中の後遺症及び廃用症候群の患者のうち、注13により算定する患者は、これらを発症する以前から重度の肢体不自由児（者）に該当していた患者を含まないことを明確化する。

現行	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注13 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注13 当該病棟に入院する脳卒中、脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p>

障害者施設等入院基本料等の評価体系

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

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

障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

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

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

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

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

看護補助者に係る加算の名称の見直し

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護補助者に係る加算等は、累次の改定で整理、追加や修正が行われていることから、看護補助者に係る加算の名称について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の評価については、その内容にあわせて名称を見直す。

現行	改定後
看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料） [算定要件] 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。 イ 看護補助体制充実加算1 80点 □ 看護補助体制充実加算2 65点 ハ 看護補助体制充実加算3 55点	看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料） [算定要件] 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、 看護補助・患者ケア体制充実加算3 の例により所定点数に加算する。 イ 看護補助・患者ケア体制充実加算1 80点 □ 看護補助・患者ケア体制充実加算2 65点 ハ 看護補助・患者ケア体制充実加算3 55点

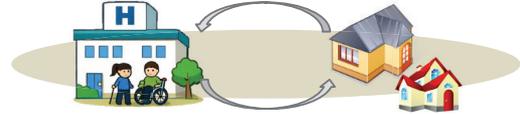
- ※ A106 障害者施設等入院基本料の注10
- A304 地域包括医療病棟入院料の注8
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注5 においても同様。

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

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

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績	
施設後方支援の体制（※）	原則 3以上の施設の協力医療機関 になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの 緊急入院が直近3か月で15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3 の算定回数が 直近1年 で合わせて 12回以上 又は 協力対象施設入所者入院加算1・2 の算定回数が 直近1年 で合わせて 4回以上
救急医療の実績	救急搬送及び下り搬送からの入院 が全入院患者の 8%以上
入退院支援の実績	退院時共同指導料2 と 介護支援等連携指導料2 の算定回数が 直近3か月 で合わせて 3回以上

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

27

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

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

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

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

28

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

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

現行	改定後																
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（1日につき） <u>3,050点</u> 【算定要件】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（1日につき） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 地域包括医療病棟入院料 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 入院料 1</td> <td style="text-align: right;"><u>3,367点</u></td> </tr> <tr> <td>ロ 入院料 2</td> <td style="text-align: right;"><u>3,267点</u></td> </tr> <tr> <td>ハ 入院料 3</td> <td style="text-align: right;"><u>3,117点</u></td> </tr> <tr> <td>2 地域包括医療病棟入院料 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 入院料 1</td> <td style="text-align: right;"><u>3,316点</u></td> </tr> <tr> <td>ロ 入院料 2</td> <td style="text-align: right;"><u>3,216点</u></td> </tr> <tr> <td>ハ 入院料 3</td> <td style="text-align: right;"><u>3,066点</u></td> </tr> </table> 【算定要件】 <ul style="list-style-type: none"> ○ 同一病院内のA100一般病棟入院基本料算定病棟の有無に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。 地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟なし 地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟あり ○ 入院料1～3については、患者の入院形態及び治療予定に応じて、以下のいずれかを算定する。 入院料1：緊急入院で、主傷病に対して手術を行わないもの 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの 入院料3：予定入院で、主傷病に対して手術を行うもの ※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。	1 地域包括医療病棟入院料 1		イ 入院料 1	<u>3,367点</u>	ロ 入院料 2	<u>3,267点</u>	ハ 入院料 3	<u>3,117点</u>	2 地域包括医療病棟入院料 2		イ 入院料 1	<u>3,316点</u>	ロ 入院料 2	<u>3,216点</u>	ハ 入院料 3	<u>3,066点</u>
1 地域包括医療病棟入院料 1																	
イ 入院料 1	<u>3,367点</u>																
ロ 入院料 2	<u>3,267点</u>																
ハ 入院料 3	<u>3,117点</u>																
2 地域包括医療病棟入院料 2																	
イ 入院料 1	<u>3,316点</u>																
ロ 入院料 2	<u>3,216点</u>																
ハ 入院料 3	<u>3,066点</u>																

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

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

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

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

31

協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制をもちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

改定後

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること*。

*当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に1回以上**の頻度であれば良い。

32

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しの全体像

より質の高い取組への新たな評価

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

質の高い取組の要件化

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

アウトカム評価の充実（実績指数に関する見直し）

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

重症患者の基準等の実情に沿った見直し

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等（イメージ）

現行

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

改定後

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

重症患者の該当範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げる。

特に質の高い取組を行っている場合 **+**

(新)回復期リハビリテーション強化体制加算 80点
※実績指数48以上 等

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

※1：算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。
※2：入院料2及び4について、令和8年9月30日までに限り、リハビリテーション実績指数に係る施設基準を満たすものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直し

入院料の評価の見直し

- ▶ 物件費の高騰への対応及び医療関係職種の確実な賃上げを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を見直す。また、休日リハビリテーション提供体制の整備の要件化に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4の評価を見直す。

現行		改定後	
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
・回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,229点 2,215点	・回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,346点 2,326点
・回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	2,166点 2,151点	・回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	2,274点 2,253点
・回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,917点 1,902点	・回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	2,062点 2,041点
・回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	1,859点 1,845点	・回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	2,000点 1,980点
・回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	1,696点 1,682点	・回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	1,794点 1,774点

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

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

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 80点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

リハビリテーション実績指数の基準等の見直し

リハビリテーション実績指数の基準の見直し

- リハビリテーション実績指数の計算方法や除外対象を見直すとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3について、リハビリテーション実績指数の基準を見直す。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料2及び4について、新たに実績指数の要件を導入する。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1	40以上	<u>42以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料2	—	<u>32以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	35以上	<u>37以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料4	—	<u>32以上</u>

※リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直しについては、次頁及び次々頁を参照。

FIMの測定に関する研修会開催に係る要件の見直し

- 実績指数の導入に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3の施設基準である FIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することについて、入院料2及び4においても要件とする。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

- リハビリテーション実績指数の算出方法について、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上に上がった場合、分子のFIM運動項目利得に1点を加えることとする。

＜実績指数の算出方法（改定後）＞

$$\begin{aligned}
 & \text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \text{① FIM得点[運動項目の退棟時と入棟時の差]} \\ \text{+} \\ \text{「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟中又は入室中に5点以下から} \\ \text{6点以上に上がった場合、それぞれ1点を加算する。} \end{array} \right) \text{の全患者の合計} \\
 = & \frac{\text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \text{② 入棟から退棟までの在棟日数} \\ \text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}}{\quad}
 \end{aligned}$$

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

前月までの6か月間に退棟した患者	FIM得点(運動項目)の退棟時と入棟時の差	「歩行・車椅子」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	「トイレ動作」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	①	②
患者A	20	○(+1)	○(+1)	22	0.6
患者B	25	○(+1)	—	26	0.7
患者C	20	—	○(+1)	21	0.4
患者D	25	—	—	25	0.5
計				94	2.2

➡ 上記の例におけるリハビリテーション実績指数は、 $94 \div 2.2 = 42.7$ となる。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

