

# 日本慢性期医療協会 令和8年度診療報酬改定説明会

『令和8年度診療報酬改定からみた  
我が国の医療提供体制の近未来予想図』  
～新たな地域医療構想とかかりつけ医報告制度を踏まえて～

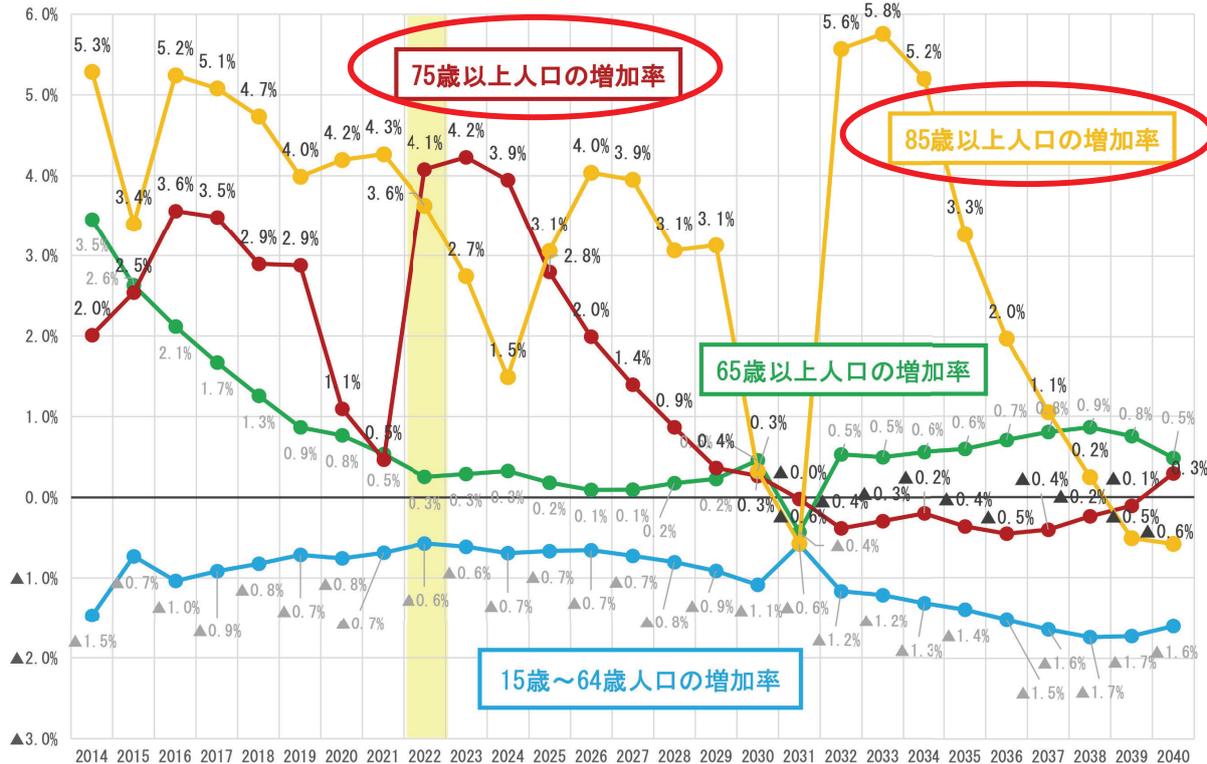
日本慢性期医療協会 副会長  
中央社会保険医療協議会（中医協）前委員  
医療法人池慶会 池端病院 理事長  
池端幸彦

1

## 2040年に向けた 地域医療を取り巻く背景

2

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。

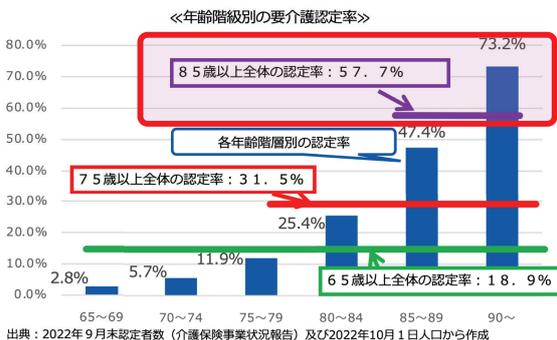


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」

## 2040年頃に向けた医療の課題①

### I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

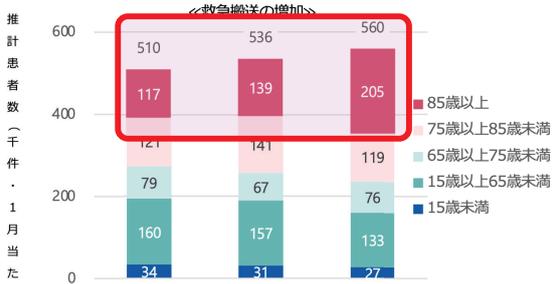
- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



出典：2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口から作成



(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送(2019年度分)の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階層別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成

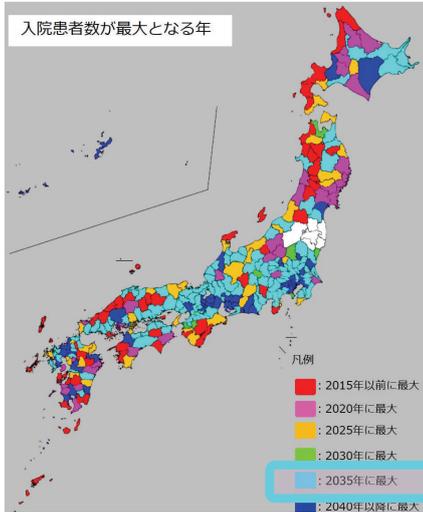


出典：厚生労働省「患者調査」(2017年) 総務省「人口推計」(2017年) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に推計

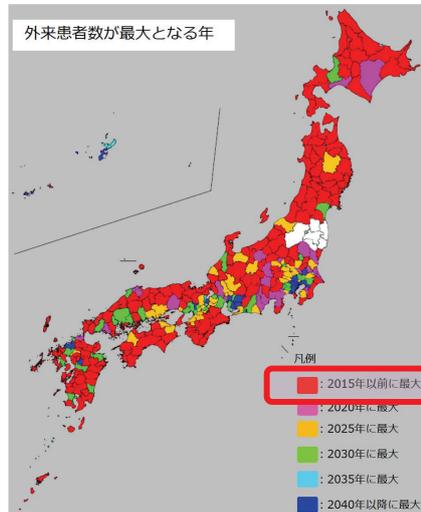
# 2040年に向けた医療需要の変化

入院患者数は全体にやや増加、外来患者は多くの地域で減少し、一方で在宅患者はほとんどの地域で増加が見込まれる！

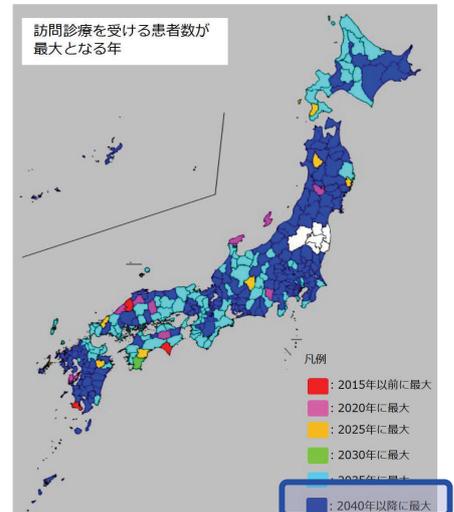
## 入院患者



## 外来患者

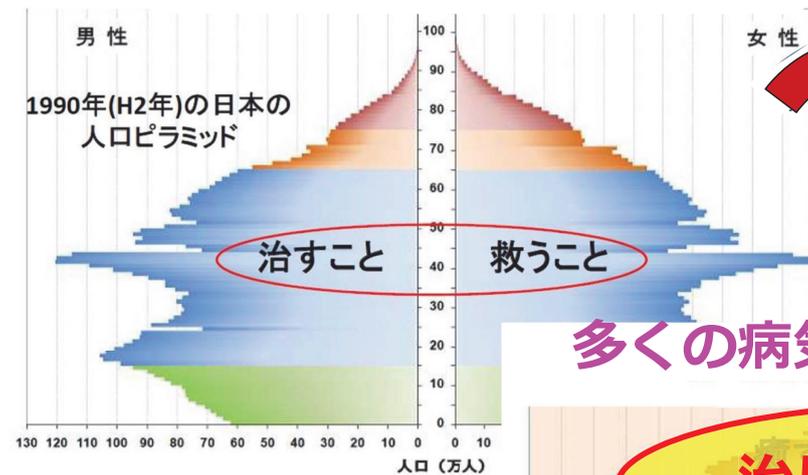


## 在宅患者



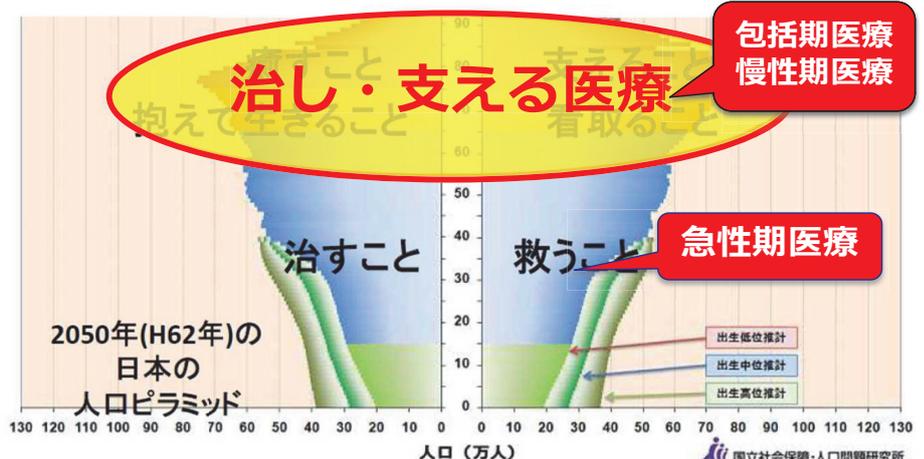
中医協総会資料より、一部改変

## 多くの病気が治せた時代



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人

## 多くの病気を治せなくなる時代



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」。

# 2024年度診療報酬・介護報酬 同時改定を振り返る

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-②

## 入院基本料等の見直し

### 入院基本料等の見直し

○ 入院基本料等について、以下の見直しを行う

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化する。**
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする。**
- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。**
- 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す。**

| 現行                  |        | 改定後                  |                 |
|---------------------|--------|----------------------|-----------------|
| 【一般病棟入院基本料】         |        | 【一般病棟入院基本料】          |                 |
| 急性期一般入院料 1          | 1,650点 | 急性期一般入院料 1           | <u>1,688点</u>   |
| 【療養病棟入院基本料】         |        | 【療養病棟入院基本料】          |                 |
| 療養病棟入院料 1 入院料 G     | 968点   | 療養病棟入院料 1 入院料 25     | <u>983点</u>     |
| 【精神病棟入院基本料】         |        | 【精神病棟入院基本料】          |                 |
| 15対1入院基本料           | 830点   | 15対1入院基本料            | <u>844点</u>     |
| 【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（一般病棟の場合）   | 1,718点 | 7対1入院基本料（一般病棟の場合）    | <u>1,822点</u>   |
| 【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 4 | 1,841点 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 4  | <u>1,859点</u>   |
| 【地域包括ケア病棟入院料】       |        | 【地域包括ケア病棟入院料】        |                 |
| 地域包括ケア病棟入院料 1       | 2,809点 | 地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内） | <u>2,838点</u>   |
|                     |        |                      | （41日目以降は2,690点） |

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料1は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

# 医療と介護の連携の推進（イメージ）

これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

### 介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

#### 介護保険施設等との連携の推進

- 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化  
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化  
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算からの給付とする等の見直し
- 介護保険施設等連携往診加算の新設  
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し  
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- 協力対象施設入所者入院加算の新設  
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

#### 地域包括診療料等を算定する医療機関

- 地域包括診療料等の算定要件の見直し  
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

### 介護保険施設等 【特養・老健・介護療養院】

#### 協力医療機関等との連携の強化

- 診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化  
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化  
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保  
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保  
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保  
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- 協力医療機関連携加算の新設  
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設  
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- 退所時情報提供加算の新設  
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活上の留意点等の情報を提供することを評価
- 早期退院の受入れの努力義務化  
退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

#### 居宅介護支援事業所

- 入院時情報連携加算の見直し  
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- 通院時情報連携加算の見直し  
算定対象に歯科医師を追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携  
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

出展：「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」令和6年3月5日版 厚生労働省保険局医療課 より

## 令和6年度診療報酬改定 II-4 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

### 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

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患の二一増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

#### 急性期

#### 急性期入院料の見直し

- 入院基本料等の引き上げ
- 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- リハ栄養口腔連携体制加算の新設

#### 急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

#### 地域包括医療病棟

#### 地域包括医療病棟入院料の新設

- 在宅復帰率8割
- 救急搬送患者割合1割5分
- ADL維持率95%以上 等

#### 救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

#### 看護補助者の体制整備

- 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- 看護補助加算の新設（小児入管）

#### 特定集中治療室等の見直し

- SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- 遠隔ICUの評価
- ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

#### 回復期リハ入院料の見直し

- FIMの測定等の要件見直し
- 体制強化加算の廃止
- 運動器リハ算定上限数見直し

#### 地域包括ケア病棟

#### 地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 40日目以降と以前の評価の見直し
- 在宅医療要件の見直し
- 在宅復帰率の見直し
- 短期滞在手術の扱いの見直し

#### 働き方改革の推進

- 地域医療体制確保加算の要件見直し
- 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

#### 有床診療所基本料の見直し

- 介護障害連携加算の新設

#### 療養病棟

#### 療養病棟入院料の見直し

- 医療区分の見直し
- 中心静脈栄養の評価見直し
- リハビリテーションの評価見直し
- 経過措置病棟の廃止



自宅



診療所等



回復期リハ



療養病棟

【出典：令和6年3月5日 令和6年度診療報酬改定説明会 資料より】

9

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰**が難しくなる。
- 高齢者の入院患者においては、医療費削減の観点から、**早期にリハビリテーションを開始**することが多い。
- **誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを開始**することが示されている。
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク**にあり、**低栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

そもそも急性期なの？  
それとも包括期？

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



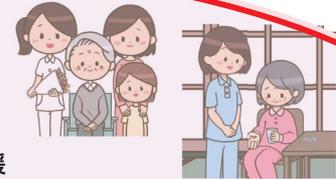
一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

# 新たな地域医療構想と かかりつけ医機能

# 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

## 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

## 医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

## オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出 等

その他、下記の措置を行う

- 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※） 等

## 医師偏在対策

### <医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- 「医師偏在是正プラン」の策定

### <地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

### <経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - 派遣医師・従事医師への手当増額
    - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
    - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- 全国的なマッチング機能の支援
- 医師養成過程を通じた取組

## 美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
  - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- 関係学会によるガイドライン策定 等

(※) 現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

# 医療法等改正法の各施行日について

※下線部分は衆議院での修正によるもの  
※公布日が確定日付でないものは別途政令で定める

## 1. 地域医療構想の見直し等

### 【地域医療構想等】

- 5疾病・6事業・在宅医療に関するロジックモデル
- 病床数削減支援事業
- 医療機関機能報告制度の創設
- 新たな地域医療構想の策定
- 地域医療構想への精神医療の追加

公布日  
公布日（～令和9年4月廃止）  
令和8年10月  
令和9年4月  
令和10年4月等

### 【オンライン診療】

- オンライン診療の法定化等

令和8年4月

### 【美容医療】

- 美容医療を行う医療機関による定期報告等

公布後2年以内

## 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策

- 重点医師偏在対策支援区域の設定
- 医師手当事業
- 外来医師過多区域の無床診療所への対応強化、保険医療機関の管理者要件

令和8年4月  
公布後3年以内  
令和8年4月

## 3. 医療DXの推進

- 電子カルテ情報の共有、発生届の経由提出
- 政府による電子カルテ情報の提供の実現
- 2030年末までの電子カルテ普及率約100%を達成するよう、クラウド技術等の活用も含む、医療機関の業務における情報の電子化の実現
- 仮名化情報の利用・提供
- 支払基金の組織見直し・医療DX方針の策定、公費負担医療等の規定整備

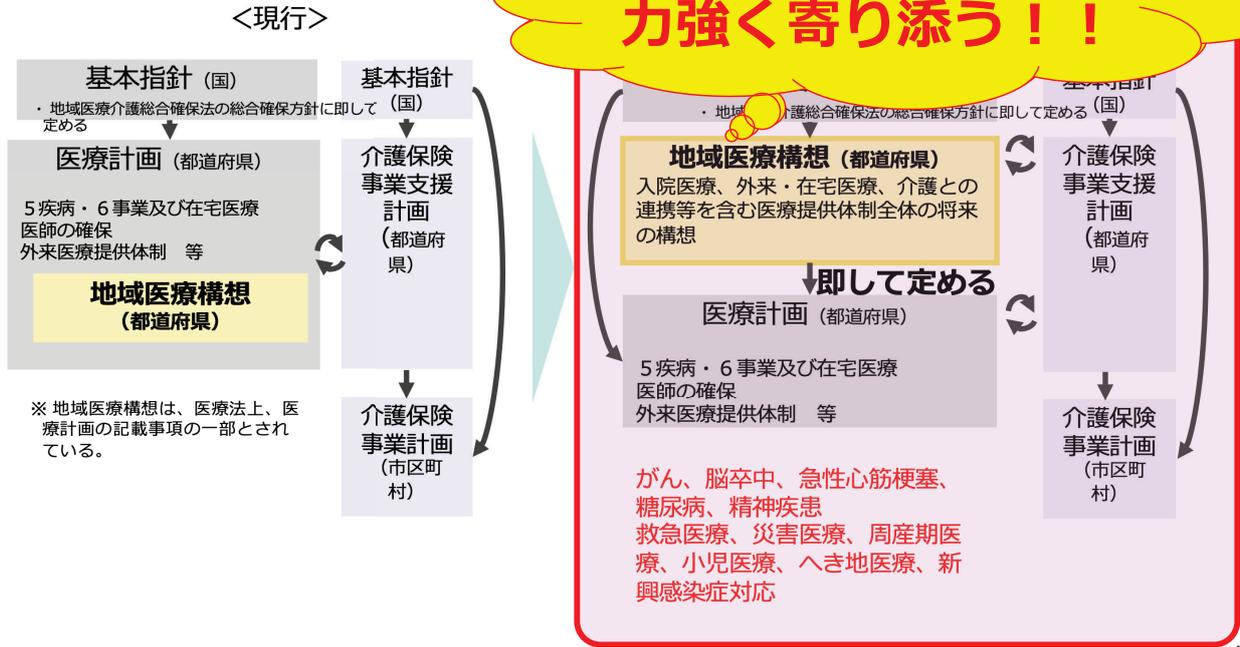
公布後1年以内・3年以内  
公布後1年以内  
公布後1年以内  
公布後3年以内等  
公布後1年6月以内・2年以内等