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

現行	改定後
<p>【実績指数の除外対象患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの ④ 年齢が80歳以上のもの ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの <p>【実績指数の算出から除外できる患者割合】 100分の30を超えない範囲</p>	<p>【実績指数の除外対象患者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの <u>※①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める。</u> ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの (削除) ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの <p>【実績指数の算出から除外できる患者割合】 <u>100分の20を超えない範囲</u></p>

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

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

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

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

- リハビリテーション実績指数等について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することを要件とする。

現行	改定後
<p>【回復期リハビリテーション病棟】 [施設基準]</p> <p>1 通則</p> <p>(10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。</p> <p>ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳</p> <p>イ 回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部第3節A308（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）</p> <p>(新設)</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟】 [施設基準]</p> <p>1 通則</p> <p>(10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示していること。</p> <p>ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳</p> <p>イ 回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部第3節A308（12）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）</p> <p><u>(11) (10)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。</u></p>

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準に係る見直し

重症患者の対象範囲及び受入割合基準の見直し

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

現行	改定後
<p>【重症患者の対象範囲】</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活機能評価で10点以上又はF I M得点で55点以下の患者 	<p>【重症患者の対象範囲】</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活機能評価で10点以上又はF I M得点で21点以上55点以下の患者 高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。） 脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）

- 重症患者の対象の見直しとともに、**重症患者の新規受入割合の基準を見直す**。

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

回復期リハビリテーション病棟での休日リハビリテーションの見直し

休日リハビリテーション体制の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟1及び2に加え、3及び4についても、**土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする**。
- また、土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

現行	改定後
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準</p> <p>(6) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準</p> <p>(6) 当該保険医療機関において、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。</p>

- これに伴い、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することのできる対象から回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4を算定している患者を除外し、対象範囲を回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定している患者のみに変更する。

回復期リハビリテーション病棟での高次脳機能障害者への退院支援

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて利用予定の機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

- 当該保険医療機関において、次のうち高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握する。
 - ・高次脳機能障害者支援センター
 - ・他の保険医療機関
 - ・障害者総合的支援法に基づく障害福祉サービス等を提供する事業所・施設（生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等）
 - ・児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者
- 上記の情報を「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者（入院期間の上限が180日の患者）の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供する。
- 退院後に他の保険医療機関でのリハビリテーション、介護保険によるリハビリテーション又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者については、
 - ・当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関・事業所・施設に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。



高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供する事業所等の情報を把握



高次脳機能障害の患者の退院時に情報提供



必要に応じて、利用予定先に実施計画書等を提供

43

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

退院前訪問指導料の取扱いの見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等について、退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする。ただし、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる、退院前訪問指導料を2回算定する場合には、退院前訪問指導料と「H003-2 リハビリテーション総合計画評価料」の注3に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。

地域支援事業への参加に係る要件の見直し

- 入院料1及び2の施設基準である地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、入院料3及び4においても望ましいこととする。

口腔管理に係る体制の要件の見直し

- 入院料1及び2の施設基準である口腔管理の体制を整備していることについて、入院料3及び4においても望ましいこととする。

日常生活機能の評価に係る測定方法の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までについて、日常生活機能評価又はFIMの測定を行うこととされているものについて、FIMによる測定が望ましいこととする。

44

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

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

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

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

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

（新） 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点



【対象病棟】

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

【施設基準（抜粋）】

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

令和8年度診療報酬改定 ■入院（共通事項）

令和8年度診療報酬改定

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

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

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

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

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

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

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

〔施設基準〕

第五 病院の入院基本料の施設基準等 — 通則

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

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、**組織風土を醸成することの重要性**や、医療機関が定期的に行う**研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましい**ことを追加する。
- また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

【施設基準（通知）】

・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修

改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

【施設基準（通知）】

・**患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から**、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**また、こうした組織風土の醸成に努めること。**

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（**身体的拘束の代替手段**に関する内容のほか、**患者の尊厳の保持の重要性**に関する内容を含むことが望ましい。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は**、40点の減算ではなく、入院料を**20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。
- イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。
 - (イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
 - (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。
 - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
 - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
 - (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

$$\text{身体的拘束の実施割合} = \frac{\text{直近3か月間の入院料算定日数のうち、身体的拘束を実施した日数（※1）}}{\text{直近3か月間の入院料算定日数（※2）}}$$

※1 以下の場合は身体的拘束を実施した日数に**含まない**。

- ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合
(患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る)
- イ **処置時や移動時**に、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合
(使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ)
- ウ 患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合
(車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする)

※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 「A300」救命救急入院料 | 「A302」新生児特定集中治療室管理料 |
| 「A301」特定集中治療室管理料 | 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 |
| 「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料 | 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料 |
| 「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料 |
| 「A301-4」小児特定集中治療室管理料 | |

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

- 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身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直す。

現行				改定後			
[算定要件(告示)]				[算定要件(告示)]			
【認知症ケア加算】				【認知症ケア加算】			
1	認知症ケア加算1			1	認知症ケア加算1		
イ	14日以内の期間	180点 / □	15日以上	イ	14日以内の期間	186点 / □	15日以上
2	認知症ケア加算2			2	認知症ケア加算2		
イ	14日以内の期間	112点 / □	15日以上	イ	14日以内の期間	115点 / □	15日以上
3	認知症ケア加算3			3	認知症ケア加算3		
イ	14日以内の期間	44点 / □	15日以上	イ	14日以内の期間	47点 / □	15日以上
[算定要件]				[算定要件]			
注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の 40 に相当する点数により算定する。				注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の 20 に相当する点数により算定する。			

- 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、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組織内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取り組みが推進されるよう、見直す。

現行		改定後	
[算定要件(通知)]		[算定要件(通知)]	
A247 認知症ケア加算		A247 認知症ケア加算	
(6) 認知症ケア加算1		(6) 認知症ケア加算1	
ア・イ (略)		ア・イ (略)	
(新設)		ウ 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。	
ウ (略)		エ (略)	

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

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

現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

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

改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一) 治療食

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

(二) 嚥下調整食

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

おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食(イメージ)



学会コード(日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)

嚥下調整食1 j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとめてやわらかくしたもの	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くしたもの

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

【主な算定要件】

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

【主な施設基準】

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

53

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

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

＜特別料金の支払いを受けることができる食事＞

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

主な要件

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

54

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

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

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

改定前の別表番号 (改定後は別表第5の1の2)	第5 + 第5の1の2	第5の1の2	第5の1の3	第5の1の4又は5	特掲診療料 第16	
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 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、エポエチンベータベゴル、HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)	○→ (包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○	○	○	○	○
血液凝固因子障害等（血友病以外）の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、JAK阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持期の治療のために使用され、他剤で代替不能な場合に限る。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	—	—	—	—	○	—

○：包括範囲からの除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5等に記載されており、出来高算定されるもの

入退院支援加算の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

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

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

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）の新設

- 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入退院支援加算に規定を設ける。

第26の5 入退院支援加算

- 1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。
- (2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

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

- (1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
- ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を收受していないこと。