## 4. その他（検討規定）

- 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方【施行後3年目途】
- 医師手当事業に関して保険者等が意見を述べる仕組みの構築
- 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保【速やかに】

令和8年4月  
公布日  
公布日

R8診療報酬改定が力強く寄り添う！！



43

15

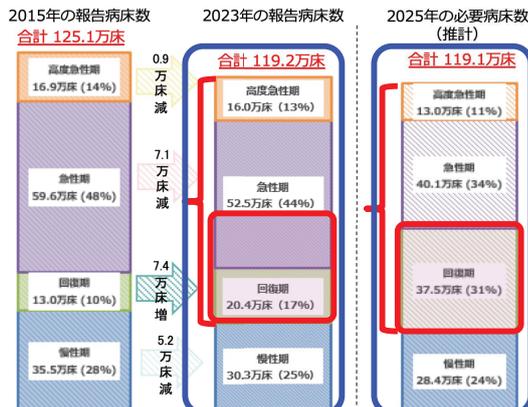
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計画方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要。  
このため、病床の機能分化・連携に加え、
  - ・ 地域ごとの医療機関機能 (高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
  - ・ 広域な観点の医療機関機能 (医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進。

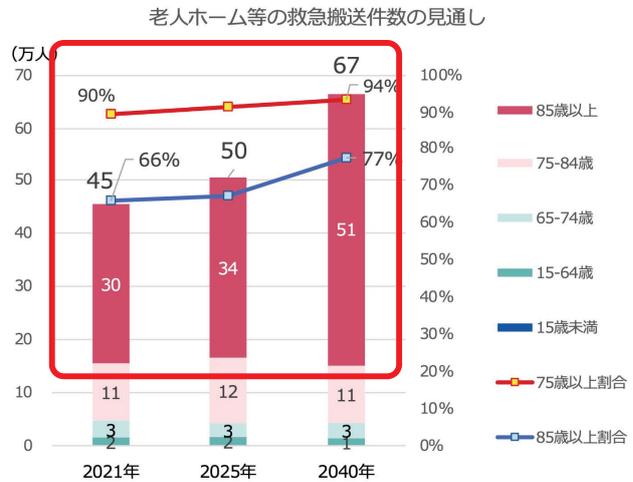
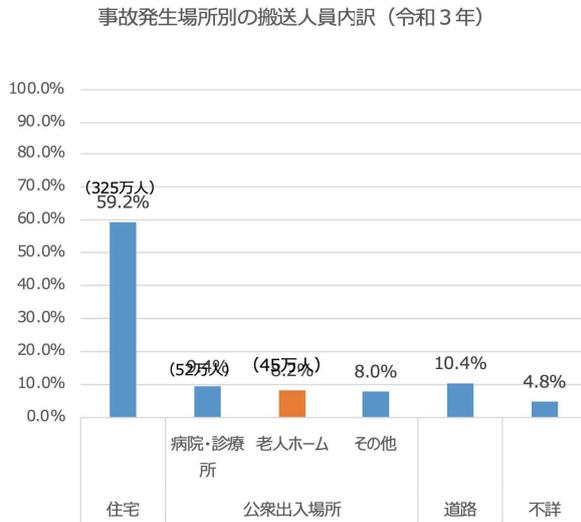
<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成（国）
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定（県）
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始（県）

16

10

老人ホーム等からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成  
 ※老人ホーム：介護老人保健施設等の高齢者向け施設

## 医療機関機能の設定の考え方（案）①

### 【高齢者救急に関する機能】

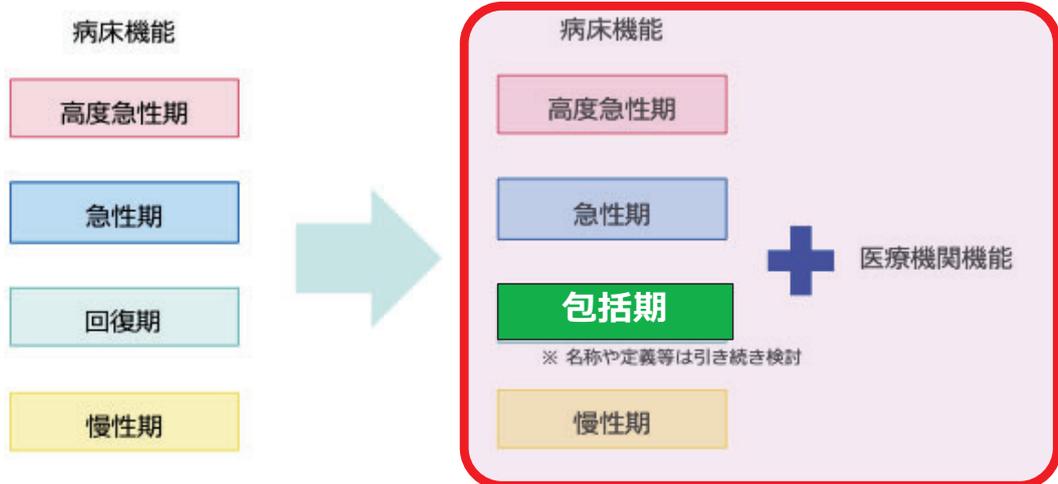
- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、**入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要**となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。**
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、**入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。**

## 病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



19

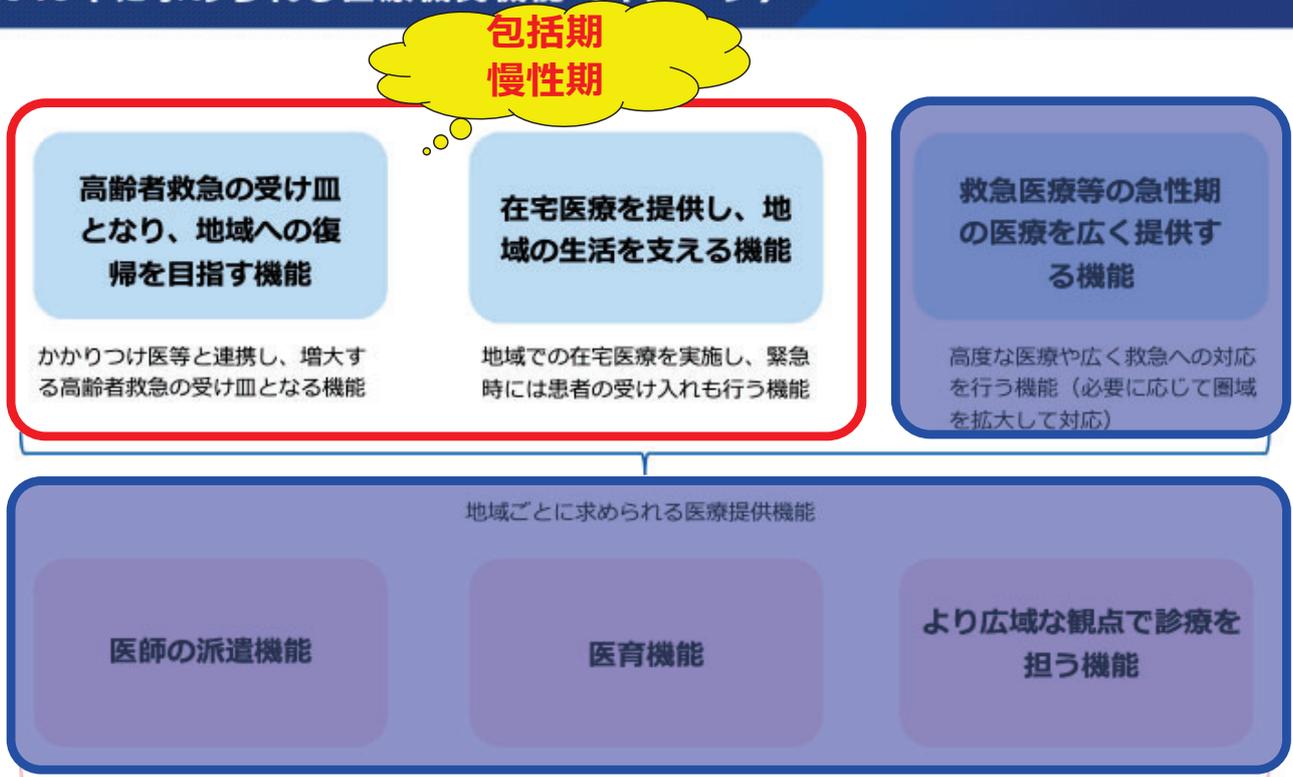
49

## 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月6日

資料1



より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

20

72

# 慢性期医療が担う機能とは！？

- 高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能
- 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能
- 認知症・誤嚥性肺炎・慢性心不全/腎不全等を始めとする「マルチモビディティ」に対応して、必要な医療を一定期間、中長期にわたって提供しながら在宅復帰を目指す機能

この機能は慢性期！？

21

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想に関する検討会資料（一部改）

## 医療機関機能について（案）

### 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

### 地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- |               |   |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。<br>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定                                |
| 在宅医療等連携機能     | 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。<br>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定  |
| 急性期拠点機能       | 地域での持続可能な医療従事者の働き方、医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。<br>※ 報告に当たっては、地域シェア等、地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能         | 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。<br>※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要                |

### 広域な観点の医療機関機能

- 医療及び広域診療機能
  - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割について、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

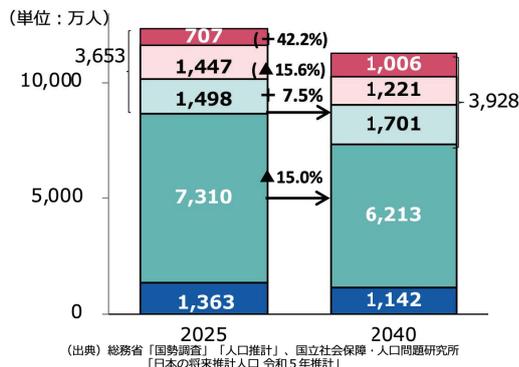
| 区域       | 現在の人口規模の目安   | 急性期拠点機能   | 高齢者救急・地域急性期機能  | 在宅医療等連携機能  | 専門等機能   |
|----------|--|---|--|--|---|
| 大都市型     | 100万人以上<br>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理  | 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保<br>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する                                   | 高齢者救急の対応<br>他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応                  | 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援<br>高齢者施設等からの患者受入等の連携 | 特定の診療科に特化した手術等を提供<br>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能<br>集中的な回復期リハビリテーション<br>高齢者等の中長期にわたる入院医療等 |
| 地方都市型    | 50万人程度   | 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保<br>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する                                 | 高齢者救急の対応<br>手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 | 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施<br>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携  |   |
| 人口の少ない地域 | ～30万人<br>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定 | 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する<br>地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる | 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応<br>手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 | 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供<br>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携     |   |

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

## 2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

### <日本全体の課題（人口構造の変化）>



### <地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



### 大都市型

|   |   |
|---|---|
| <b>医療需要</b><br>○ 地域の人口：横ばい<br>○ 高齢者人口：増<br>○ 在宅医療需要：増<br>○ 外来医療需要：横ばい | <b>生産年齢人口</b><br>○ 一部の地域で増<br>○ 多くは0～30%程度減 |
| <b>課題</b><br>○ 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等                                 |   |

### 地方都市型

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>医療需要</b><br>○ 地域の人口：減<br>○ 高齢者人口：増<br>○ 在宅医療需要：増<br>○ 外来医療需要：減 | <b>生産年齢人口</b><br>○ 0～40%程度減 |
| <b>課題</b><br>○ 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等                               |                             |

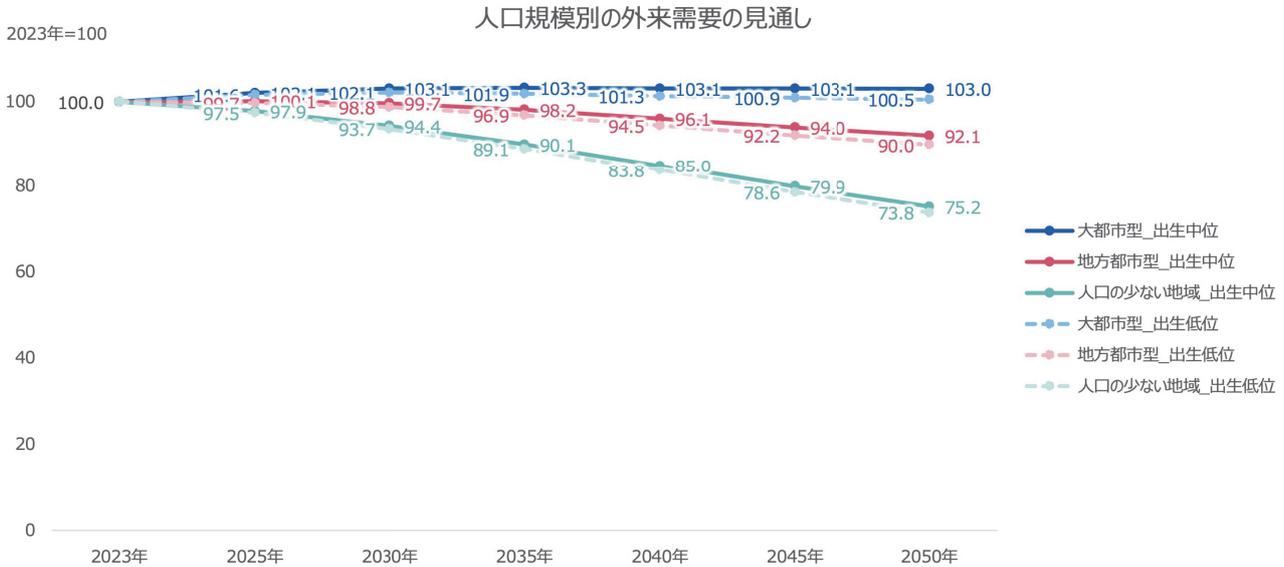
### 人口の少ない地域

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>医療需要</b><br>○ 地域の人口：減<br>○ 高齢者人口：減<br>○ 在宅医療需要：増<br>○ 外来医療需要：減 | <b>生産年齢人口</b><br>○ 10～50%程度減 |
| <b>課題</b><br>○ 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等                               |                              |

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

## 外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少が見込まれる。



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」、「日本の将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

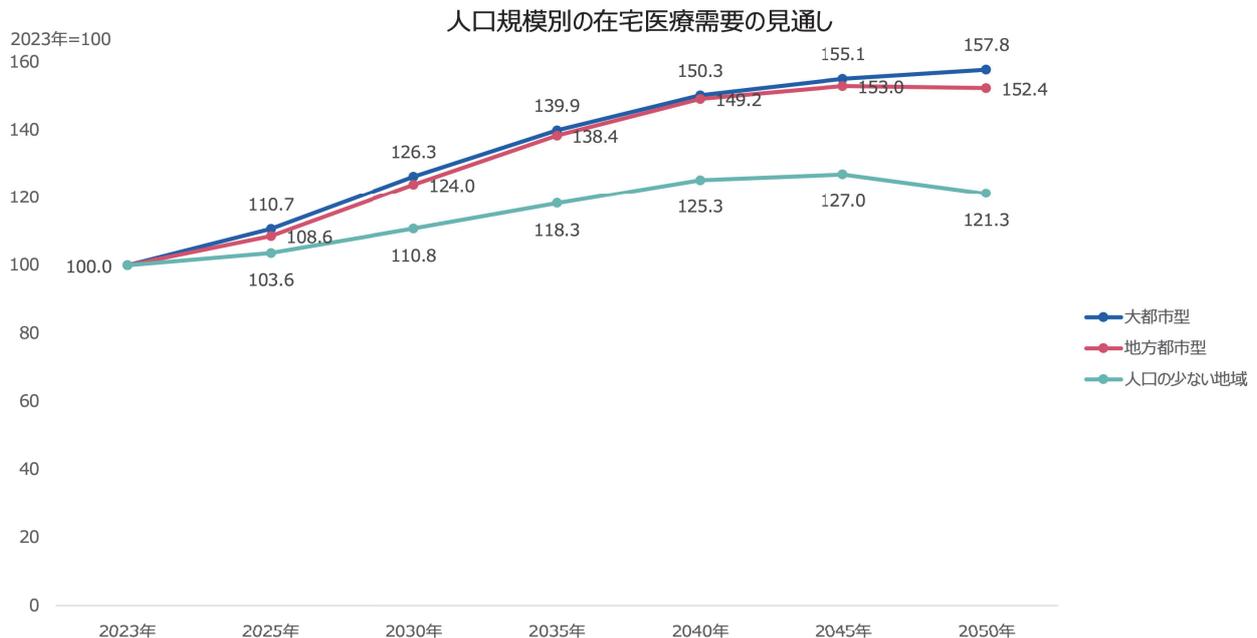
※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

13

25

## 在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

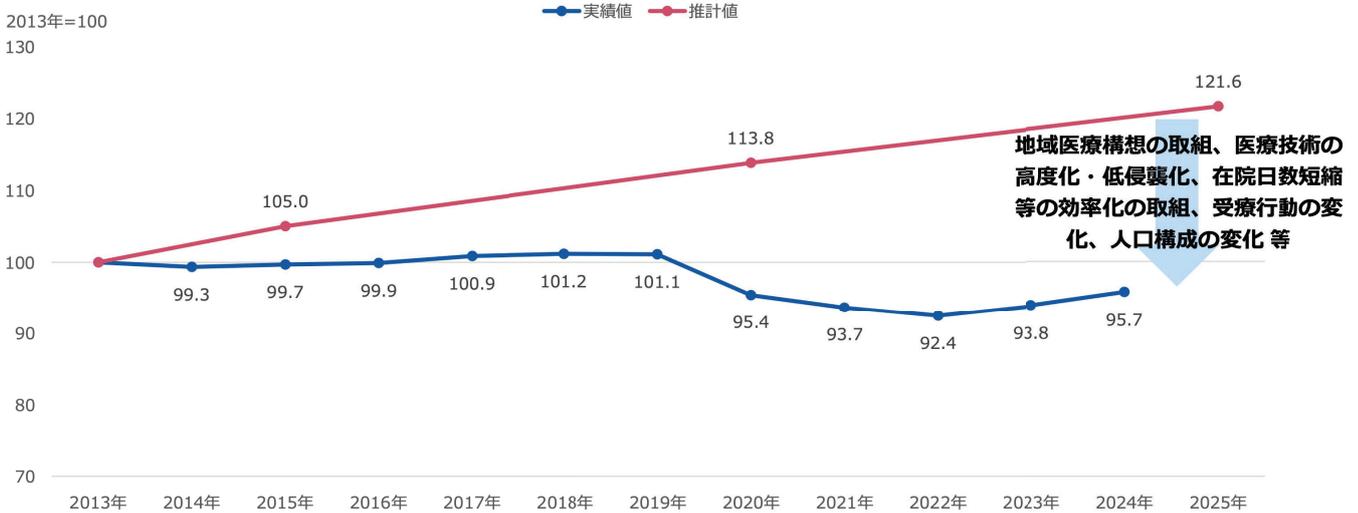
14

26

## 入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。  
 ※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。  
 ※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

## 医療需要の推計・医療需要の設定について（案）

### 改定後の医療法

#### 第三十条の三の三（略）

3 都道府県は、地域医療構想を作成するに当たっては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

### 地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

#### 6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期は92%とする。

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

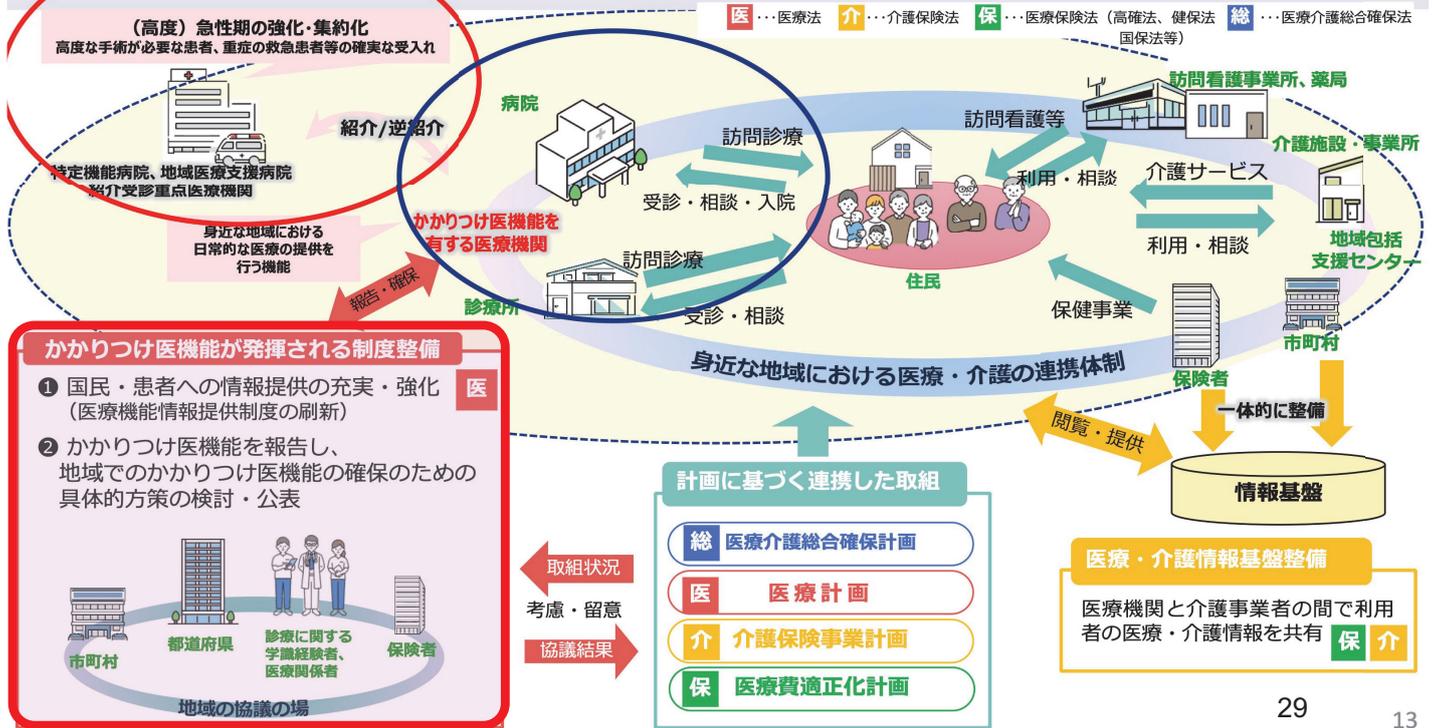
- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

### 論点

- ・ 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果の反映として、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させることとしてはどうか。
- ・ **必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたが、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことが指摘されている。医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%としてはどうか。**
- ・ さらに、今後の医療DXの取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組を進める必要がある。これらの取組による効率化分として必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期+1%（79%、84%）、包括期+2%（89%）、慢性期+0.5%（92.5%）を見込んで算出することとしてはどうか。
- ・ この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関がこの数値を目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

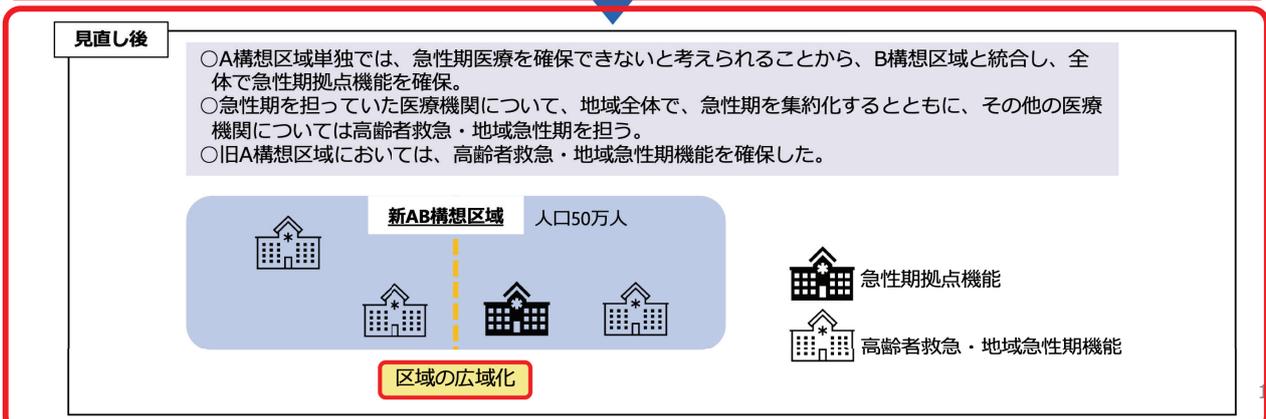
## 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



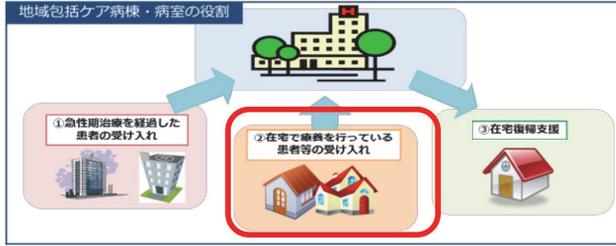
## 人口の少ない地域における構想区域の見直しの例 (圏域の広域化)

- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



# 高齢者救急・地域急性期機能について

- 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



## 85歳以上の頻度の高い傷病名 (※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

| 傷病名                         | 手術 | 割合   | 累積    | 病院数   |
|-----------------------------|----|------|-------|-------|
| 食物及び吐物による肺臓炎                | なし | 5.8% | 5.8%  | 3,726 |
| うっ血性心不全                     | なし | 5.1% | 10.8% | 3,350 |
| コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの | なし | 3.6% | 14.5% | 3,369 |
| 肺炎、詳細不明                     | なし | 2.7% | 17.2% | 3,399 |
| 転子貫通骨折 閉鎖性                  | あり | 2.4% | 19.6% | 2,510 |
| 尿路感染症、部位不明                  | なし | 2.3% | 21.9% | 3,399 |
| 大腿骨頸部骨折 閉鎖性                 | あり | 2.0% | 23.9% | 2,511 |
| 細菌性肺炎、詳細不明                  | なし | 1.6% | 25.4% | 2,615 |
| 体液量減少(症)                    | なし | 1.6% | 27.0% | 3,480 |
| 腰椎骨折 閉鎖性                    | なし | 1.4% | 28.4% | 3,540 |

資料出所：2023年DPCデータ

## 包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名 (※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

| 傷病名 (上位15疾患)                | 件数     | 在院日数 |
|-----------------------------|--------|------|
| 食物及び吐物による肺臓炎                | 37,436 | 25.4 |
| 老人性初発白内障                    | 35,243 | 3.0  |
| 腰椎骨折 閉鎖性                    | 32,609 | 32.1 |
| 大腸<結腸>のポリープ                 | 31,855 | 2.4  |
| 肺炎、詳細不明                     | 27,464 | 22.3 |
| コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの | 25,533 | 20.0 |
| 体液量減少(症)                    | 25,491 | 23.9 |
| うっ血性心不全                     | 23,860 | 24.4 |
| 筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明    | 22,183 | 32.8 |
| 老人性核白内障                     | 21,242 | 2.8  |
| 大腿骨頸部骨折 閉鎖性                 | 21,009 | 29.3 |
| 尿路感染症、部位不明                  | 20,472 | 23.7 |
| その他の原発性膝関節症                 | 18,768 | 21.9 |
| 転子貫通骨折 閉鎖性                  | 18,211 | 31.5 |
| 心不全、詳細不明                    | 15,931 | 26.3 |

# 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ (案)

令和7年10月3日第119回社会保険審議会医療部会資料 (一部改)

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

|                      | 求められる具体的な機能や体制   | 協議のためのデータ  |
|----------------------|--|--|
| <b>急性期拠点機能</b>       | (急性期の総合的な診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療の提供</li> <li>● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> (急性期の提供等にあたっての体制について) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>                        | ○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ件数</li> <li>● 各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>● 医療機関の医師数</li> <li>● 急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>● 医療機関の築年数、設備(例：手術室、ICU)</li> <li>● その他従事者の状況(歯科医師数、薬剤師数、看護師数等)</li> </ul> 等 |
| <b>高齢者救急・地域急性期機能</b> | (高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者に多い疾患の受入</li> <li>● 入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>● 高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ台数</li> <li>● 医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>● 包括期の病床数</li> <li>● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等   |
| <b>在宅医療等連携機能</b>     | (在宅医療・訪問看護の提供) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医療の提供が少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> (地域との連携機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等  |
| <b>専門等機能</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>● 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>● 高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>● 有床診療所の病床数・診療科</li> </ul> 等   |

## 在宅医療を担う医療機関

- 医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
- 在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

|                | 診療報酬上の類型   | 医療計画上の類型  | 医療機関機能  |  |
|----------------|--|---|---|--|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所</li> <li>在宅療養支援病院</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> </ul>  | 在宅医療等連携機能   | <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急・地域急性期機能</li> <li>急性期拠点機能</li> </ul>                                     |
| 在宅医療の提供        | <ul style="list-style-type: none"> <li>単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>自ら24時間対応体制の在宅医療を提供</li> <li>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</li> <li>災害時に備えた体制構築</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる</li> <li>加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受入などが求められる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される</li> </ul>                |
| 在宅療養患者の入院等の受入れ | <ul style="list-style-type: none"> <li>入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>入院機能を有する場合には患者の病状が急変した際の受け入れを行う</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養患者の入院の受け入れを行う</li> <li>高齢者施設等の協力医療機関となる</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれの機能に応じた入院医療を提供</li> <li>また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる</li> </ul> |
| 病床規模           | 病院は200床未満<br>(医療資源の少ない地域では280床未満)  | 特になし  | 特になし  |  |

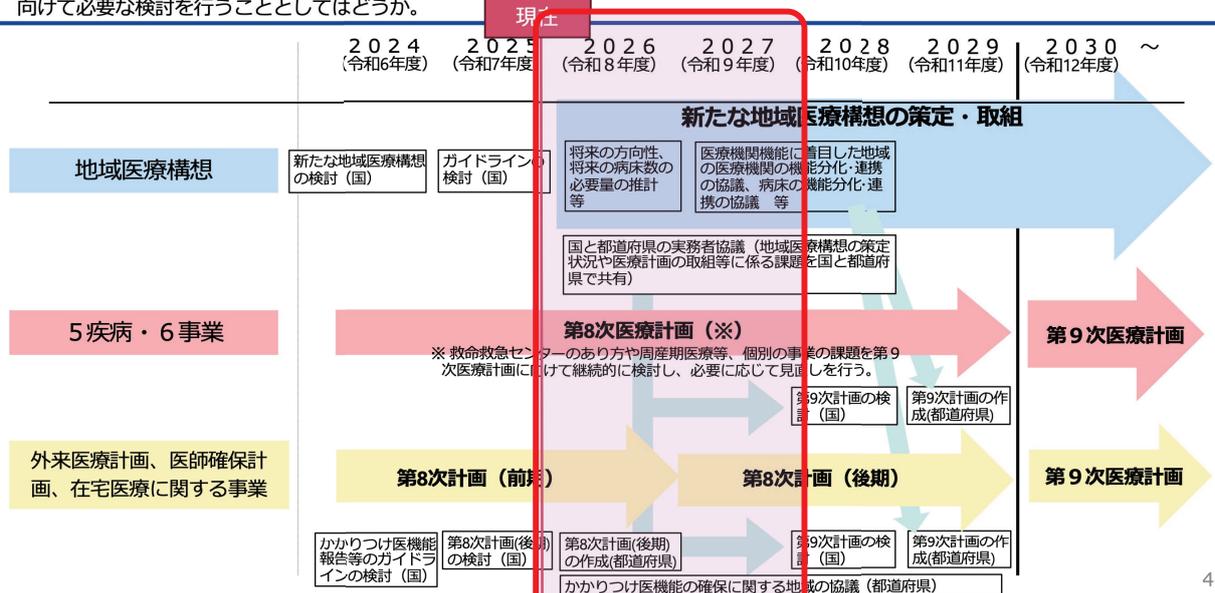
\*在宅療養支援病院については、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと半径4km以内に診療所が存在しない又は200床未満が要件とされている

27

33

## 新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



44

34

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
○ このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
○ かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合かつ継続的に行う機能
・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
○ 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
○ 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
○ 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
○ 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
○ 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

Table with 2 columns: 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第1回） and 資料1. Date: 令和7年1月9日.