57

入退院支援加算の見直し②

入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、家族や親族との連絡が困難であること等を追加する。

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

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

注5 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。

58

介護支援等連携指導料の見直し

入院前からの支援の強化

- 入院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

現行	改定後
介護支援等連携指導料 400点	介護支援等連携指導料 介護支援等連携指導料1 400点 (新) 介護支援等連携指導料2 500点

[算定要件]

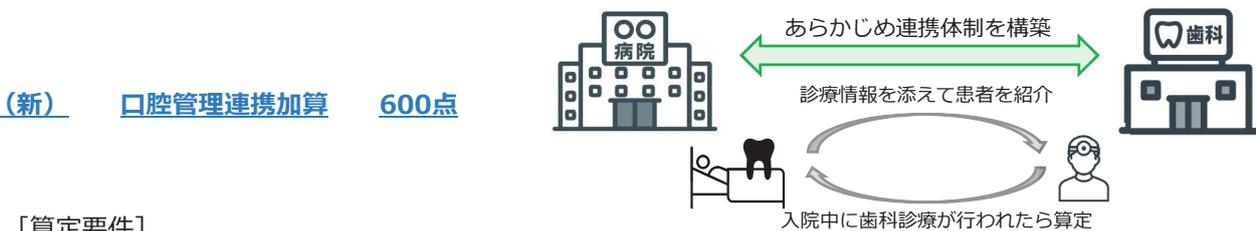
介護支援等連携指導料2は、入退院支援加算1の届出を行っている病棟に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、**平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同**して、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定できる。

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。

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

- 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が、**歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合**の評価として、**口腔管理連携加算を新設**する。



[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者のうち、**口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者**について、**連携体制を構築している他の歯科医療機関**に対し、患者の同意を得て、**診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合**に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料(I)は、所定点数に含まれるものとする。

[施設基準]

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

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

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

[対象となる入院料を算定する病棟] 急性期一般入院料1～6、急性期病棟一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1～4
 特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

[算定要件(概要)]

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

[施設基準(概要)]

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

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

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

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

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

現行	改定後
[施設基準(告示)]第一 届出の通則 二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。 [施設基準(通知)](概要) ・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。 ・ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい(1年に1回に限る。) (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。 やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 (2) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 (3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。	[施設基準(告示)]第一 届出の通則 二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。 [施設基準(通知)](概要) ・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。 ・ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい(1年に1回に限る。) (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。 やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 (2) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 (3) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

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

看護職員の確保に係る取組

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



医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

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

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

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

様式9の見直し

病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

- 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、入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直す。

【施設基準】

- (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。
 - キ **保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者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は、病棟内として勤務時間数に算入してよい。**
 - ク **病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。**

【別紙5】 病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

- ・ 当該保険医療機関から、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員1名につき月1時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間
- ・ 患者の状態変化に対して緊急の対応が必要と判断し、当該病棟を一時的に離れて患者の状態変化に短時間（30分程度）対応した時間

小数点以下の処理方法の見直し

- 小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理し、可能な限り統一する。

現行

様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

- 1日平均入院患者数〔A〕 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
（算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）
※小数点以下切り上げ
- 月平均1日当たり看護職員配置数 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
〔月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)〕 ※小数点以下第2位以下切り捨て（参考）
1日看護職員配置数(必要数) : $\quad = \left[\left(\frac{A}{\text{配置区分の数}} \right) \times 3 \right]$
※小数点以下切り上げ
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = $A / \text{配置区分の数}$
※小数点以下切り上げ

改定後

- 1日平均入院患者数〔A〕 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
（算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）
※**小数第2位切り上げ**
- 月平均1日当たり看護職員配置数 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
〔月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)〕 ※小数点以下第2位以下切り捨て（参考）
1日看護職員配置数(必要数) : $\quad = \left[\left(\frac{A}{\text{配置区分の数}} \right) \times 3 \right]$
※**小数第2位切り上げ**
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = $A / \text{配置区分の数}$
※**小数第2位切り上げ**

医師事務作業補助体制加算の見直し

ICT機器を活用した場合の配置人数の算入方法

- ICT機器等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算】
【施設基準】

- 「ア（①のみ）」＋「イ～エの全て」に該当する場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入できる。
- 「ア（①は必須 + ②③④のうち少なくとも1種類以上を広く活用）」＋「イ～エの全て」に該当する場合は、1人を1.3人として配置人数に算入できる。
- ア 医師の事務作業に関して、①を含むものを組織的に導入し、医師・医師事務作業補助者が日常的に活用することで、業務効率化が図られていること。
 - 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
 - 医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）
 - 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）
 - 入退院時の説明、検査・処置等に関する10種類以上の患者向け説明動画
- イ アの①から④までのうち、電子カルテ等と連動して医療情報を取り扱うものについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等（いわゆる3省2ガイドライン）に準拠していること。
- ウ アの①から④までのうち、AI技術を用いる製品・サービスについては、「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。
- エ アの①から④までのうち、導入・活用しているとして届け出たものについて、全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。
- 上記算入方法により新たに届け出る場合には、直近3月以上の期間、当該算入方法を用いず、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
- 上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講ずること。

医師事務業務の明確化

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

現行

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

改定後

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

35

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

- 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
- 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

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

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

66

地域加算の見直し

地域加算の見直し

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

現行		改定後
【地域加算】（1日につき）	➡	【地域加算】（1日につき）
1 1級地 18点		1 1級地 18点
2 2級地 15点		2 2級地 14点
3 3級地 14点		3 3級地 11点
4 4級地 11点		4 4級地 7点
5 5級地 9点		5 5級地 4点
6 6級地 5点		(削除)
7 7級地 3点		(削除)

【対象地域】

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

➤ **当該地域に準じる地域**は、「地方公務員の給与改定等に関する取扱いについて」（令和7年11月11日総務副大臣通知）別紙2にて定める地域手当の支給地域を参考に、設定する。

（参考）地域加算の対象地域

級地区分	都道府県	地域	級地区分	都道府県	地域	
1級地	東京都	特別区	5級地	北海道	札幌市	
	茨城県	つくば市		宮城県	富谷市	
2級地	東京都	特別区以外の地域		茨城県	つくば市、取手市、守谷市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市以外の地域	
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市		栃木県	全域	
	大阪府	大阪市、吹田市		群馬県	前橋市、高崎市、太田市	
3級地	茨城県	取手市、守谷市		埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市以外の地域	
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、蕨市		千葉県	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市以外の地域
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、習志野市、我孫子市			富山県	富山市
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市以外の地域		石川県	金沢市	
	静岡県	裾野市		山梨県	甲府市	
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市		長野県	長野市、松本市、塩尻市	
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域		岐阜県	岐阜市	
	京都府	長岡京市		静岡県	裾野市、静岡市以外の地域	
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市		三重県	四日市市、鈴鹿市以外の地域	
	4級地	宮城県	仙台市、多賀城市	滋賀県	大津市、草津市、栗東市以外の地域	
茨城県		水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市以外の地域		
埼玉県		川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市以外の地域		
千葉県		市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市、八千代市、四街道市	和歌山県	和歌山市、橋本市		
静岡県		静岡市	岡山県	岡山市、倉敷市		
愛知県		名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市以外の地域	広島県	広島市以外の地域		
三重県		四日市市、鈴鹿市	香川県	高松市		
滋賀県		大津市、草津市、栗東市	福岡県	福岡市、春日市、福津市以外の地域		
京都府		長岡京市以外の地域				
兵庫県		神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市				
奈良県		奈良市、大和郡山市、天理市				
広島県		広島市				
福岡県		福岡市、春日市、福津市				