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会開催要綱

- 1. 目的
2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中、予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要がある。
2. 検討事項
(1) 人口減少スピード（高齢者人口の変化）の地域差が顕著となる中、サービス需要の変化に応じたサービスモデルの構築や支援体制
(2) 介護人材確保・定着、テクノロジー活用等による生産性向上
(3) 雇用管理・職場環境改善など経営への支援
(4) 介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、認知症ケア等
3. 検討会及び構成員
(1) 検討会の構成員は、学識経験者、経営に係る専門家又は介護等の現場における実践者等の中から厚生労働省老健局長が委嘱する。
(2) 検討会に座長を置き、互選によりこれを定める。座長は検討会を総括する。
(3) 座長代理は、構成員の中から座長が指名する。
4. 検討会の開催
(1) 検討会は、厚生労働省老健局長が構成員の参集を求めて随時開催する。
(2) 検討会は、議論の必要に応じて、適当と認められる有識者等を参考人として招致することができる。
(3) 厚生労働省老健局長は、議論の必要に応じて、厚生労働省及びこども家庭庁の関係部局に出席を求めることができる。
(4) 検討会、その資料及び議事録（以下「検討会等」という。）は公開とする。ただし、公開することにより、個人情報の保護に支障を及ぼすおそれがある場合、知的財産権その他個人若しくは団体の権利利益が不当に侵害されるおそれがある場合又は国の安全が害されるおそれがある場合には、座長は、検討会等を非公開とすることができる。その場合も、非公開である旨及びその理由を明示するとともに、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
5. 検討会に係る庶務
検討会に係る庶務は、厚生労働省老健局総務課が、社会・援護局福祉基盤課、障害保健福祉部企画課、こども家庭庁成育局保育政策課の協力を得て行う。
6. その他
本要綱は、令和7年1月9日より施行する。

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 構成員名簿

令和7年7月25日現在

- 池端 幸彦 医療法人池慶会池端病院理事長
江澤 和彦 医療法人和香会理事長
大屋 雄裕 慶應義塾大学法学部教授
大山 知子 社会福祉法人蓬妻会理事長
笠木 映里 東京大学大学院法政学政治学研究科教授
香取 幹 欄やさしい手代表取締役社長
鈴木 俊文 静岡県立大学短期大学部教授
曾根 直樹 日本社会事業大学社会事業研究所客員教授（注1）
谷村 誠 社会福祉法人みかり会理事長（注1）
津下一代 女子栄養大学教授
中川 亮 日本福祉コンサルティンググループ株式会社代表取締役（注1）
中村 厚 日本クレアス税理士法人富山本部長
◎ 野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院教授
東 憲太郎 医療法人緑の風介護老人保健施設いこいの森理事長
藤原 都志子 前公益社団法人徳島県看護協会 看護小規模多機能型居宅介護あい管理者
松田 晋哉 福岡国際医療福祉大学看護学部教授
○ 松原 由美 早稲田大学人間科学学術院教授
吉田 正幸 保育システム研究所代表取締役（注1）

(◎)は座長、(○)は座長代理 (敬称略、五十音順)

(注1) 令和7年5月9日から参画

(注2) 上記構成員のほか、齋藤正行（株）日本介護ベンチャーコンサルティング代表取締役が令和7年3月9日まで参画

**地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会**

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

**2040年に向けた課題**

- 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

**基本的な考え方**

- ① 「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化
- ② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保
- ③ 人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援
- ④ 地域の共通課題と地方創生（※）

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

**方向性**

**(1) サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等**

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

**【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応**

- ・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- （配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等）
- ・地域の介護等を支える法人への支援

**【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備**

- ・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・包括的在宅サービスの検討

**【一般市等】サービスを過不足なく提供**

- ・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

**(2) 人材確保・生産性向上・経営支援 等**

- ・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上  
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

**(3) 地域包括ケアシステム、医療介護連携 等**

- ・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ  
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

**(4) 福祉サービス共通課題への対応  
（分野を超えた連携促進）**

- ・社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

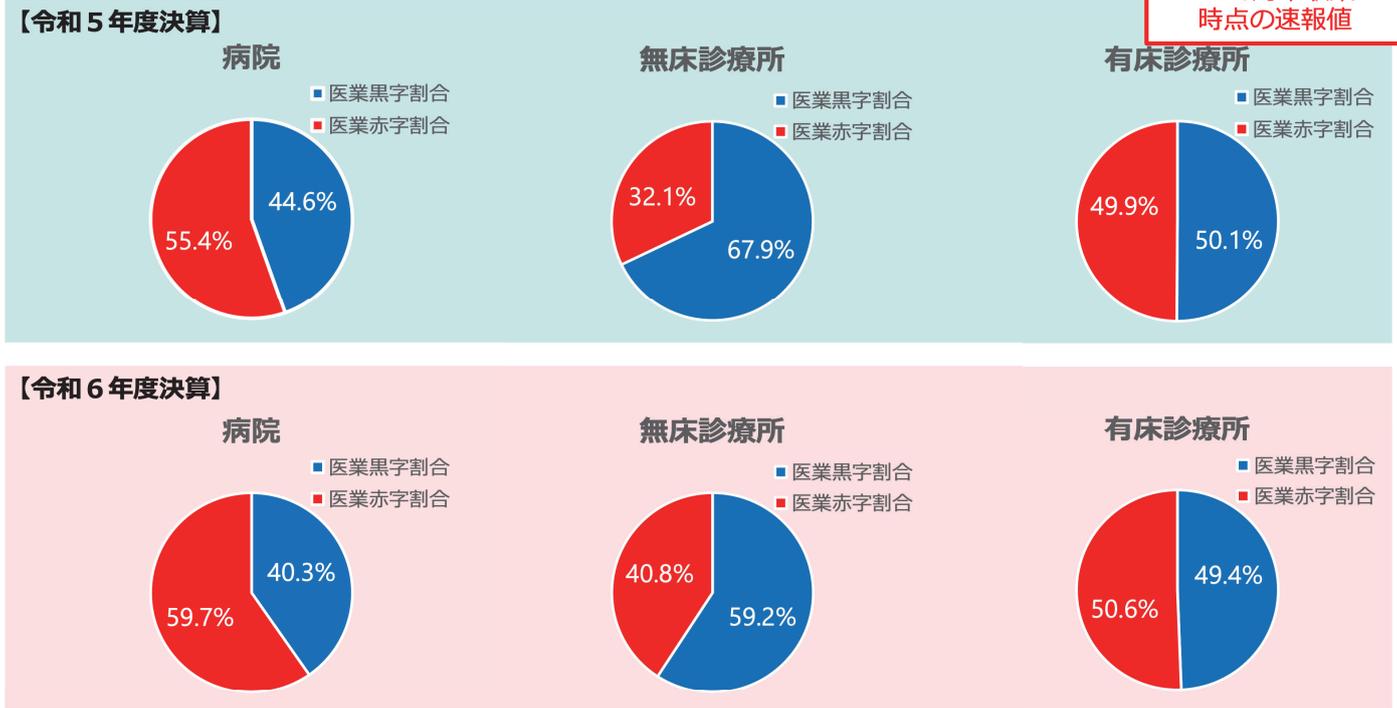
- ・地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

出典：令和7年7月25日「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 資料より

# 令和8年度診療報酬改定率に向けたロビー活動

令和5年度・6年度における病院・診療所の赤字割合（医業収支）

R7.8月末収集  
時点の速報値

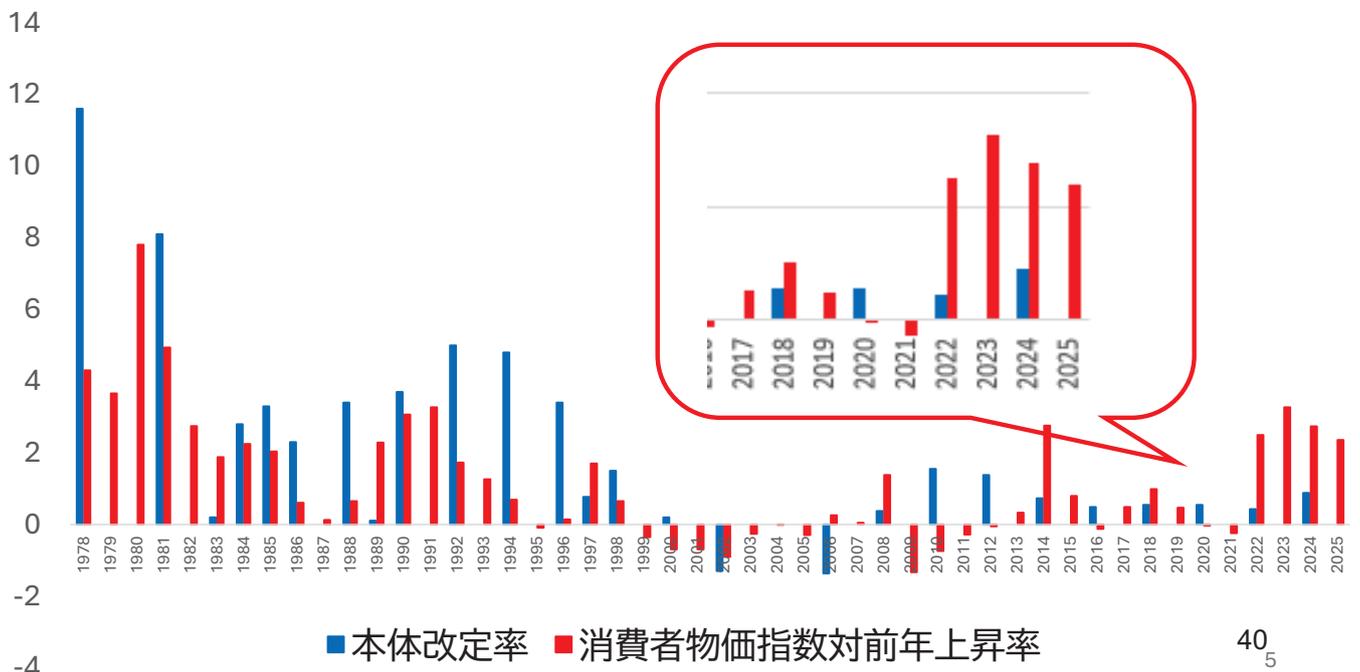


（出典）医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）における、施設別の経営情報

※ R5年度については、制度施行開始日であるR5.8.1以降に決算日を迎えた施設。（R7.3末収集時点）

## 過去の診療報酬本体改定率とインフレ率の推移

- 過去、診療報酬本体改定率とインフレ率は連動していた
- 改定は原則2年に1回のため、改定率が物価上昇率を上回ることが通常
- しかし2022年以降は、物価上昇率と本体改定率が大きく乖離
- 診療報酬財源の確保不足が、現在の病院の危機的経営状況の主要因



## 2026年改定では 物価上昇に対応できる改定率が必要

医療提供コストは年々上昇しています。

物価高騰が続く中、このままでは医療従事者の給与を  
他産業と同じように上げることができません

1. 補正予算による対応は、一時的な止血効果しかありません。
2. 病院への2026年度診療報酬改定率は、**10%超**が必要  
です。

地域医療を守るために  
十分な改定財源確保をお願いします。

1  
41

## 6病院団体が2026年度診療報酬改定などについて緊急要望

2025/09/12



# 国民の医療を守る議員の会 2025.12.2

国会議員約150名、医療関係者・厚労省関係約150名



# 令和7年度補正予算案の概要と 令和8年度診療報酬改定率

令和7年度 厚生労働省補正予算案のポイント資料より

－ 目次 －

**I. 「医療・介護等支援パッケージ」** . . . . . 2

- 「医療・介護等支援パッケージ」 (医療分野) . . . . . 2
- 医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援 . . . . . 3
- 施設整備の促進に対する支援 . . . . . 5
- 福祉医療機構による優遇融資等の実施 . . . . . 6
- 生産性向上に対する支援 . . . . . 8
- 病床数の適正化に対する支援 . . . . . 9
- 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援 . . . . . 10
- 「医療・介護等支援パッケージ」 (介護分野) . . . . . 11
- 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援 . . . . . 12
- 介護事業所・施設のサービス継続に対する支援 . . . . . 13
- 介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等に対する支援 . . . . . 16
- 訪問介護・ケアマネジメントの提供体制確保に対する支援 . . . . . 17
- 「医療介護等支援パッケージ」 (障害福祉分野) . . . . . 22
- 障害福祉分野における賃上げ・テクノロジー導入等に対する支援 . . . . . 23
- 福祉医療機構による優遇融資の実施、社会福祉法人の連携・協働の推進 . . . . . 27
- 医療・介護分野等へのマッチング支援の強化のためのハローワークの体制整備 . . . . . 29

**II. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた支援等** . . . . . 30

- 最低賃金引上げに対応した業務改善助成金による中小企業等の賃上げ支援 . . . . . 30
- 生活衛生関係営業者の物価高騰への対応に向けた価格転嫁の取組支援等 . . . . . 31
- 非正規雇用労働者等が働きながら学びやすい職業訓練の実施 . . . . . 33

**III. 医療・介護の確保、DXの推進、「攻めの予防医療」の推進等** . . . . . 34

- 医師偏在是正に向けたリカレント教育の実施や医師のマッチングへの支援等 . . . . . 34
- 特定行為研修修了者の養成・ナースセンターの活用等による看護師確保の推進 . . . . . 36
- ドクターヘリの運航維持、国民保護事案発生時等における救急・災害医療体制の確保 . . . . . 40
- 周産期医療の連携体制、希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築 . . . . . 43
- 介護支援専門員の確保・資質向上や介護人材の確保・育成、定着に向けた取組支援 . . . . . 44
- マイナ保険証の利用促進に向けた取組 . . . . . 57
- 全国医療情報プラットフォームにおける、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、公費負担医療制度等のオンライン資格確認、予防接種のデジタル化等の推進 . . . . . 58
- 診療報酬改定DXの取組の推進 . . . . . 66
- 自治体検診における医療機関等との連携の推進 . . . . . 67
- 医療安全の向上・物流DXの推進に資する医薬品・医療機器等製品データベース構築 . . . . . 68
- 医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化 . . . . . 69
- 総合的かつ効率的な審査支払機能の運用に向けた国保総合システムの改修 . . . . . 70
- 介護情報基盤の整備や介護テクノロジー開発企業等への支援等に向けた取組の強化 . . . . . 71
- 生涯を通じた歯科健診を行う環境整備の推進 . . . . . 74
- 科学的根拠に基づくがん検診の受診率向上に向けた取組の推進 . . . . . 75
- 女性の健康総合センターを中心とした女性特有の健康課題への対応の推進 . . . . . 76
- 実績のある移植実施施設への支援等による移植医療対策の推進 . . . . . 77

**IV. 創薬力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保や品質・安全性の確保等** . . . . . 78

- 革新的医薬品等実用化支援基金の造成による創薬環境の整備 . . . . . 78
- 後発医薬品製造基盤整備基金の造成による後発医薬品企業の品目統合等に向けた設備投資等の支援 . . . . . 79
- 医薬品卸業者に対する継続的な安定供給のための支援 . . . . . 80
- ファースト・イン・ヒューマン (FIH) 試験実施体制の整備 . . . . . 81
- 再生医療等の臨床研究支援等に係る基盤の体制整備・強化 . . . . . 82
- がん・難病の全ゲノム解析における情報基盤の構築、研究の推進 . . . . . 83
- 革新的医療機器の創出に向けた産業振興拠点の強化 . . . . . 84
- AIを活用した創薬に向けたプラットフォームの整備 . . . . . 85
- 臨床研究中核病院における国際水準の治験・臨床試験対応能力の強化 . . . . . 87
- 抗菌薬等や人工呼吸器の国内在庫の確保等に向けた体制整備への支援 . . . . . 88
- 海外依存度の高い原薬等の供給リスク低減に向けた支援 . . . . . 90
- バイオ後続品の国内生産体制整備計画に対する支援 . . . . . 93
- 血漿分画製剤の確保対策 . . . . . 94
- 薬剤師等を活用した市販薬の濫用防止対策の推進、薬物対策 . . . . . 95

**V. 次なる感染症危機等に備えた体制強化、国際保健への戦略的取組等** . . . . . 97

- 国立健康危機管理研究機構の機能強化 . . . . . 97
- プレパンドミックワクチン、感染症危機対応医薬品等 (MCM) の確保等 . . . . . 98
- CBRNEテロ対策として必要な医薬品の備蓄強化 . . . . . 101
- 関係国際機関等への拠出を通じたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 等の推進 . . . . . 102

**VI. 包摂的な地域共生社会の実現等** . . . . . 110

- 自治体の認知症施策推進計画の策定支援等 . . . . . 110
- 生活困窮者等に対する自立支援の機能強化 . . . . . 111
- 平成25年から実施した生活扶助基準改定に関する最高裁判決への対応 . . . . . 120
- ケースワーカーの業務負担軽減の推進、デジタル技術の活用等 . . . . . 123
- 成年後見制度と権利擁護支援等の連携強化 . . . . . 125
- 地域との連携・協働を図るモデル事業による互助機能の強化 . . . . . 128
- シルバー人材センターによる高齢者就業機会確保に向けた体制整備支援 . . . . . 130
- 自殺対策の強化、困難な問題を抱える女性の地域移行支援の推進 . . . . . 131
- 地域における戦没者の慰霊・戦争体験者の記憶継承の推進 . . . . . 134
- 災害からの復旧・復興に対する支援、医療施設等の耐災害性強化 . . . . . 135
- DWATの養成等による災害時の福祉支援体制の強化 . . . . . 143
- B型肝炎訴訟の給付金等の支給 . . . . . 144

【○「医療・介護等支援パッケージ」(医療分野)】

施策名: 医療・介護等支援パッケージ(医療分野)

令和7年度補正予算案 10,368億円

① 施策の目的

- 経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。
- また、現下の物価上昇を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進のための施設整備等が困難な医療機関に対する支援を実施する。
- さらに、物価上昇の影響を受けた医療機関の資金繰りを的確に支援するため、(独)福祉医療機構による優遇融資等を着実に実施する。
- 賃上げを下支えし、人手不足にも対応するため、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入・活用などの生産性向上に率先して取り組む医療機関を支援する。
- 病床数の適正化を進める医療機関に対しては、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取り組みを加速する観点から、地域の医療ニーズを踏まえ必要な支援を実施する。
- 出生数減少等の影響を受けている産科施設や小児医療の拠点となる施設への支援も実施する。

② 対策の柱との関係

| I |   |   | II |   |   |   |   | III |   |
|---|---|---|----|---|---|---|---|-----|---|
| 1 | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 1   | 2 |
|   | ○ |   |    |   |   |   |   |     |   |

③ 施策の概要

- ア 賃上げ・物価上昇に対する支援【5,341億円(賃上げ1,536億円・物価上昇3,805億円)】
- イ 施設整備の促進に対する支援【462億円】
- ウ (独)福祉医療機構による優遇融資等の実施【804億円(優遇融資を行うための(独)福祉医療機構の財政基盤安定化等・資本性劣後ローンの融資財源)】  
※ 別途、優遇融資の融資財源は財投要求を行う
- エ 医療分野における生産性向上に対する支援【200億円】
- オ 病床数の適正化に対する支援【3,490億円】
- カ 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援【72億円】

④ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療従事者の賃上げ支援を実施することや物価上昇局面においても医療サービスを円滑に実施するための支援等を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名: ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

※医療・介護等支援パッケージ

令和7年度補正予算案 5,341億円

医政局医療経営支援課  
(内線2640)  
医薬局総務課  
(内線4264)

① 施策の目的

医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

② 対策の柱との関係

| I |   |   | II |   |   |   |   | III |   |
|---|---|---|----|---|---|---|---|-----|---|
| 1 | 2 | 3 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 1   | 2 |
|   | ○ |   |    |   |   |   |   |     |   |

③ 施策の概要

経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

(交付額) 医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計  
[補助率10/10]

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- I 医療機関や薬局は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関や薬局に支給
- III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

※ 病院に対しては国からの直接執行を予定

⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

【〇医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名: ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

| 1床あたり | 支援額       |
|-------|-----------|
| 賃金分   | 8.4万円     |
| 物価分   | 11.1万円(※) |

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数(分娩取扱数にあっては3を乗じた数)が800件以上、2,000件以上の病院(救急車受入件数3000件未満に限る)にあっては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

| 1施設あたり | 救急車受入件数<br>1件以上1,000件<br>未満 | 救急車受入件数<br>1,000件以上 | 救急車受入件数<br>2,000件以上 | 救急車受入件数<br>3,000件以上 | 救急車受入件数<br>5,000件以上 | 救急車受入件数<br>7,000件以上 |
|--------|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 救急加算額  | 500万円                       | 1,500万円             | 3,000万円             | 9,000万円             | 1.5億円               | 2億円                 |

※1 三次救急病院にあっては救急車受入件数にかかわらず1億円を加算し、上記のうち1億円未満の加算は適用しない。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

| 1床あたり | 支援額   |
|-------|-------|
| 賃金    | 7.2万円 |
| 物価    | 1.3万円 |
| 合計    | 8.5万円 |

<医科無床診療所・歯科診療所>

| 1施設あたり | 支援額     |        |
|--------|---------|--------|
|        | 医科無床診療所 | 歯科診療所  |
| 賃金     | 15.0万円  | 15.0万円 |
| 物価     | 17.0万円  | 17.0万円 |
| 合計     | 32.0万円  | 32.0万円 |

<保険薬局>

| 1施設あたり | 支援額<br>(1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分) |        |        |
|--------|-----------------------------|--------|--------|
|        | ~5店舗                        | 6~19店舗 | 20店舗~  |
| 賃金     | 14.5万円                      | 10.5万円 | 7.0万円  |
| 物価     | 8.5万円                       | 7.5万円  | 5.0万円  |
| 合計     | 23.0万円                      | 18.0万円 | 12.0万円 |

<訪問看護ST>

| 1施設あたり | 支援額    |
|--------|--------|
| 賃金     | 22.8万円 |
| 物価     | (介護より) |
| 合計     | 22.8万円 |

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、人手不足等の原因

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関、薬局の賃上げや業務効率化による物価の高騰を抑制
- 賃上げや業務効率化の促進
  - ・ 医療従事者の処遇改善
  - ・ 業務の効率化に資するICT等の活用
  - ・ タスク・シェアリングの推進
  - ・ 医師の働き方改革の推進
  - ・ 診療報酬上求める基盤の整備
- 在宅医療の推進
  - ・ 在宅医療の推進
  - ・ 在宅医療の推進
- 外来医療の機能分化と連携
  - ・ 在宅医療の推進
  - ・ 在宅医療の推進
- 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

令和8年度改定率  
3.09%！！

(2) 2040年頃を見据えた医療機関の

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

# 令和8年度医科診療報酬改定の 主なポイントと点数

中医協 総一 8. 1. 9

## 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%）のベ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

# 令和8年度診療報酬改定の概要

## 1. 賃上げや物価への対応

### 賃上げに向けた評価

令和8・9年度での各3.2%（看護補助者・事務職員等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当も可能）

### 物価動向への対応

令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ（自己負担を含む）等

## 2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

### 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し

- 急性期病院一般A/B入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
- 急性期総合体制加算の5類型新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
- 特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）

### 多職種が病棟で協働する体制の評価（10:1⇒7:1相当）

## 3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

### 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し

- 地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
- 回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
- 療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し

### 質の高い包括期入院医療の評価

- 生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
- 身体的拘束の最小化をより組織的に行う際の評価の新設

## 4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

### ICT等の活用による業務効率化・負担軽減

- 見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
  - 生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

## 5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

### 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設

- 医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）

### 診療科偏在対策の推進

- 地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
- 外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

## 6. 外来医療の機能分化・強化等

### 外来の機能分化の推進

- 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
- 特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設

### 外来に係る評価の見直し

- 生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
- 時間外対応加算の引上げ、名称変更

## 7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

### 在宅医療に関する評価の見直し

- 地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価

### 訪問看護に関する評価の見直し

- 同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
- 地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

## 8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

### 救急医療

- 救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
- 救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価

### 小児・周産期医療

- 妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
- 小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可

### 精神医療（続き）

- 急性期病院精神科入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
- 精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組評価、精神科地域包括ケア病棟入院料廃止）

### 医療DX・オンライン診療の評価の見直し

- 電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
- D to P with Nでの訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

53

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（賃上げ・物価対応、急性期等）

## 1. 賃上げ・物価対応

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

### (1) 賃上げに向けた評価

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

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

### (2) 物価対応に向けた評価

- 令和8年・9年度の物価上昇に対応するため「物価対応料」を新設する。

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

### (3) 入院料等の見直し

- 経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療費の抑制、余力の回復・確保のため、入院料等を引き上げる。

(例)  
**急性期一般入院料1** 1,688点 ⇒ 1,874点  
**特定集中治療室管理料1 7日以内** 14,406点 ⇒ 14,980点  
**地域包括ケア病棟入院料1 40日以内** 2,838点 ⇒ 2,955点  
**療養病棟入院基本料1 入院料1** 1,964点 ⇒ 2,035点

### (4) 入院時食事・光熱水費の基準

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

(例)  
**入院時食事療養 (I) (1)** 690円 ⇒ 730円  
**入院時生活療養 (I) (2)** 398円 ⇒ 458円

## 2. 急性期・高度急性期入院医療

- 急性期医療を提供する医療機関を、医療機関の果たす機能に応じて評価し、地域に不可欠な急性期医療を守るとともに、高度機能医療を担う病院や大学病院の特性に配慮する。また内科的救急を評価する観点から、重症度、医療・看護必要度による評価を基準も含めて一部見直す。

### (1) 急性期病院一般入院基本料等の新設

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

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

### (2) 特定機能病院入院基本料の見直し

- 特定機能病院の承認基準変更を踏まえ、区分を見直す。

**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  
**特定機能病院B入院基本料7対1入院基本料（一般病棟）** 2,136点  
**特定機能病院完入院基本料7対1入院基本料（一般病棟）** 2,016点

### (3) 急性期総合体制加算の新設

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する体系に見直す。

**(新) 急性期総合体制加算1 7日以内 (1日につき)** 530点

### (4) 特定集中治療室管理料等の見直し

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

### (5) 多職種が病棟で協働する体制の評価

- 患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供する観点から、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師の協働を評価する。

**(新) 看護・多職種協働加算1 (1日につき)** 277点  
**(新) 看護・多職種協働加算2 (1日につき)** 255点

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

54

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（包括期・慢性期）

## 3. 包括期・慢性期入院医療

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

### (1) 地域包括医療病棟の見直し

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

地域包括医療病棟入院料 3,050点

|                |      |                 |
|----------------|------|-----------------|
| ➔ 地域包括医療病棟入院料1 | 入院料1 | 3,367点          |
|                | 入院料2 | 3,267点          |
|                | 入院料3 | 3,117点          |
| ➔ 地域包括医療病棟入院料2 | 入院料1 | 3,316点<br>(以下略) |

一般病棟入院基本料算定病棟の併設不可

### (2) 地域包括ケア病棟の見直し

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

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(14日まで) 30点

### (3) 回復期リハビリテーション病棟の見直し

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

(新) 回復期リハビリテーション強化体助加算(1日につき) 80点

### (4) 療養病棟入院基本料の見直し

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

### (5) 障害者施設等入院基本料の見直し

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

(新) 看護補助加算(1日につき) 50点

### (6) 質の高い包括期入院医療の評価

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

(新) 包括期充実体制加算(14日まで) 80点

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

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

- 身体的拘束最小化を管理者が組織的に行う場合の評価を新設する。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算(1日につき) 40点

- 入院患者の歯科治療を行う取組の評価を新設する。

(新) 口腔管理連携加算(入院中1回) 600点

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（働き方改革・医師偏在対策等）

## 4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

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

### (1) ICT等の活用による看護業務効率化・負担軽減

- 見守り、記録、医療従事者間の情報共有に関し、ICT機器等の活用により看護業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、1日に看護を行う看護職員の数等の基準について、1割以内の範囲で柔軟化する。

### (2) 医師事務作業補助体制加算の見直し

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

### (3) やむを得ない事情で看護要員が不足する場合

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

## 5. 人口の少ない地域・医師偏在対策等

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

### (1) 人口少数地域で医療提供機能を確保する評価の新設

- 人口少数地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価。

(新) 医療提供機能連携確保加算(入院初日) 600点

- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価。

(新) 医療提供機能連携確保加算(月1回) 50点

### (2) 診療科偏在対策の推進

- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価。

(新) 地域医療体制確保加算2(入院初日) 720点

- 加えて、長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価。

(新) 外科医療確保特別加算 所定点数の100分の15

### (3) 人口・医療資源の少ない地域等におけるその他の対応

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

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（外来・在宅）

## 6. 外来医療の機能分化・強化等

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

### (1) 外来機能分化の推進

- ▶ 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準を20%引き上げるとともに、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を、新たに外来診療料の減算対象患者とする。
- ▶ 診療所又は200床未満の病院が、特定機能病院等から紹介を受けて初診を行う場合の評価を新設する。  
**(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点**
- ▶ 連携強化診療情報提供料について、紹介元・紹介先医療機関の範囲を拡大するとともに、他の医療機関と共同で継続的に治療管理を行う場合でも算定可能とする。

### (2) 生活習慣病管理料の見直し

- ▶ 生活習慣病と関連の乏しい医学管理料等を包括外とする。
- ▶ 簡素化の観点から療養計画書の患者署名を不要とする。
- ▶ 糖尿病管理における眼科・歯科との連携を評価。  
**(新) 眼科（歯科）医療機関連携強化加算 60点**
- ▶ 外来データに基づく、質の高い生活習慣病管理を評価。  
**(新) 充実管理加算 1/2/3 30/20/10点**

### (3) 地域包括診療加算等の見直し

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

### (4) 時間外対応体制加算の見直し

- ▶ 名称を変更するとともに、評価を引き上げる。  
**時間外対応加算 1/2/3/4 5/4/3/1点**  
⇒**時間外対応体制加算 1/2/3/4 7/5/4/2点**

## 7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

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

### (1) 在宅医療充実体制加算の新設

- ▶ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、重症患者の対応体制を有し、地域で在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、改定する。  
**在宅時総合医学管理料**  
**(新) 在宅医療充実体制加算(単一建物患者が1人の場合) 800点**

### (2) 適切な在宅医療の推進

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

### (3) 同一建物に居住する利用者への訪問看護の見直し

- ▶ 同一建物に居住する利用者への訪問看護について、人数及び1月あたりの訪問日数に応じてきめ細やかな評価に見直す。
- ▶ 高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが行う、24時間体制で頻回に行う訪問看護を1日あたりで包括的に評価する項目を新設する。  
**(新) 包括型訪問看護療養費(1日につき)**  
**1 20人未満 8 訪問看護時間90分以上 14,010円**

### (4) 質の高い訪問看護の評価

- ▶ 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価を新設する。  
**(新) 機能強化型訪問看護管理療養費 4 9,030円**

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（その他の重点項目①）

## 8. 重点的な対応が求められる分野

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

### (1) 救急医療

- ▶ 夜間休日救急搬送医学管理料を改定し、救急外来医療を24時間提供する体制の評価を拡充する。  
**(新) 救急外来医学管理料**  
**1 救急搬送医学管理料 1 800点**  
**2 夜間休日救急医学管理料 1 600点**
- ▶ 救急患者連携搬送料について、患者等搬送事業者等を活用した転院搬送や、下り搬送の受入側の評価を行う。  
**(新) 救急患者連携搬送料 1口(1) 1,000点**  
**(新) 救急患者連携搬送料 2イ 800点**

### (2) 小児・周産期医療

- ▶ 妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と、妊娠・産後のケアを一貫して行う体制を評価する。  
**(新) 産科管理加算(1日につき) 病院の場合 250点**
- ▶ 小児の成人移行期医療を小児科以外の診療科が実施した場合、難病外来指導管理料を算定可能とする。

### (3) 精神医療

- ▶ 多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理士の協働を評価する。  
**(新) 精神病棟看護・多職種協働加算(15対1) 196点**
- ▶ 地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。  
**(新) 急性期病院A精神病棟入院料(13対1) 1,162点**  
**(新) 急性期病院B精神病棟入院料(13対1) 1,145点**

- ▶ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を評価する観点から、小規模医療機関又は病床数を削減する医療機関が外来医療や精神科地域包括ケア病棟入院料の廃止

- ▶ **(新) 精神科地域密着多機能体制加算 1(1日につき) 800点**
- ▶ 公認心理師による支援を評価する心理支援加算の対象について、従前のPTSDから、神経症性障害、ストレス性障害等に拡大する
- ▶ 早期診療体制充実加算について評価を見直し、連携体制を有する病院において、診療時間以外の時間の対応が可能な体制が整備されている場合に対する評価を新たに設ける。  
**早期診療体制充実加算 1/2/3(3年以内) 50/20/15点**

### (4) 医療DX・オンライン診療

- ▶ 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等の新たな評価を新設する。  
**(新) 医療DX推進体制加算の廃止**
- ▶ **(新) 電子的診療情報連携体制整備加算**  
**初診時 1/2/3 15点/9点/4点**  
**再診時 2点**
- ▶ D to P with NIについて、訪問看護と同時に実施できるようにするほか、訪問看護を同時に実施せずに患者に看護師等が訪問する場合の評価を新設する。また、訪問した看護師等が検査・処置等を実施する場合の評価を新設する。  
**(新) 訪問看護遠隔診療補助料(1日につき) 265点**  
**(新) 看護師等遠隔診療検査実施料イ/ロ 100点/150点**  
**(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点**  
**(新) 看護師等遠隔診療処置実施料イ/ロ 100点/150点**

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

# 令和8年度診療報酬改定の主な改定項目（その他の重点項目②）

## 8. 重点的な対応が求められる分野

### (5) 入院から外来への移行の評価

- ▶ 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）について、新たな対象手術の追加を行う。  
**短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）**  
**イム K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術**  
**（新）2 組織切除回収システム利用によるもの 16,876点**
- ▶ 特に外来での実施率が高い手術等について、必要な評価の見直しを行うとともに、外来での手術等の実施に一定の実績がある医療機関に限り、入院での実施を評価する。
- ▶ 入院で実施した場合は、病棟で算定されている入院料の種別によらず、すべて短期滞在手術等基本料3を算定する。

### (6) 医療技術の適切な評価

- ▶ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既取組技術の再評価を行う。  
**（新）腹腔鏡下胃腸内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 168,110点**  
**（新）自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法 4,200点**  
**コンピューター断層撮影 1 CT撮影**  
**（新）イ 128列以上の機器による場合（1） 1,100点**
- ▶ ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。  
**（新）内視鏡手術用支援機器加算 15,000点**
- ▶ 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や臓器提供施設・臓器幹旋機関等との連携を評価する。  
**（新）脳死臓器提供体制向上加算 5,000点**  
**（新）臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400**

### (7) 患者にとって安全安心に医療を受けられるための体制の評価

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

### (8) 医薬品の適正使用等の推進

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

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

59

# 令和8年度改定の5本柱

## ① 医療提供体制の持続可能性確保（足元対策）

### ☞ インフレ構造への制度的対応の明確化

- 初再診料・入院基本料の引上げ
- 物価対応料の新設（全領域）
- ⇒R8導入 → R9倍額化の段階設計
- 入院食費・光熱水費基準の引上げ

## ② 人材確保と働き方改革（提供体制維持策）

### ☞ 「人が集まる医療機関」へ報酬配分転換

- ベースアップ評価料の再設計⇒厚く評価し対象を拡大
- 夜勤負担軽減・処遇改善計画の明確化
- ICT・AI活用による業務効率化
- タスクシフト/多職種協働体制の評価新設
- 施設基準の柔軟化

## ③ 2040年を見据えた医療機能再編（構造改革）

### ☞ 病床機能再編を診療報酬で誘導

- 急性期病院一般入院基本料（A/B）新設
- 急性期総合体制加算新設
- 重症度・医療看護必要度見直し
- DPC制度見直し
- 回復期リハ・療養病棟評価再編
- 地域包括医療病棟見直し

## ④ 地域包括ケアシステムの強化

### ☞ 「治す医療」から「治し支える医療」へ

- 在宅療養支援診療所等の機能強化
- 在宅緩和ケア評価見直し
- 退院直後訪問栄養指導新設
- 包括型訪問看護療養費新設等による
- 訪問看護の適正化
- 医師×薬剤師同時訪問推進

## ⑤ 医療DX・データ活用

### ☞ DX未対応機関は相対的に不利な構造

- 医療DX推進体制整備加算見直し
- 電子処方箋活用推進
- オンライン診療評価整理
- データ提出要件強化

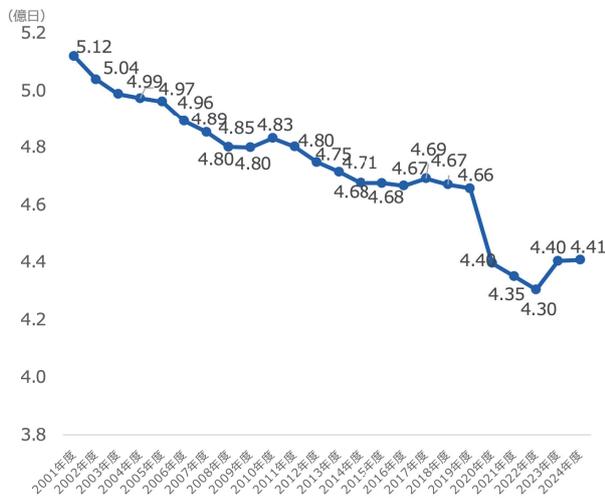
# 入院医療



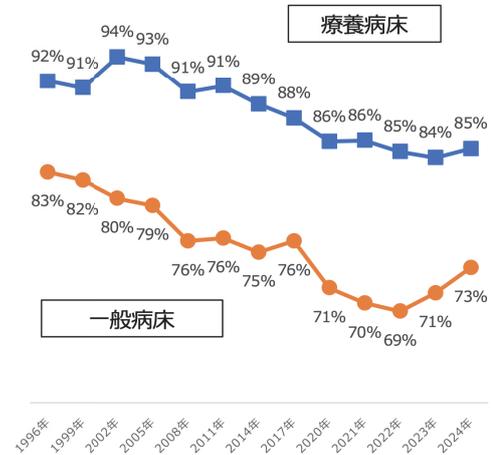
## 近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」(2024年度)