【経過措置】令和9年5月までの間に限り、級地の調整を行う地域

➤ 改定前と比較して5点以上点数が変動する以下の地域については、激変緩和措置として、令和9年5月31日までの間に限り、算定する区分の調整を行う。

令和9年5月31日までの級地区分 (激変緩和措置)	令和9年6月1日以降の級地区分	都道府県	地域
3級地	2級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	4級地	愛知県	大府市
4級地	3級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		滋賀県	大津市、草津市、栗東市
		兵庫県	川西市、猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
5級地	対象外地域	広島県	府中町
		埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、長岡京市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
		宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
佐賀県	佐賀市		

人口の少ない地域・医師偏在対策に係る全体像

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



人口の少ない地域等での医療提供機能の確保

人口の少ない地域での医療提供機能の確保

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

へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

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

急性期病院B一般入院料・急性期総合体制加算の要件緩和

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

医療資源の少ない地域における対応

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

働き方改革・診療科偏在対策の推進

若手医師が減少する診療科の評価

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

長時間高難度手術の実施体制の評価

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

機能強化加算等の届出に係る対応

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



外来医師過多区域に関する対応

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する取組の推進

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

(新) 医療提供機能連携確保加算 (入院初日) 600点

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

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

(新) 医療提供機能連携確保加算 (月1回) 50点

離島加算の充実

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

	現行	改定後
離島加算	18点	25点

(参考) 別表に掲げる人口の少ない地域

人口の少ない地域（人口20万人未満かつ人口密度が200人/km²未満である二次医療圏及び離島等の地域）

都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山	福井県	奥越	徳島県	南部
	北渡島檜山		丹南		西部
	後志	山梨県	嶺南	香川県	小豆
	南空知		峡東		宇摩
	中空知	長野県	峡南	愛媛県	宇和島
	北空知		富士・東部		八幡浜・大洲
	西胆振	岐阜県	上伊那	高知県	安芸
	日高		飯伊		高幡
	上川北部	静岡県	木曾	長崎県	五島
	富良野		大北		上五島
	留萌	愛知県	北信	熊本県	鹿本
	宗谷		飛騨		阿蘇
遠紋	三重県	賀茂	大分県	八代	
根室		東三河北部		芦北	
青森県	西北五地域	滋賀県	東紀州	宮崎県	延岡西臼杵
	上十三地域	京都府	湖北		日南串間
岩手県	下北地域		兵庫県	湖西	鹿児島県
	胆江	丹後		西都児湯	
	両磐	中丹	沖縄県	日向入郷	
	気仙	南丹		南薩	
	釜石	但馬	鹿島郡	川薩	
	宮古	丹波		出水	
宮城県	久慈	奈良県	南和	鹿島郡	曾於
	二戸		橋本		熊毛
山形県	仙南	和歌山県	有田	鹿島郡	奄美
	最上		御坊		北部
福島県	県南	鳥取県	田辺	鹿島郡	八重山
	相双		新宮		八重山
栃木県	県西	島根県	中部	鹿島郡	
	藤岡		雲南		
群馬県	富岡	岡山県	大田	鹿島郡	
	吾妻		浜田		
埼玉県	沼田	広島県	益田	鹿島郡	
	秩父		高梁・新見		
東京都	島しょ	山口県	真庭	鹿島郡	
			津山・宍田		
新潟県	魚沼	富山県	備北	鹿島郡	
	佐渡		岩国		
富山県	新川	石川県	柳井	鹿島郡	
	砺波		長門		
石川県	能登中部	鹿島郡	萩	鹿島郡	
	能登北部				

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

■重点的な対応が求められる分野 (医学管理・リハビリテーション)

疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設

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

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

[算定要件]

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

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

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

減算等の対象外

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

介護保険との連携の要件化と目標設定等支援・管理料の廃止

介護保険によるリハビリテーション等との連携の要件化

- ▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料において、**介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する介護支援専門員との連携を要件化**する。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様
 [算定要件]

- 以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

目標設定等支援・管理料と減算規定の廃止

- ▶ 上記に伴い、介護保険によるサービスが必要と思われる患者についての計画を要件としていた目標設定等支援・管理料を廃止し、併せて脳血管疾患等リハビリテーション料等における注7の減算規定を廃止する。

現行	改定後
【目標設定等・支援管理料】 1 初回の場合 250点 2 2回目以降の場合 100点 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注7 目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	【目標設定等・支援管理料】 [廃止] 【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [廃止]

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

【計画書様式の簡素化】

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

【算定要件の変更】

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

※ 回復期リハビリテーション病棟においては、引き続き医師による説明が必要。

現行	改定後
【リハビリテーション総合計画評価料】 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 (新設) 300点 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 (新設) 240点	【リハビリテーション総合計画評価料】 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 <input checked="" type="checkbox"/> 初回の場合 300点 <input type="checkbox"/> 2回目以降の場合 240点 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 <input checked="" type="checkbox"/> 初回の場合 240点 <input type="checkbox"/> 2回目以降の場合 196点

【要介護被保険者等の場合】

<算定イメージ>



発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

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

現行	改定後
<p>(例) 【心大血管リハビリテーション料】 早期リハビリテーション加算 25点 (30日目まで)</p> <p>[算定要件] 入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。</p>	<p>(例) 【心大血管リハビリテーション料】 早期リハビリテーション加算 60点 / 1単位 (入院初日から3日目まで) 25点 / 1単位 (入院4日目から14日目まで)</p> <p>[算定要件] 入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。</p> <p>※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様</p>

[算定イメージ]



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

休日のリハビリテーションの適切な評価

休日リハビリテーション加算の新設

- 休日においても平日と同様にリハビリテーションを実施し、**切れ目のないリハビリテーションを推進する**観点から、**休日リハビリテーション加算を新設**する。

(新) 休日リハビリテーション加算 (1単位につき) 25点 (30日目まで)

【疾患別リハビリテーション料】

[算定要件]

- 各疾患別リハビリテーション料に定める対象者 (下表参照) に対して、土曜日、休日にリハビリテーションを行った場合は、加算の起算日 (下表参照) から起算して**30日目までを限度**として、休日リハビリテーション加算として、**1単位につき25点を所定点数に加算**する。

疾患別リハビリテーション料	休日リハ加算の対象者	休日リハ加算の起算日
心大血管疾患リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	・ 入院中のもの	発症、手術若しくは急性増悪から7日目 又は治療開始日のいずれか早いもの
脳血管疾患等リハビリテーション料	・ 入院中のもの ・ 入院中の患者以外の患者 (脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。)	発症、手術又は急性増悪
廃用症候群リハビリテーション料	・ 入院中のもの	発症、手術若しくは急性増悪 又は当該患者の廃用症候群の急性増悪
運動器リハビリテーション料	・ 入院中のもの ・ 入院中の患者以外の患者 (大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。)	発症、手術又は急性増悪