※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

※ 1 療養病床については、平成 8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※ 2 一般病床については、平成 8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、当団体の影響があることに留意が必要

# 患者のニーズ、病院の機能・特性に応じた入院医療の評価

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

## 急性期機能の病院単位での評価

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

## 高齢者の生活を支える「治し、支える医療」の評価

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

## 質の高い手術体制等の評価

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

## 円滑な救急受け入れ等の評価

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

## 質の高い慢性期医療の評価

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

## 入院早期からの生活機能の維持・向上等の取組

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

## 人口の少ない地域の医療体制の確保

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



## 急性期病院一般入院基本料等の評価

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

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

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

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

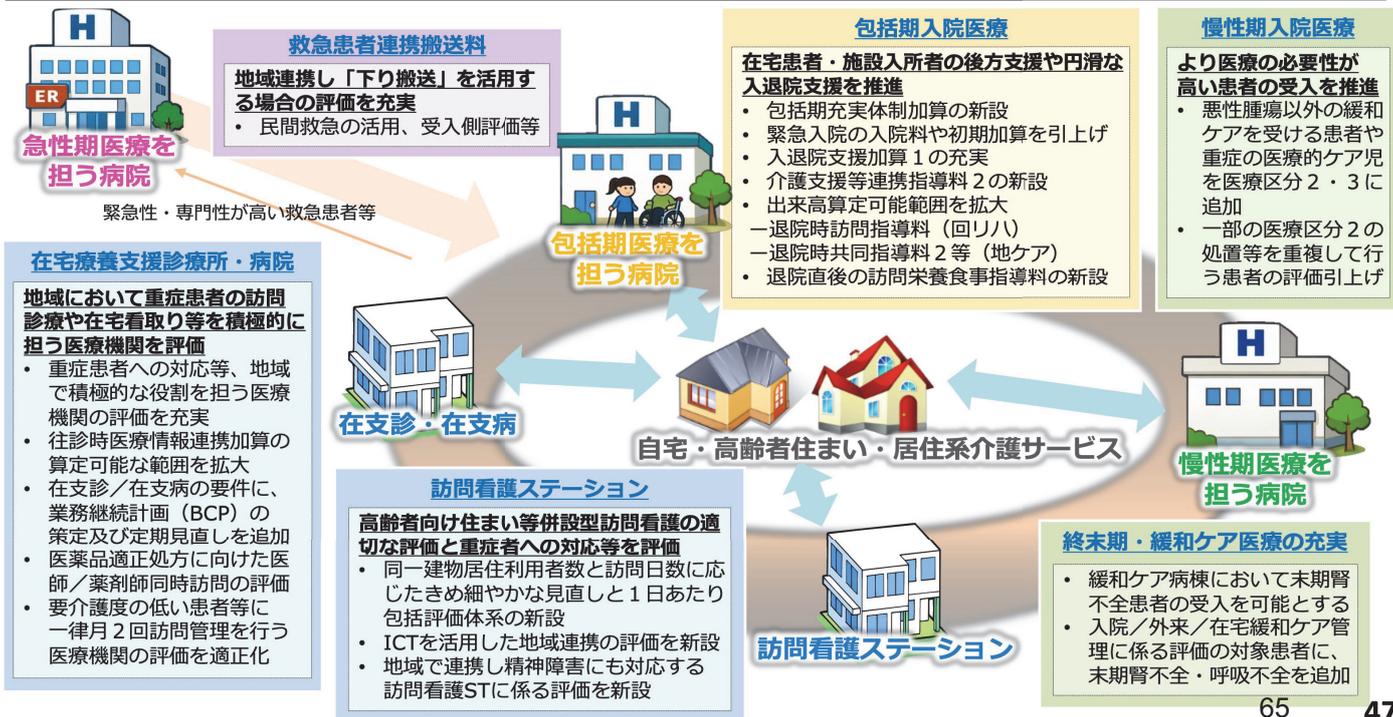
急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上  
割合②A2点以上、又はC1点以上  
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

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

# 2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

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



## 地域包括医療病棟入院料の見直し②

### 地域包括医療病棟の施設基準の見直し

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

|                   | 改定前<br>(変更のない項目は記載を省略)                      | 改定後<br>★経過措置あり   |
|-------------------|---|--|
| 看護職員の配置           |   | 10対1 (7割以上が看護師)  |
| 多職種の配置            |   | 常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名<br>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<br>A3点以上、A2点以上かつ<br>B3点以上、C1点以上 | 以下のいずれかを満たす<br><b>A2点以上、C1点以上</b>  |
| 重症度、医療・看護必要度      | 必要度Ⅰ 16%<br>必要度Ⅱ 15%                        | <b>基準該当患者割合に係る指数</b> (※) として<br>必要度Ⅰ <b>19%</b><br>必要度Ⅱ <b>18%</b> ※該当患者割合+救急搬送応係数 |
| 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   | <b>20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日</b><br>(85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)  |
| 在宅復帰率             |   | 80%以上  |
| ADLが低下した患者の割合     | 5%未満  | <b>7%未満</b> (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)  |
| 同一医療機関の一般病棟からの転棟  |   | 5%未満   |
| 救急搬送後の患者の割合       |   | 15%以上  |
| 届出・併設等不可          | 急性期充実体制加算1又は2<br>特定機能病院<br>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   |
|                   |   | <b>急性期総合体制加算★<br/>一般病棟入院基本料</b><br>特定機能病院、専門病院入院基本料                                |
|                   |   | <b>急性期総合体制加算★<br/>急性期病院A, B入院料★</b><br>特定機能病院、専門病院入院基本料                            |
| 点数                | 3,050点                                      | <b>3,117~3,367点</b> <b>3,066~3,316点</b> <sup>66</sup>                              |

## 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<br>リハビリテーション・栄養・<br>口腔連携加算 |             | (新) A308-3 地域包括ケア病棟<br>リハビリテーション・栄養・<br>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、<br>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        | 専従の療法師 1名、専任の療法師 1名<br>専任の管理栄養士 1名  |   | 病棟の配置職員のみ<br>(療法師 専従2名、<br>管理栄養士 専任1名)   |             | <b>専任の管理栄養士 1名</b><br>+病棟の配置職員<br>(療法師 専従1名)                         |
| 専従者の<br>兼務規定   | 専従者は、他の業務の<br>専従者との兼務は不可  | 専従者は、原則他の業務<br>との専従者との兼務不可<br>だが、 <b>チームに係る加算<br/>の専従者との兼務は可能</b> | 病棟内の入院医療管理料を<br>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<br>算定する病床の専従者との兼務可<br>入院医療管理料の場合、病棟のリ<br>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<br>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<br>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  |   |  |             | <b>入棟患者のうち、3日以内に<br/>開始した患者が6割以上</b>                                 |
| 休日リハ<br>実施割合   | 8割以上  | <b>7割以上</b>   | 8割以上                                     | <b>7割以上</b> | <b>7割以上</b>  |
| ADL低下割合        | 3%未満  | <b>5%未満</b>   | 3%未満                                     | <b>5%未満</b> | <b>—（要件なし）</b>   |
| 褥瘡             | 2.5%未満  |   |  |             |  |
| 疾患別リハの<br>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<br>(14日間)   | <b>150点</b>   | <b>90点</b>  | <b>110点</b>                              | <b>50点</b>  | <b>30点</b>   |

67 52

## 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

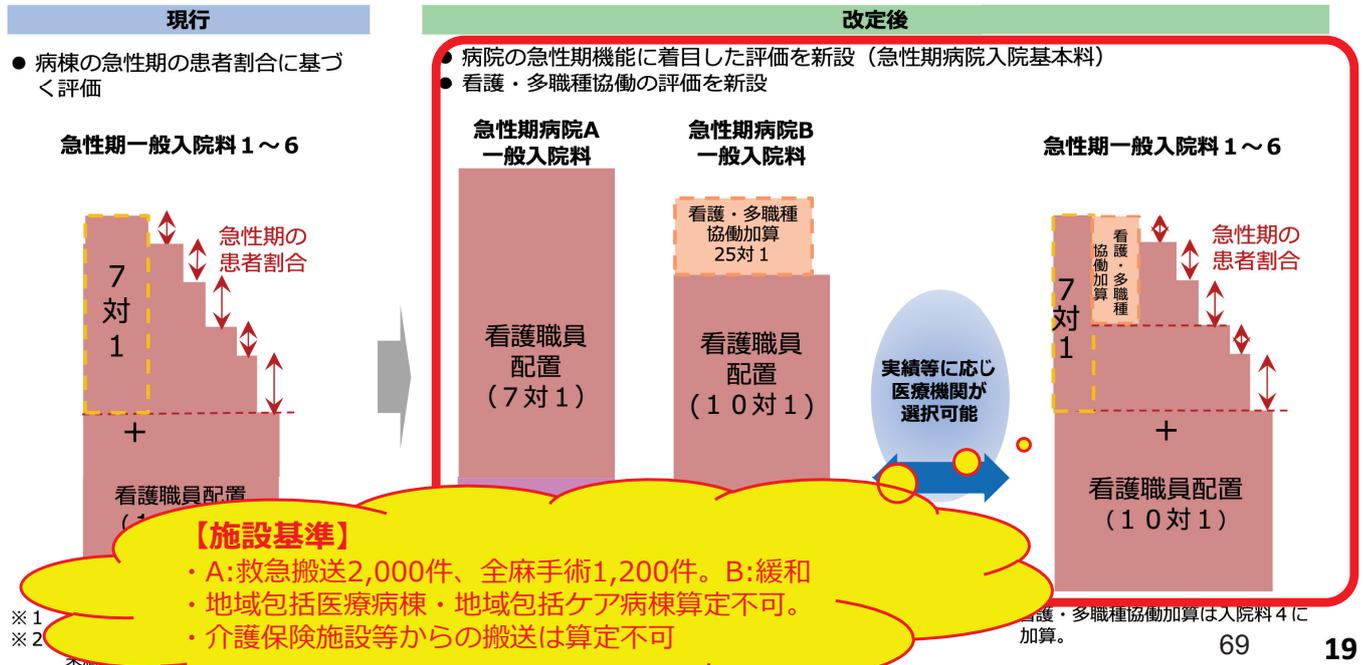
- 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療科及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。



#### 外来医師過多区域に関する対応

## 急性期における評価の見直し

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



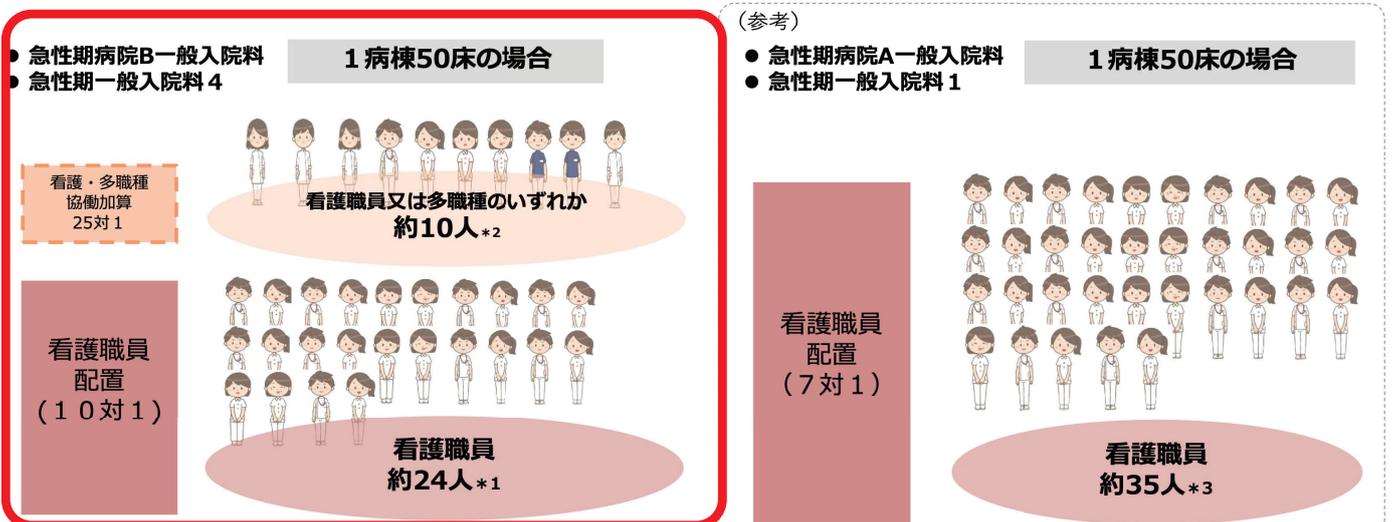
## 看護・多職種協働加算における職員配置の例

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

【施設基準】

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

配置人数の例 (イメージ)



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

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

\*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。  
365日×3勤務=1095勤務帯/年間 365日÷7日=52.142 (年52週)  
週40時間×年52週-休暇や祝日35日×8時間=年間労働時間1,800時間  
必要な看護職員数→1095勤務帯×8時間÷7.2人/1800時間=495.04人 (35人)

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定される施設基準は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 に対して集積性を持っている。

**総合性**

**集積性**

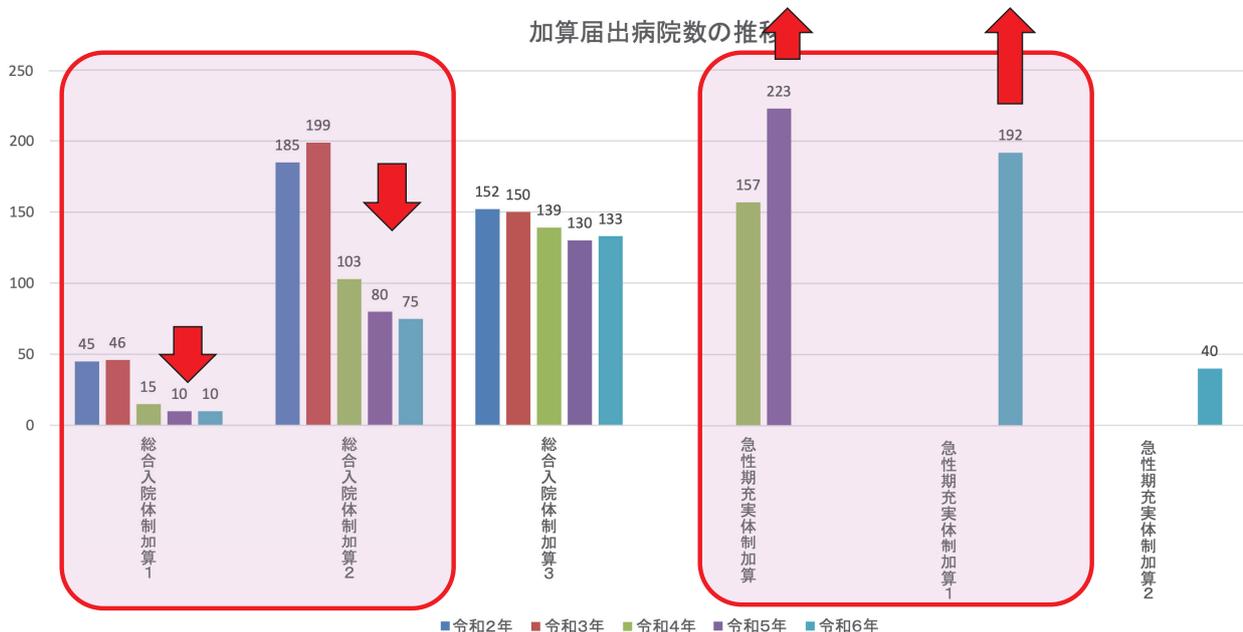
|                  | 総合入院体制加算 1<br>14日間で 計3640点  | 急性期充実体制加算 1<br>14日間で 計4240点   |
|------------------|---|---|
|                  | <b>総合入院体制加算 1 のみの施設基準</b>   | <b>急性期充実体制加算 1 のみの施設基準</b>  |
| <b>救急・手術</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>腹腔鏡下手術：100件/年以上</li> <li>心臓胸部大血管手術(*) 40件/年以上</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>救命救命センター又は高度救命救急センター(急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可)</li> <li>全身麻酔手術件数2000件/年以上</li> <li>悪性腫瘍手術400件/年以上</li> </ul>  |
| <b>総合的な診療体制等</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科(産婦人科)の標榜と入院医療の提供</li> <li>分娩件数 100件/年以上</li> <li>放射線治療 4000件/年以上</li> <li>精神科の24時間対応体制+入院受入体制</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上)</li> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制</li> <li>感染対策向上加算 1</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 の届出</li> </ul>   |
| <b>その他の施設基準</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している</li> <li>重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I：3割3分以上)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1 の届出</li> <li>特定集中治療室管理料等の届出</li> <li>敷地内禁煙に係る取組</li> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退床患者の一般病棟以外への転棟が 1 割未満</li> <li>入退院支援加算 1 又は 2 の届出</li> <li>一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上</li> <li>院内迅速対応チームの設置等</li> </ul> |

注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なっている。

## 総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出病院数

- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和 4 年以降減少傾向にある。
- 急性期充実体制加算の届出病院数は、令和 5 年に223施設まで増加し、令和 6 年には急性期充実体制加算 1 が192施設、急性期充実体制加算 2 が40施設となった。



# 総合性と手術等の実績に応じた拠点的な病院数の分布

○総合性、手術等の集積性に応じて区分した場合の、各加算届出病院の分布は以下の通り。  
 ○総合入院体制加算届出病院でも、急性期充実体制加算の手術等の実績を満たす病院や、急性期充実体制加算届出病院で総合入院体制加算の総合性を満たす病院がある。

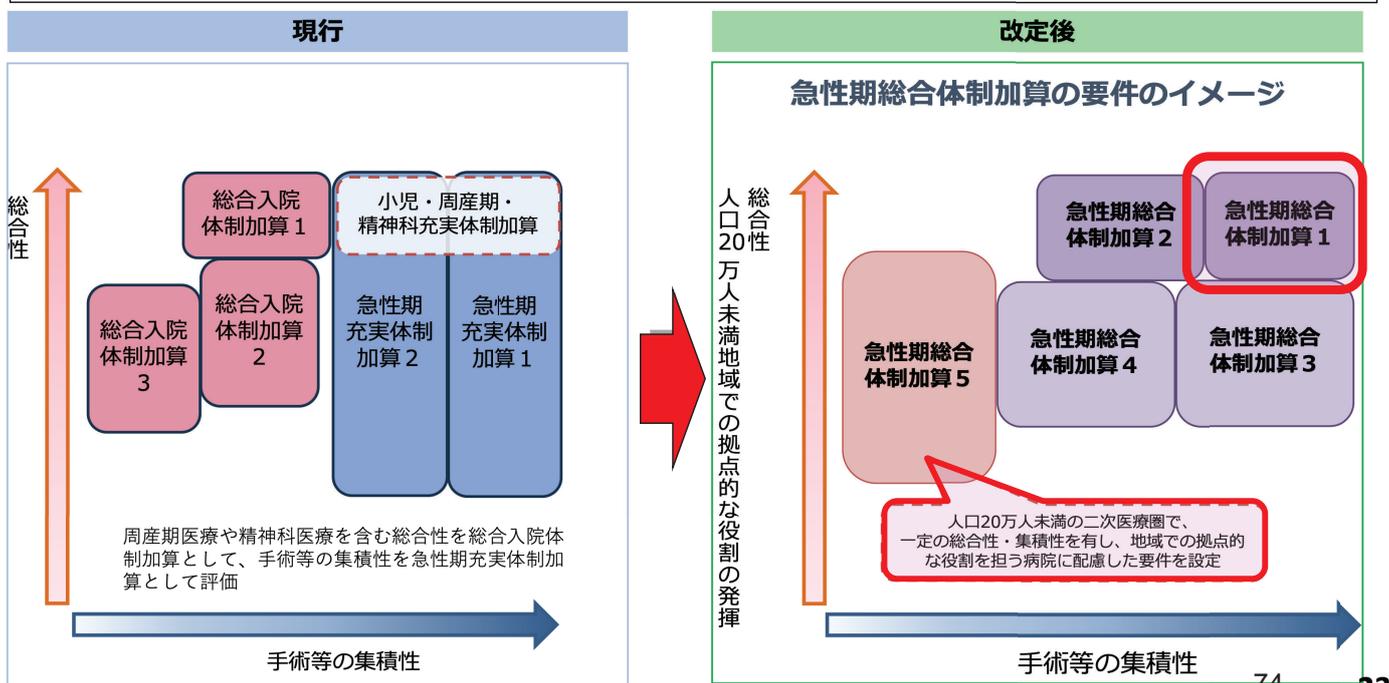


手術等の集積性  
 出典：保険局医療課調べ(令和6年度入院・外来医療等における実態調査、令和5年10月～令和6年9月DPCデータ、令和5年病床機能報告)

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

## 急性期総合体制加算の新設

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



# 急性期総合体制加算の新設

## 急性期総合体制加算の新設

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

| 現行              |      | 改定後             |      |
|-----------------|------|-----------------|------|
| 【総合入院体制加算】      |      | 【急性期総合体制加算】     |      |
| 1 総合入院体制加算 1    | 260点 | 1 急性期総合体制加算 1   |      |
| 2 総合入院体制加算 2    | 200点 | イ 7日以内の期間       | 530点 |
| 3 総合入院体制加算 3    | 120点 | ロ 8日以上11日以内の期間  | 290点 |
| 【急性期充実体制加算】     |      | ハ 12日以上14日以内の期間 | 210点 |
| 1 急性期充実体制加算 1   |      | 2 急性期総合体制加算 2   |      |
| イ 7日以内の期間       | 440点 | イ 7日以内の期間       | 470点 |
| ロ 8日以上11日以内の期間  | 200点 | ロ 8日以上11日以内の期間  | 230点 |
| ハ 12日以上14日以内の期間 | 120点 | ハ 12日以上14日以内の期間 | 150点 |
| 2 急性期充実体制加算 2   |      | 3 急性期総合体制加算 3   |      |
| イ 7日以内の期間       | 360点 | イ 7日以内の期間       | 440点 |
| ロ 8日以上11日以内の期間  | 150点 | ロ 8日以上11日以内の期間  | 200点 |
| ハ 12日以上14日以内の期間 | 90点  | ハ 12日以上14日以内の期間 | 120点 |
|                 |      | 4 急性期総合体制加算 4   |      |
|                 |      | イ 7日以内の期間       | 360点 |
|                 |      | ロ 8日以上11日以内の期間  | 150点 |
|                 |      | ハ 12日以上14日以内の期間 | 90点  |
|                 |      | 5 急性期総合体制加算 5   |      |
|                 |      | イ 7日以内の期間       | 300点 |
|                 |      | ロ 8日以上11日以内の期間  | 120点 |
|                 |      | ハ 12日以上14日以内の期間 | 60点  |

**【施設基準】**  
(急性期総合体制加算 1)

- 急性期病院A一般入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- 総合的かつ専門的な急性期医療及び高度なかつ専門的な医療を提供する十分な体制と実績があること。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。
- 医療従事者の負担軽減・処遇改善に資する体制が整備されていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
- 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと。
- 一般病棟入院基本料等の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等の病床数を除いた9割以上であること。

(急性期総合体制加算 5)

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

## 内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

※調組 入-3  
7.9.11

### 【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスタに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

| 分類                  | 名称(医薬品は成分名)  |
|---------------------|--|
| A6①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) | カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム(遺伝子組換え)等                      |
| A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理     | エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩等                                       |
| C21:救命等に係る内科的治療     | 中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射(腰椎)、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法等 |
| C22:別に定める検査         | 組織試験採取、切探法(心筋)、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管支生検法等                   |
| C23:別に定める手術         | 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取(末梢血幹細胞採取)(自家移植)、内シャント設置術等          |

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した:①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと(内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認)、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



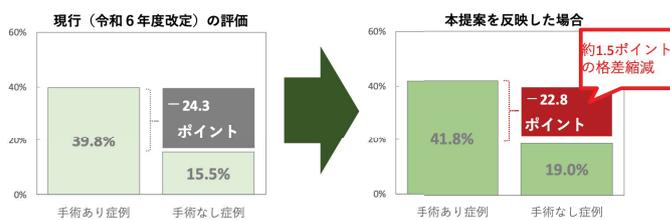
### 【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

### 【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。(図表2参照)

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1:内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A~Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。  
 ※2:内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。(対象期間:平成30年4~9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む)。

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないように、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

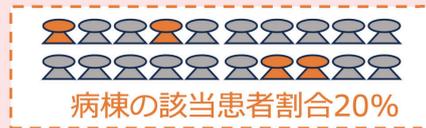
現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送(※)の受け入れによる入院後の該当日数を増やす  
→ 該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないか。

②救急搬送(※)の受け入れを指数化して該当患者割合に合算  
→ 合算した値が増える

(例)



入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないか。

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

## 重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

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

### 割合指数の算出方法

#### 該当患者割合

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

救急患者応需係数：

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

を該当患者割合に加算

#### 割合指数

- 該当患者割合が15%であるため、割合指数<sup>※2</sup>は  $15\% + 5\% = 20\%$  になる。

この割合が、施設基準における**割合指数の基準**を満たす必要がある。

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



(計算例)

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

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

(計算例)

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

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

## 特定集中治療室管理料の見直し②

### 特定集中治療室管理料の医師配置要件の見直し

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

| 現行  | 改定後  |
|---|--|
| <p>[施設基準]</p> <p>【特定集中治療室管理料1・2】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。</li> </ul> <p>【特定集中治療室管理料3・4】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。</li> </ul> <p>【特定集中治療室管理料5・6】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。</li> </ul> | <p>[施設基準]</p> <p>【特定集中治療室管理料1】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有し、<b>特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師</b>を2名以上含むこと。なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。</li> </ul> <p>【特定集中治療室管理料2】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（<b>宿日直を行っている専任の医師を含む。</b>）が常時、<b>原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあつては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）</b>に勤務していること。</li> </ul> <p>【特定集中治療室管理料3】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、<b>原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあつては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）</b>に勤務していること。</li> </ul> |

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

### 地域医療体制確保加算の見直し

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

| 現行   | 改定後   |
|--|---|
| <p>[地域医療体制確保加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療体制確保加算 (新設) 620点</li> </ul> <p>[施設基準]</p> <p>1 地域医療体制確保加算の施設基準<br/>当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。<br/>ア 令和6年度においては、1,785時間以下<br/>イ 令和7年度においては、1,710時間以下 (新設)</p> | <p>[地域医療体制確保加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 地域医療体制確保加算1 620点</li> <li>2 地域医療体制確保加算2 720点</li> </ul> <p>[施設基準]</p> <p>1 地域医療体制確保加算1の施設基準<br/>当該保険医療機関に勤務する対象医師の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。<br/>ア 令和8年度においては、1,635時間以下<br/>イ 令和9年度においては、1,560時間以下</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>2 地域医療体制確保加算2の施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。</li> <li>若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。</li> <li>イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。</li> <li>ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。</li> </ul> </li> <li>特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。</li> <li>イ 各特定診療科の術前後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。</li> </ul> </li> </ul> </div> |

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

### 外科医療確保特別加算の新設

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

#### (新) 外科医療確保特別加算 (1回につき)

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

## 医療技術の適切な評価の全体像

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既収載技術の再評価を行う。
- ロボット手術について、医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、特定のロボット手術年間症例が200例以上である場合に新たな評価を行う。
- 移植医療について、臓器提供機会の確保や移植実施体制強化を推進する観点から、院内の認定ドナーコーディネーターによる同意取得や、臓器提供施設・臓器あっせん機関等との連携を評価する。

### 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| (新) 腹腔鏡下骨盤臓全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) | 168,110点 |
| (新) 自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法             | 4,200点   |
| 冠動脈、大動脈バイパス移植術 3 4吻合以上のもの         | 102,250点 |

- 医療技術の体系的な分類について、STEM 7の分類に基づく解析結果を踏まえ、**整形外科領域のKコードの分類を見直す。**



### 既存技術の評価の見直し

- 外科的手術等の**医療技術について**、適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に**評価を見直す。**



|                              |        |
|------------------------------|--------|
| コンピューター断層撮影 1 CT撮影           |        |
| (新) イ 128列以上の機器による場合 (2) その他 | 1,100点 |
| 経尿道的尿管ステント留置術                | 4,080点 |

- **新規医療材料等**として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| (新) 植込型除細動器移植術 4 胸骨下植込型リードを用いるもの | 24,310点 |
|----------------------------------|---------|

### 高度急性期病院におけるロボット手術の評価

- 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における**医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化**を図る観点から、**悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術**のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が**年間200例以上**である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点



### 移植医療に係る評価の見直し

- 保険医療機関に配置された認定ドナーコーディネーターにより、臓器提供に係る同意取得が行われた場合の評価を新設する。

(新) 脳死臓器提供体制向上加算 5,000点

- 臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、臓器移植実施体制確保加算を新設する。

(新) 臓器移植実施体制確保加算 所定点数の100分の400



# 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

## 内視鏡手術用支援機器加算の新設

➤ 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における**医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化**を図る観点から、**悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術**のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が**年間200例以上**である場合の評価を新設する。

### (新) 内視鏡手術用支援機器加算

15,000点



[加算の対象となる手術 (いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの)]

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍・胸腔鏡下弁置換術手術を含む。)
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
- ・胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)
- ・胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
- ・縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
- ・胸腔鏡下弁形成術
- ・腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術に限る。)
- ・腹腔鏡下噴門側胃切除術 (悪性腫瘍手術に限る。)
- ・腹腔鏡下胃全摘術 (悪性腫瘍手術に限る。)
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (膵体尾部切除の場合に限る。)
- ・腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下直腸切除・切断術
- ・腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術 (褐色細胞腫)
- ・腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下腎盂形成手術
- ・腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)

[主な施設基準]

(1) 以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて**年間200例以上実施**していること。

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術、腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術に限る。)、腹腔鏡下噴門側胃切除術 (悪性腫瘍手術に限る。)、腹腔鏡下胃全摘術 (悪性腫瘍手術に限る。)、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (膵体尾部切除の場合に限る。)、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術 (褐色細胞腫)、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)

(2) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、**関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。**

(3) **内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績 (症例数及び平均在院日数) について、ウェブサイトに掲載していること。** 114

第613回中医協総会 総-3 入院(その1)

## 包括期を担う病棟の施設基準

診療組 入-1  
7.6.13改

|                       | (参考) 急性期一般入院料4                | 地域包括医療病棟  | 地ケア入院料1/3  | 地ケア入院料2/4  |
|-----------------------|-------------------------------|---|--|--|
| 病棟                    | 一般病棟                          | 一般病棟  | 一般病棟又は療養病棟※  | 一般病棟又は療養病棟※  |
| 看護職員                  | 10対1                          | 10対1  | 13対1   | 13対1   |
| 看護師割合                 | 7割以上                          | 7割以上  | 7割以上   | 7割以上   |
| PT/OT/STの病棟配置         | (-)                           | 常勤2名以上  | 常勤1名以上   | 常勤1名以上   |
| 管理栄養士                 | (-)                           | 専任常勤1名以上  | (-)  | (-)  |
| リハ実施                  | 出来高                           | 出来高、専任リハ職は6単位まで                                 | 包括、必要者に2単位以上   | 包括、必要者に2単位以上   |
| ADLの維持向上、栄養管理に資する体制整備 |                               | 要   |  |  |
| 重症度、医療・看護必要度          | A2点以上かつB3点以上、A3点以上、C1点以上のいずれか | A2点以上かつB3点以上、A3点以上、C1点以上のいずれか                   | A1点以上又はC1点以上   | A1点以上又はC1点以上   |
| 看護必要度I                | 16%以上                         |   |  |  |
| 看護必要度II               | 15%以上                         |   |  |  |
| 入院日に特に介助を要する患者        |                               |   |  |  |
| 同一病院一般病棟からの転棟         |                               |   |  |  |
| 自宅等から入院               |                               |   |  |  |
| 自宅等からの緊急入院            |                               |   |  |  |
| 救急搬送                  |                               |   |  |  |
| 平均在院日数                | 21日以内                         |   |  |  |
| 在宅復帰                  |                               |   |  | 72.5%以上/70%以上  |
| その他のプロセス・アウトカム指標      |                               | 48時間以内のADL・栄養・口腔評価<br>土日祝日のリハ提供体制<br>ADL低下が5%未満 |  |  |
| 救急医療                  |                               | 第二次救急医療機関又は救急病院                                 | 200床未満<br>第二次救急医療機関又は救急病院※                                       | 400床未満<br>第二次救急医療機関又は救急病院※                                       |
| 地域との連携                |                               | 25施設以上の協力医療機関                                   |  |  |
| 在宅医療の提供               |                               |   | 6項目のうち2つ以上を提供  | 6項目のうち1つを提供又は★のいずれか  |
| リハビリ届出                |                               | 脳血管及び運動器  | 心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか                                      | 心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか                                      |
| 入退院支援                 |                               | 入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)                       | 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は介護保険法等のサービス事業所) | 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は介護保険法等のサービス事業所) |
| 除外要件                  |                               | 特定機能病院<br>急性期充実体制加算<br>専門病院入院基本料                | 特定機能病院   | 特定機能病院   |

**【在宅医療や介護保健施設の後方支援の更なる評価】**

- 在宅患者支援病床初期加算
- 包括期充実体制加算 (200床未満)
- 入退院支援加算
- 地域包括診療料 (200床未満)

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

# 各病棟における入院患者数上位の疾患

中医協 総-3  
7. 7. 23改

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟と概ね一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例が多かった。

## 【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

急性期一般入院料2-6 n= 559,685例

地域包括ケア病棟 n=100,967例

| 地域包括医療病棟                | 急性期一般入院料2-6             | 地域包括ケア病棟                |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 誤嚥性肺炎 4.2%            | 1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 2.8% | 1 白内障・水晶体の疾患 9.8%       |
| 2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 4.1% | 2 誤嚥性肺炎 2.4%            | 2 小腸大腸の良性疾患 6.6%        |
| 3 腎臓又は尿路の感染症 3.2%       | 3 小腸大腸の良性疾患 2.2%        | 3 胸椎・腰椎以下骨折損傷 3.3%      |
| 4 股関節・大腿近位の骨折 2.6%      | 4 腎臓又は尿路の感染症 2.2%       | 4 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 2.7% |
| 5 心不全 2.5%              | 5 心不全 2.1%              | 5 腎臓又は尿路の感染症 2.4%       |
| 6 胸椎・腰椎以下骨折損傷 2.4%      | 6 股関節・大腿近位の骨折 1.9%      | 6 心不全 2.3%              |
| 7 体液量減少症 2.2%           | 7 白内障・水晶体の疾患 1.8%       | 7 誤嚥性肺炎 2.2%            |
| 8 小腸大腸の良性疾患 2.1%        | 8 胸椎・腰椎以下骨折損傷 1.6%      | 8 体液量減少症 2.0%           |
| 9 その他の感染症（真菌を除く。） 2.0%  | 9 その他の感染症（真菌を除く。） 1.5%  | 9 その他の感染症（真菌を除く。） 1.9%  |
| 10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎 1.6% | 10 体液量減少症 1.3%          | 10 前庭機能障害 1.7%          |