退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

退院時リハビリテーション指導料の見直し

- 退院時リハビリテーション指導料の対象患者について、**当該保険医療機関での入院中に、疾患別リハビリテーション料等を算定した患者のみを対象**とするよう規定を設ける。

現行	改定後
【退院時リハビリテーション指導料】 【対象患者】 当該保険医療機関に入院していた患者	【退院時リハビリテーション指導料】 【対象患者】 当該保険医療機関での入院中に、以下のいずれかを算定したものの <ul style="list-style-type: none"> ・ 第7部リハビリテーションの第1節の各区分 ・ 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 ・ 以下の注に掲げる早期離床・リハビリテーション加算 <ul style="list-style-type: none"> 「A301」 特定集中治療室管理料 「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料 「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料 「A301-4」小児特定集中治療室管理料 ・ 「A304」地域包括医療病棟入院料の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算

病棟（入院料）において配置される療法士の業務の明確化

入院料において配置される療法士の業務範囲や兼任規定の明確化

- 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、**当該病棟の患者に対して必要がある場合、その他の区分番号に掲げる業務（退院時リハビリテーション指導料等）に従事できる**ことを追記する。また、生活動作の指導等において必要な場合等を考慮し、病棟の患者に対して、屋外など、**病棟外で業務にあたることも可能**であることを明確化する。

現行	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 (5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。	【地域包括医療病棟入院料】 【算定要件】 (5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してADLの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

- 療法士の配置が要件となっている入院料を算定する病棟内に、療法士の配置が要件となっている**入院医療管理料を算定する病室がある場合、両者の専従の療法士は兼任可能**であることを明確化する。

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

- ▶ 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について、疾患別リハビリテーション以外に従事することのできる業務を明確化する。

【疾患別リハビリテーション料】

〔施設基準〕

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

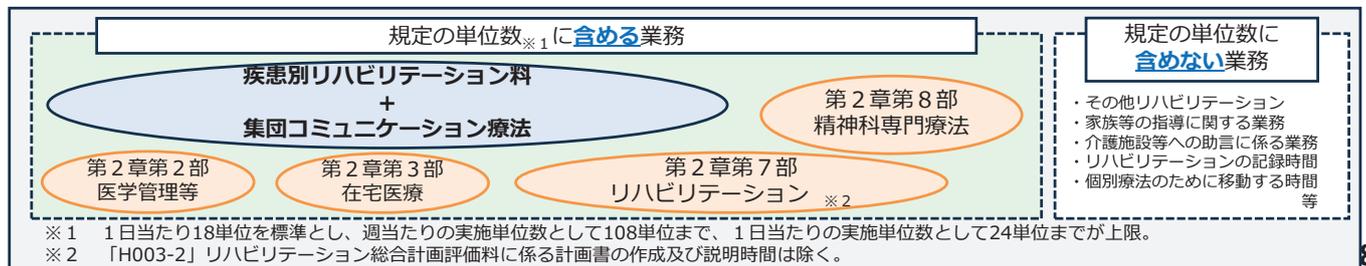
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

(疾患別リハビリテーションに専従の職員であっても、担当している患者の退院時指導等、職務に照らして必要なその他の業務に積極的に関わることが可能であることを明確化)

<疾患別リハビリテーション料の専従者との兼任>

- 兼任可能
第7部リハビリテーション第1節各区分*の専従の理学療法士等
*ただし、心大血管疾患リハビリテーション料については、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合のみ可
- 兼任不可能
第1章第2部入院料等（入院料や入院基本料等加算）の専従の理学療法士等（専任は兼任可。）

- ▶ 従事することのできる業務の拡大に伴って、単純な労働時間の増加に繋がらないよう、専従の従事者1人の1日当たりの実施単位数の算出にあたっては、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に従事した場合、従事した時間を全て合算して20分以上であれば、20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に含めることとする。



質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進①

摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準の見直し

- ▶ 摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準のうち、摂食嚥下支援チームの言語聴覚士の専従要件を見直し、専任の従事者でも可とする。

現行	改定後
【摂食嚥下機能回復体制加算】 〔施設基準〕 1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準 (1) (摂食嚥下支援チームの構成員) ア及びウ (略) イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士	【摂食嚥下機能回復体制加算】 〔施設基準〕 1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準 (1) (摂食嚥下支援チームの構成員) ア及びウ (略) イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士

- ▶ 療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算3の実績について、1及び2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする。

現行	改定後
3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準 (3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。	3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準 (3) 当該保険医療機関において、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者における、 <u>ア及びイの前年の実績の合計数が2名以上</u> であること。 ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者 イ <u>鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者</u>

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

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

現行	改定後
<p>【経腸栄養管理加算】 [算定要件] (19) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、<u>入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。</u></p> <p>ア <u>長期間</u>、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者</p> <p>イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者</p>	<p>【経腸栄養管理加算】 [算定要件] (20) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。</p> <p>ア <u>入院前から又は入院後2週間以上</u>、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とする場合</p> <p>イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、<u>入棟後に経腸栄養を開始した場合</u></p>

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

- 1 心不全再入院予防継続管理料 1** 1,000点 (入院中1回に限り算定)
- 2 心不全再入院予防継続管理料 2** 6回目まで 700点 7回目以降 225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)
- 3 心不全再入院予防継続管理料 3** 6回目まで 400点 7回目以降 225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)

	管理料1 (入院中)	管理料2 (外来)	管理料3 (外来)
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載 		

救急外来医療に係る評価の再編①

救急外来医学管理料の新設

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

(新) 救急外来医学管理料

1. 救急搬送医学管理料

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

〔算定要件〕

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

2. 夜間休日救急医学管理料

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

〔算定要件〕

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

(新) 救急外来緊急検査対応加算

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

〔算定要件〕

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



(新) 時間外救急搬送加算

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

〔算定要件〕

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

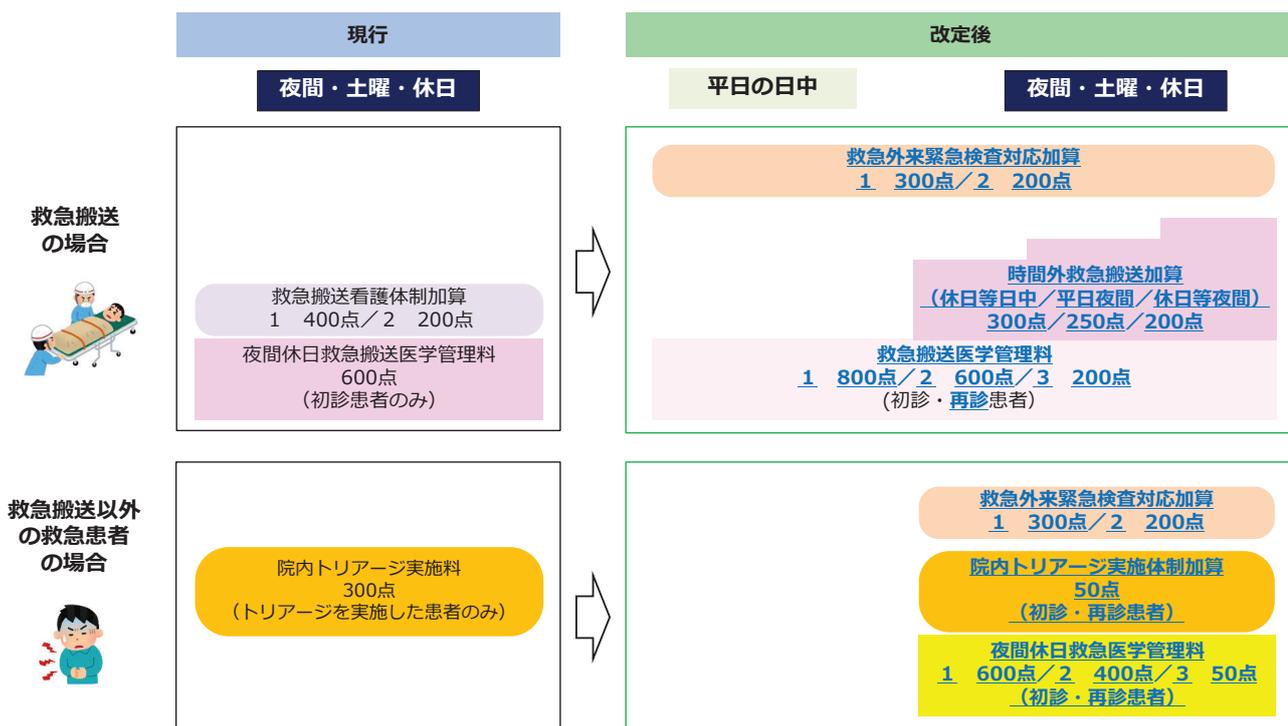
精神科疾患患者等受入加算

400点

〔算定要件〕

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

(参考) 救急外来医療に係る評価の再編のイメージ



救急外来医学管理料の主な施設基準等

		救急外来医学管理料		
		救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急医学管理料 1 救急外来緊急検査対応加算 1	救急搬送医学管理料 2 夜間休日救急医学管理料 2 救急外来緊急検査対応加算 2	救急搬送医学管理料 3 夜間休日救急医学管理料 3
対象患者	(救急搬送医学管理料) 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者 (夜間休日救急医学管理料) 時間外、休日又は深夜において救急外来を受診した患者(救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。)	(緊急検査対応加算) 血液検査、細菌培養検査、注射(皮下、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。)、処置(留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。)、CT検査、MRI検査を実施した患者		
病院の機能・実績等	・ 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる第二次救急医療機関、第三次救急医療機関又は精神科救急医療施設である ・ 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している	・ 救急搬送件数が年1,500件(別表に掲げる人口の少ない地域においては、年1,200件)以上である	・ 救急搬送件数が年800件(別表に掲げる人口の少ない地域においては、年640件)以上である	・ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所である
職員の配置	・ 専任の医師(宿日直可)が常時、救急外来近くに勤務。勤務シフトには救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。 ・ 専任の看護師が常時、救急外来内に勤務。時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置が望ましい ・ 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましい ・ 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されている ・ 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、医療機関内に配置されている ・ 院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施		・ 専任の医師(宿日直可)が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来近くに勤務。 ・ 専任の看護師が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来内に勤務。 ・ 院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施又は当該コースの受講推奨を職員に周知し、受講状況を年1回以上把握 ※施設基準の体制を取る時間以外の時間帯に救急外来診療を実施した場合には、管理料2は算定できない。	
救急外来の施設	・ 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けている ・ 救急外来診療を行うための区画に必要な救急蘇生装置等を常時備えている(ICU等と隣接している等の要件を満たせば、共用でも可)		・ 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている	・ 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影を実施できる体制が確保されている(CT撮影を実施する従事者は緊急呼出し当番でも可)
地域の救急医療に関する取組等	・ 業務継続計画(BCP)を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年1回以上実施 ・ 以下のいずれか二つ以上を満たしている		・ 以下のいずれかを満たしている	
	ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議への参加 イ 消防機関の実施するウタイン様式調査への協力 ウ 当該保険医療機関に勤務する医師(当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。)が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応 エ 地域の関係機関(都道府県、医師会、救急医療機関、消防機関等)との間で、定期的に通連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催 オ 救急救命士の病院実習の受け入れ カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っている			

救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

- 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。
- 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、**入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げる**とともに、**自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする**。

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

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

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

【算定要件】

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

【施設基準】

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

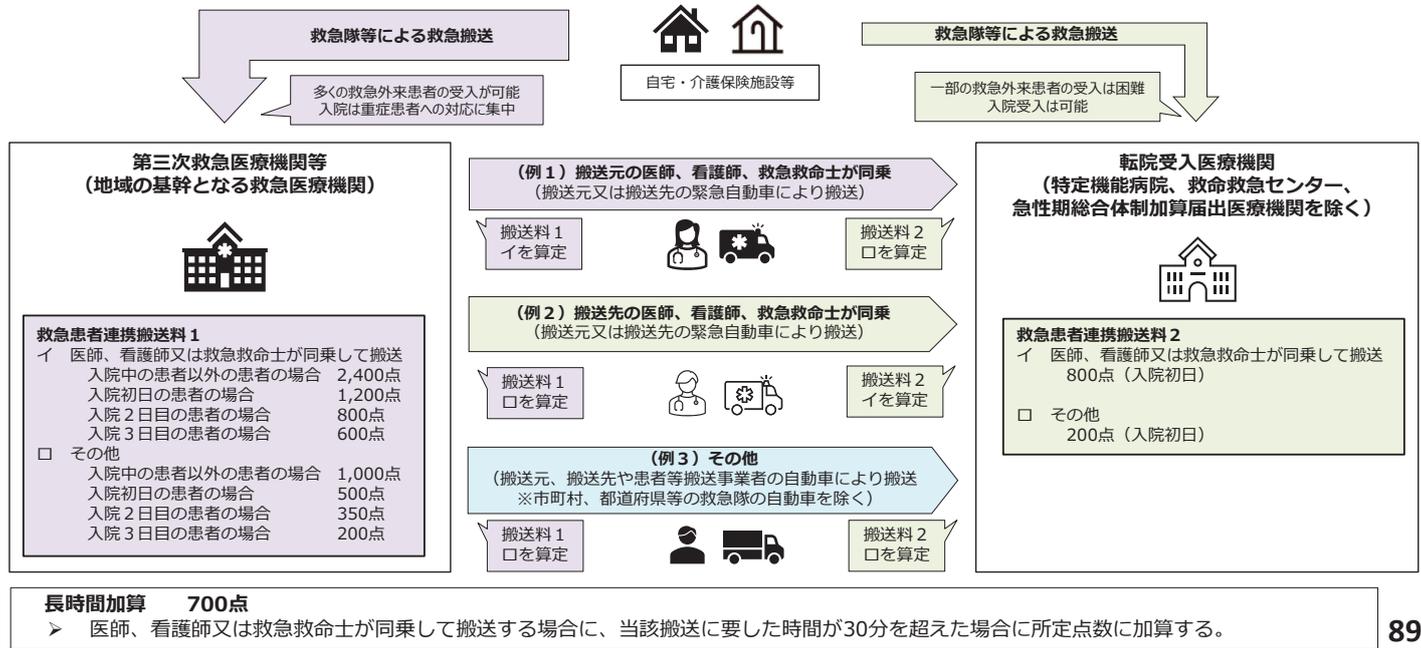
- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、**医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間(30分超)搬送を行う場合の評価を新設**する。

- (新) 長時間加算 700点

(参考) 救急患者連携搬送料の概要

C001-2 救急患者連携搬送料

- 転院搬送における消防機関の負担の軽減を含む、地域における医療資源の効率的な活用の観点から、**第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるように他の保険医療機関と連携し、初期診療を行った医療機関以外の医療機関で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価したもの。**
- ※ より高度で専門的な体制を有する医療機関に搬送する場合や、初期診療を行った医療機関において入院医療の提供を行っていない診療科に係る入院医療を提供するために搬送する場合等は、算定できない。



7. 外来医療の機能分化・強化等に係る全体像

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

<p>特定機能病院等</p> <p>外来機能分化・連携</p> <p>紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 紹介割合・逆紹介割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。 外来診療料の減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。 <p>連携強化診療情報提供料の対象拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> 共同で継続的に治療管理を担う際の評価について、対象患者と医療機関を拡大する。 	<p>地域の診療所等</p> <p>特定機能病院等紹介患者受入加算の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。
<p>その他</p> <p>療養・就労両立支援指導料の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者を拡大し、算定可能な期間の延長し、評価を引き上げる。 <p>処方箋料の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般名処方加算の評価を見直す。バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。 	<p>かかりつけ医機能の強化</p> <p>地域包括診療加算等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象疾患を有する要介護高齢者等への対象患者の拡大、連携薬局の要件の見直し等を行う。 <p>機能強化加算の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 業務継続計画を策定すること、外来/在宅データ提出加算の届出が望ましいことを要件とする。 <p>時間外対応体制加算の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> 時間外対応加算の名称を変更し、評価を引き上げる。 <p>生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の包括範囲の見直し、糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設等を行う。 <p>特定疾患療養管理料の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象疾患を見直す。（非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し（全体概要）

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。
- 包括範囲の見直し**
 - 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す**。
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする。
 - 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

〔新〕眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）

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

〔新〕歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）

[算定要件]
糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。
 - 生活習慣病管理料（Ⅰ）の要件見直し**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、**必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件**とする。
 - 療養計画書の負担軽減**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、**患者の署名を受けることを不要**とする。
 - 外来データ提出加算の見直し**
 - 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設する**とともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

生活習慣病管理料（Ⅱ）の包括範囲から除外される医学管理等

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、新たに以下の医学管理料等について、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。

生活習慣病に関連する総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべき医学管理	(参考) 引き続き包括範囲外である医学管理料等
下肢創傷処置管理料	・ 外来栄養食事指導料
生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（特定の疾病を主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	・ 集団栄養食事指導料
特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料	・ 糖尿病合併症管理料
時間外対応・救急対応に関する医学管理	・ がん性疼痛緩和指導管理料
地域連携夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、救急救命管理料	・ 外来緩和ケア管理料
情報提供等に関する評価	・ 糖尿病透析予防指導管理料
傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料	・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料
	・ ニコチン依存症管理料
	・ 療養・就労両立支援指導料
	・ プログラム医療機器等指導管理料
	・ 診療情報提供料（Ⅰ）
	・ 電子的診療情報評価料
	・ 診療情報提供料（Ⅱ）
	・ 診療情報連携共有料
	・ 連携強化診療情報提供料
	・ 薬剤情報提供料

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする。

現行	改定後
<p>【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p> <p>【施設基準】 (新設)</p>	<p>【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p> <p>【施設基準】 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 インスリン製剤 グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤 チルゼパチド製剤</p>

特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料の見直し

- 特定疾患療養管理料及び処方料・処方箋料の特定疾患処方管理加算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。

現行	改定後
<p>【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 (中略) 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 (中略)</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 (中略) 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。） (中略)</p>

地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

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



地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の評価体系の見直し

- 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。

現行		改定後	
・認知症地域包括診療加算1	38点	・地域包括診療加算1 認知症を有する患者等の場合	38点
・地域包括診療加算1	28点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	28点
・認知症地域包括診療加算2	31点	・地域包括診療加算2 認知症を有する患者等の場合	31点
・地域包括診療加算2	21点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	21点
・認知症地域包括診療料1	1,681点	・地域包括診療料1 認知症を有する患者等の場合	1,682点
・地域包括診療料1	1,660点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,661点
・認知症地域包括診療料2	1,613点	・地域包括診療料2 認知症を有する患者等の場合	1,614点
・地域包括診療料2	1,600点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,601点

対象患者の見直し

- 地域包括診療加算等の対象患者を以下のとおり拡大する。
- **認知症を有する患者等の場合**
以下の全てを満たす患者が対象となる。
(イ) 認知症を有するもの**又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等（要介護被保険者、居宅要支援被保険者）であるもの**
(ロ) 認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの
(ハ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの
① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの
② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの
- **その他の慢性疾患等を有する患者**
脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）若しくは認知症の6疾病のうち2以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者**又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者**（いずれの疾病にも、疑いは含まない。）

時間外対応体制加算の充実

時間外対応体制加算の充実

- 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、時間外対応加算について、**評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する。**

現行	改定後
【時間外対応加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 時間外対応加算1 <u>5点</u> ロ 時間外対応加算2 <u>4点</u> ハ 時間外対応加算3 <u>3点</u> ニ 時間外対応加算4 <u>1点</u>	【時間外対応体制加算】 【算定要件】 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 時間外対応 体制 加算1 <u>7点</u> ロ 時間外対応 体制 加算2 <u>5点</u> ハ 時間外対応 体制 加算3 <u>4点</u> ニ 時間外対応 体制 加算4 <u>2点</u>

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

- 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
 - 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。
 - 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できない**ことを明確化する。
 - 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定する**ことを明確化する。

◆健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合

（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：○△がん検診後に○△がんに関する保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定

- (※) 再診料等の費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。
- 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、診療報酬を算定できる。
 - 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

◆健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定		初診料を算定
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定		再診料等を算定
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：がん検診に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定		再診料等を算定

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	改定後
【処方箋料】 注1～5（略） 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算1 10点 ロ 一般名処方加算2 8点 7・8（略）	【処方箋料】 注1～5（略） 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算1 8点 ロ 一般名処方加算2 6点 7・8（略）

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

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

99

残薬対策に関する主な改定項目

処方時の対応

- **処方時の残薬確認**
 - ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。
- **処方箋様式の見直し**
 - ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、**「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する」**ことを可能とする。

- 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供**

調剤時の対応

- **薬局による残薬の確認と調整の評価**
 - ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

在宅訪問時の対応

- **訪問看護の情報連携推進**（訪問看護の運営基準での明確化）
 - ・指定訪問看護の提供に当たり、**服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認**も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
 - ・服薬状況については、**薬局への情報提供**を行うことが望ましいことを規定する。
- **かかりつけ薬剤師による残薬の確認**
 - ・かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、**(新)かかりつけ薬剤師訪問加算**を新設

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

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

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

- (参考) 引き続き要件である管理料等
- ・ 地域包括診療加算
 - ・ 地域包括診療料
 - ・ 生活習慣病管理料 (I)
 - ・ 生活習慣病管理料 (II)



改定後

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

改定後

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



医療DX・オンライン診療に係る全体像



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

医療DXに係る評価

- ▶ 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3 15点/9点/4点

再診時 2点

入院時 1/2 160点/80点



(新) 電子的歯科診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2 9点/4点

再診時 2点

(新) 電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

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

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点



オンライン診療に係る評価

- ▶ 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

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

- ▶ D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき)

医師と同一の医療機関の看護師等 265点

訪問看護ステーションの看護師等 2,650点

(新) 看聴器等郵送診療検査実施料・看聴器等郵送診療処置実施料

1種類/2種類以上 100点/150点

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

- ▶ 遠隔連携診療料の評価の拡大 (D to P with D)

遠隔連携診療料

外来診療/訪問診療/入院診療 900点/900点/900点

- ▶ 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・明確化

(新設) 在宅療養指導料、プログラム医療機器等指導管理料
在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

(明確化) 外来栄養食事指導料

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

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



現行			
【医療DX推進体制整備加算】			
初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算6	8点	6点	
※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料			
【医療情報取得加算】			
初診時			
・医療情報取得加算	1点		
再診時（3月に1回に限り算定）			
・医療情報取得加算	1点		
調剤時（12月に1回に限り算定）			
・医療情報取得加算	1点		



改定後	
【電子的診療情報連携体制整備加算】	
初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算1/2/3	15点/9点/4点
再診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】	
初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算1/2	9点/4点
再診時は医科と同様	
【電子的調剤情報連携体制整備加算】	
調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点



電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

【施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）】

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

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

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

➤ 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の評価を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

現行	改定後
【診療録管理体制加算1】 140点 【診療録管理体制加算2】 100点 ・区分の見直し（診療録管理体制加算2→1） ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。 【診療録管理体制加算3】 30点 ・区分の見直し（診療録管理体制加算3→2）	（削除） 【診療録管理体制加算1】 100点 （削除） 【診療録管理体制加算2】 30点

入院基本料等加算

（新）電子的診療情報連携体制整備加算1
（新）電子的診療情報連携体制整備加算2

160点（入院初日）
80点（入院初日）

〔施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）〕

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 明細書を患者に無償で交付していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (6) オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (7) マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (8) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関及びウェブサイトに掲載していること。
- (9) 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
- (10) 「**安全管理ガイドライン**」に基づき、**専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること**。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
- (11) 専任の医療情報システム安全管理責任者は、**情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい**。
- (12) 非常時に備えた医療情報システムの**バックアップを複数の方式で確保**し、その一部はネットワークから切り離れた**オフラインで保管**していること。
- (13) 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての**業務継続計画（BCP）を策定**し、少なくとも年1回程度、定期的に**訓練・演習を実施**すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。



遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

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

現行	改定後
【遠隔連携診療料】 1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。	【遠隔連携診療料】 1 外来診療の場合 900点 2 訪問診療の場合 900点 3 入院診療の場合 900点 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、 対面診療を行っている入院中の患者以外の患者 であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、 診断又は治療管理を行うことを目的として 、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、 3月に1回 に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者 のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、 治療管理を行うことを目的として 、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医療管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、 3月に1回 に限り算定する。 3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、 入院中の患者 であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、 治療管理を行うことを目的として 、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、 3月に1回 に限り算定する。

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

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

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

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

※1 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

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

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID
45M00002X

パスワード

ログイン

※ パスワードを忘れた方はこちら

施設基準の届出等

届出・申請書を選択する

- 種類
 - 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
 - 施設基準等の届出
 - 施設基準に係る辞退届
 - 設業の購入価格の届出
- 対象
 - 1. 種別
 - 医科
 - 歯科
 - 薬局
 - 2. 届出名称 必須
 - 「施設基準名を入力」または「プルダウンで選択する」
 - 保存されたデータ
 - 情報通信機器を用いた診療に係る基準
 - 機能強化加算
 - 外来感染対策向上加算
 - 連携強化加算
 - サーベイランス強化加算
 - 抗菌薬適正使用体制加算

時間外対応加算1

届出状況
作成中

様式を選択する

順番	届出書種	選択する	状態	操作
1	別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	未入力	入力
2	様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類	<input type="checkbox"/>	未入力	入力

添付書類を選択する

順番	届出書種	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択	
2	添付書類	ファイル選択	

➤ 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。

➤ 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

➤ 実際の画面イメージ（時間外対応加算の届出）

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算 1 ・時間外対応加算 2 ・時間外対応加算 3 ・時間外対応加算 4
2 標榜診療科	
3 当該診療所の対応医師の氏名	
4 対応する常勤の職員数	() 名
5 当該診療所の標榜診療時間	
6 あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制 ※該当するものに○ (複数可)	医師の携帯・自宅電話へ転送 留守録による応答後、速やかにコールバック その他 {
7 他の医療機関との連携 ※3	連携医療機関名
8 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)	
9 備考	

上一步 > 施設基準の届出書 > 時間外対応加算 > 様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

前回の届出情報をコピーする

※このボタンを押下すると、以前にオンライン上で申請して受理された同一施設基準の届出情報を入力欄に自動表示します。なお、診療報酬改定等により様式が変更された場合、届出情報を自動表示することはできません。様式変更後にオンライン上で申請を行い変更をいただければ、それ以降のオンライン申請時は届出情報を自動表示が可能です。

2 標榜診療科

標榜診療科 1

標榜診療科 2

標榜診療科 3

標榜診療科 4

標榜診療科 5

3 当該診療所の対応医師の氏名

氏名 1

氏名 2

氏名 3

氏名 4

氏名 5

4 対応する常勤の職員数

職員数 名

5 当該診療所の標榜診療時間

標榜診療時間 1

標榜診療時間 2

6 あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制
※該当するものに「✓」（複数可）

医師の携帯・自宅電話へ転送
該当する場合「✓」をする

留守録による応答後、速やかにコールバック

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

※令和8年度診療報酬改定後は、時間外対応加算は、時間外対応体制加算に名称が変わります **109**

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

オンライン申請の利用方法

- 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓↓詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください↓↓



システム解説動画

- 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓↓下記のURLからぜひ動画をご覧ください↓↓
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWqSb6dLP4zmNropige5BoOp>



施設基準の届出について

お願い

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