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

85 19

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備-9

## 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

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） **3,050点**

##### 【算定要件】

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

#### 改定後

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

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

##### 【算定要件】

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

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

86 41

## 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<br>(変更のない項目は記載を省略)                      | 改定後  | ★経過措置あり   |
|-------------------|---|--|---|
| 看護職員の配置           |   | 10対1（7割以上が看護師）   |   |
| 多職種の配置            |   | 常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名<br>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<br>A3点以上、A2点以上かつ<br>B3点以上、C1点以上 | 以下のいずれかを満たす<br><b>A2点以上、C1点以上</b>  |   |
| 重症度、医療・看護必要度      | 必要度Ⅰ 16%<br>必要度Ⅱ 15%                        | <b>基準該当患者割合に係る指数</b> （※）として<br>必要度Ⅰ <b>19%</b><br>必要度Ⅱ <b>18%</b> ※該当患者割合+救急搬送応需係数 |   |
| 初日のB項目が3点以上の患者の割合 |   | 5割以上   |   |
| 平均在院日数            | 21日   | <b>20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日</b><br>(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  | 5%未満を原則として、 <b>85歳以上の患者の割合により調整</b>  |   |
| 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<br>特定機能病院<br>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  |
|                   |   | <b>急性期総合体制加算★<br/>一般病棟入院基本料</b><br>特定機能病院、専門病院入院基本料                                | <b>急性期総合体制加算★<br/>急性期病院A, B入院料★</b><br>特定機能病院、専門病院入院基本料 |
| 点数                | 3,050点                                      | <b>3,117~3,367点</b>  | <b>3,066~3,316点<sup>87</sup></b>                        |

42

## 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**

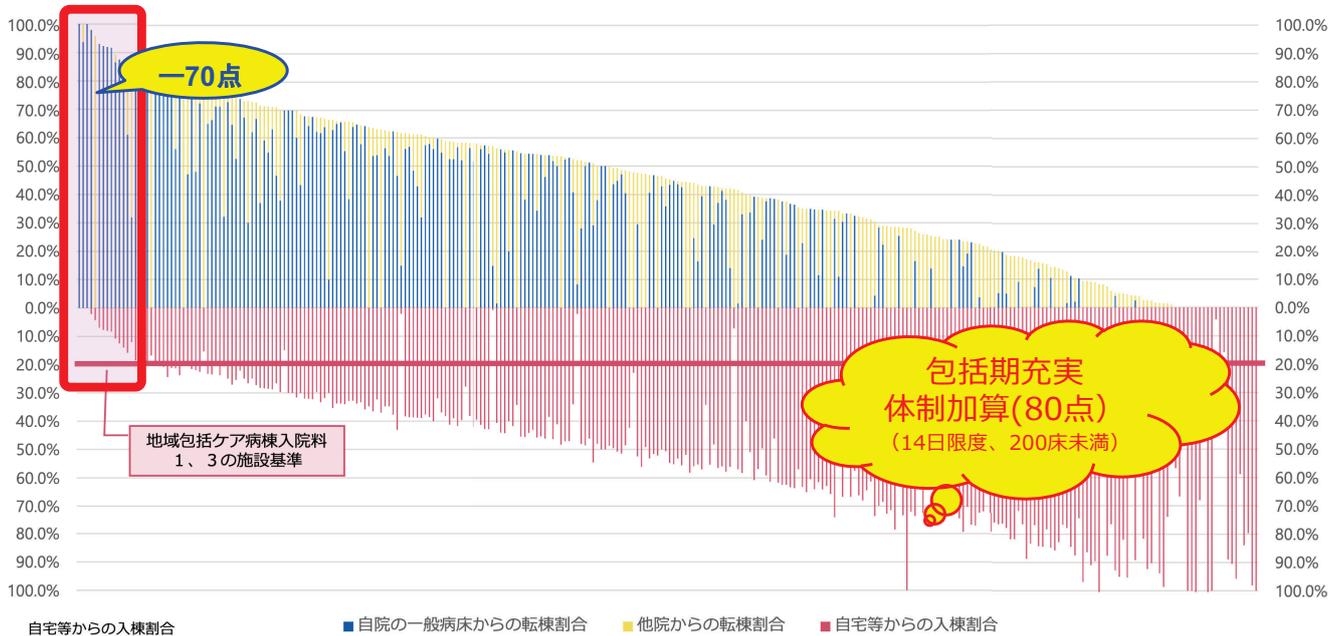
88

46

○ 地域包括ケア病棟において、自宅等からの入棟割合は医療機関ごとにはばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟における入棟元の割合 (N=294)

他病棟からの転棟割合



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病棟調査票 (B票))

令和8年度診療報酬改定 II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援 (緊急入院等) を担う医療機関の評価-③

## 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   |
|---|---|
| <p><b>【在宅患者支援病床初期加算】</b><br/>[算定要件]</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>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</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 480点</p> <p>(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</p> <p>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</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 380点</p> | <p><b>【在宅患者支援病床初期加算】</b><br/>[算定要件]</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>① <b>緊急入院した患者の場合 590点</b></p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 <b>410点</b></p> <p>(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</p> <p>① <b>緊急入院した患者の場合 490点</b></p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 <b>310点</b></p> |

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

## 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

### 包括期充実体制加算の新設

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

#### **(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]

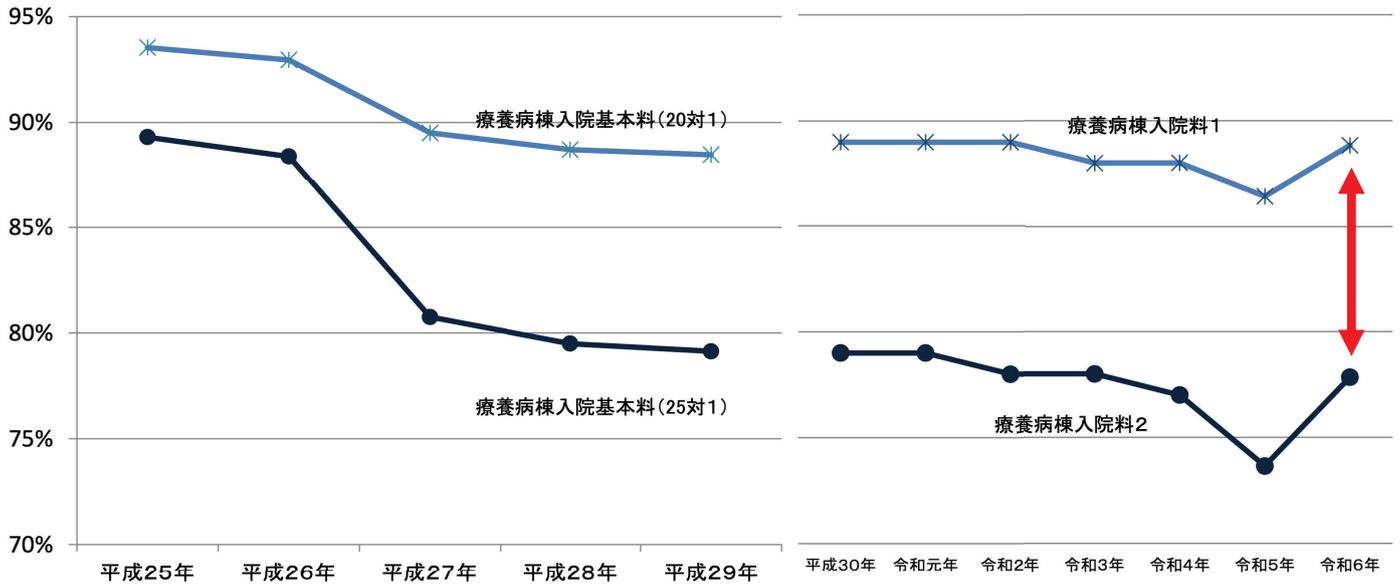
- **許可病床数が200床未満**（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- **地域包括医療病棟入院料**又は**地域包括ケア病棟入院料**を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち**急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院**であること。
- 地域において**高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制**が整備されていること。
- **在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績**を十分有していること。
- 入院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

## 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<br>リハビリテーション・栄養・<br>口腔連携加算 |                | <b>(新) A308-3 地域包括ケア病棟<br/>リハビリテーション・栄養・<br/>口腔連携加算</b>              |
|----------------|---|---|--|----------------|--|
|                | 加算1   | <b>(新) 加算2</b>  | 加算1                                      | <b>(新) 加算2</b> |  |
| 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、<br>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<br>専任の管理栄養士 1名  |   | 病棟の配置職員のみ<br>(療法士 専従2名、<br>管理栄養士 専任1名)   |                | <b>専任の管理栄養士 1名</b><br>+病棟の配置職員<br>(療法士 専従1名)                         |
| 専従者の<br>兼務規定   | 専従者は、他の業務の<br>専従者との兼務は不可  | 専従者は、原則他の業務<br>との専従者との兼務不可<br>だが、 <b>チームに係る加算<br/>の専従者との兼務は可能</b> | 病棟内の入院医療管理料を<br>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<br>算定する病床の専従者との兼務可<br>入院医療管理料の場合、病棟のリ<br>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<br>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<br>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  |   |  |                | <b>入患者のうち、3日以内に<br/>開始した患者が6割以上</b>                                  |
| 休日リハ<br>実施割合   | 8割以上  | <b>7割以上</b>   | 8割以上                                     | <b>7割以上</b>    | <b>7割以上</b>  |
| ADL低下割合        | 3%未満  | <b>5%未満</b>   | 3%未満                                     | <b>5%未満</b>    | <b>＝（要件なし）</b>   |
| 褥瘡             | 2.5%未満  |   |  |                |  |
| 疾患別リハの<br>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<br>(14日間)   | <b>150点</b>   | <b>90点</b>  | <b>110点</b>                              | <b>50点</b>     | <b>30点</b>   |

## 入院料別の病床稼働率の推移（療養病棟入院基本料）

○ 病床稼働率の年次推移は以下のとおりであった。病床稼働率を入院料1と2と比較すると、入院料1は入院料2と比較して高い傾向であった。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点（令和6年度は8月1日時点）の稼働病床で除したもの（令和5年度のみ許可病床で計算）

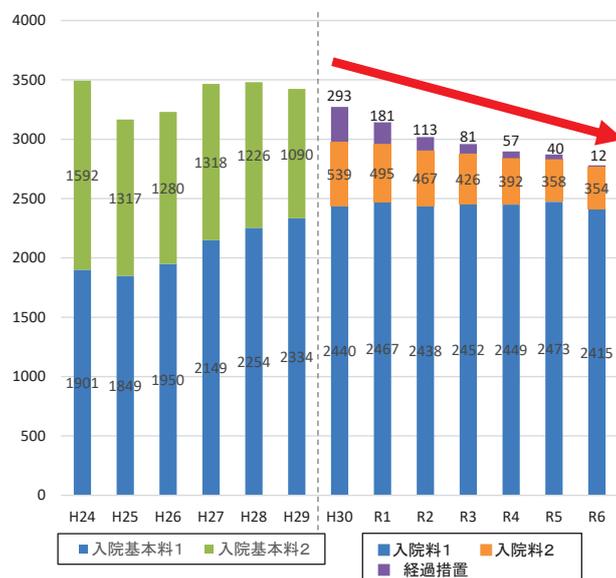
出典：保険局医療課調べ

## 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

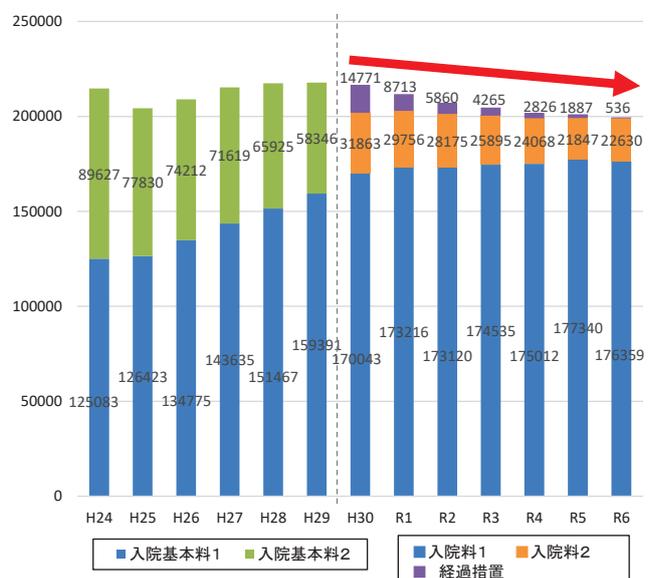
中医協 総-3  
7.7.23

○ 療養病棟入院基本料を届け出る施設数・病床数は、ともにやや減少傾向である。

(施設数) 療養病棟入院基本料届出施設数



(病床数) 療養病棟入院基本料届出病床数



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点、令和6年度は8月1日時点）

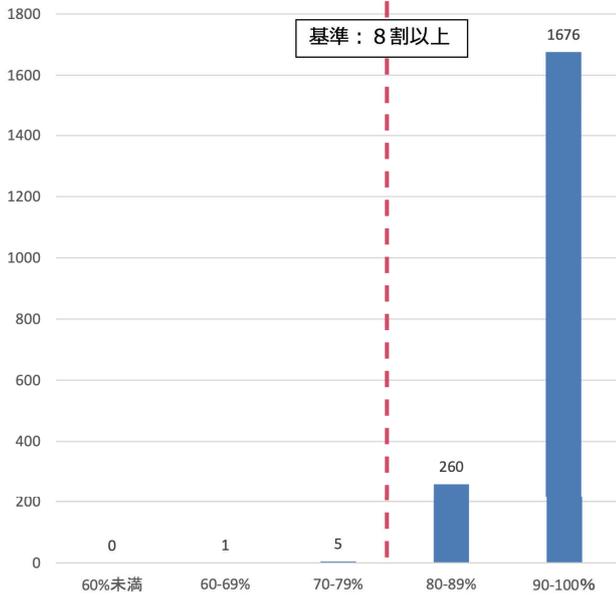
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く。平成30年度・令和1年度の経過措置1・2は合算。

# 療養病棟における医療区分2・3の算定日数

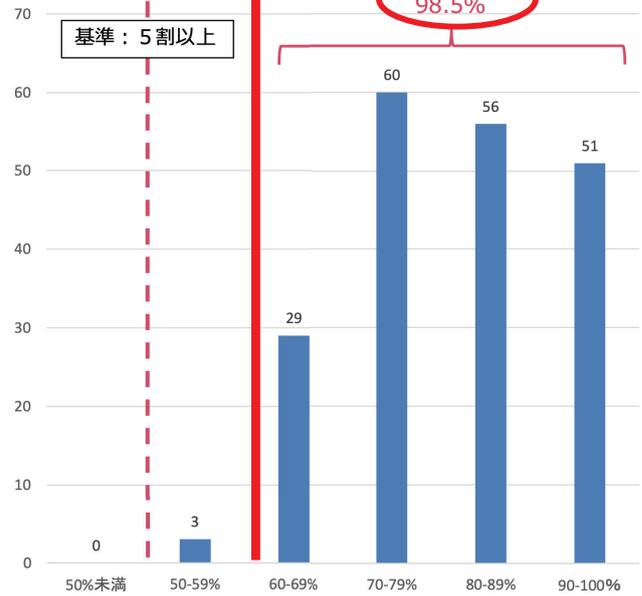
診調組 入-2  
7. 8. 21改

- 医療区分2・3に該当する入院料が算定された割合は以下のとおりであり、療養病棟入院料1・2ともにほとんどの施設で該当割合の基準を満たしていた。
- 療養病棟入院料2では、98%を超える施設で該当患者の割合が6割以上であった。

療養病棟入院料1における医療区分2・3の割合  
(n=1942)



療養病棟入院料2における医療区分2・3の割合  
(n=199)



※入院症例が極端に少ない病棟は除外して集計した。

出典：DPCデータ（2024年6月～12月）

95 17

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

## 療養病棟入院基本料の見直し

### 医療区分の見直し

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

### 求める医療区分2・3割合の見直し

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

#### 現行

##### 【療養病棟入院料2】

【施設基準】

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が**五割以上**であること。

#### 改定後

##### 【療養病棟入院料2】

【施設基準】

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が**六割以上**であること。

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

# 処置の医療区分

○ 処置の医療区分2には、例えば肺炎と褥瘡等、合併しうる病態が含まれている。各項目を病態や治療により分類すると以下のようなカテゴリーに分けられ、「感染症の治療」と「創傷処置」が合併した場合は、それぞれについて独立した治療が行われ、包括範囲の医療資源投入量が増加すると考えられる。

|       | 処置等  |                              |
|-------|--|------------------------------|
| 医療区分3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合には、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）</li> <li>二十四時間持続点滴</li> <li>人工呼吸器の使用</li> <li>ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul> | <p>感染症の治療<br/>+<br/>創傷処置</p> |
| 医療区分2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎に対する治療</li> <li>尿路感染症に対する治療</li> <li>脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> </ul>   |                              |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</li> </ul>  |                              |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管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）</li> <li>酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> <li>人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>一日八回以上の喀痰(かたん)吸引</li> <li>気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）</li> <li>頻回の血糖検査</li> </ul>  | その他の処置                       |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄に対する治療</li> <li>うつ症状に対する治療</li> </ul>  | 精神・神経症状に関する対応                |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul>  | リハビリテーション                    |

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

## 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

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

## 入院基本料等の通則の見直し

### 入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

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

#### 身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

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

#### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

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

### 入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

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

**[施設基準]**

**第五 病院の入院基本料の施設基準等 ー 通則**

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

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。4

## 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**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     |                                |

## 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、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

#### [算定要件]

身体的拘束最小化について質の高い取組を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- 当該保険医療機関において、**身体的拘束の最小化に資する十分な体制**が整備されていること。
- 当該病棟において、**身体的拘束の最小化に関する十分な実績**を有していること。
- 身体的拘束最小化のために**病院全体として取組**を行っていること、**原則として身体的拘束を行わない方針**であること及び**身体的拘束の実施状況**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。
- (3)の掲示事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載**していること。

## 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、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

(新設)

#### 改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

#### (一) 治療食

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

#### (二) 嚥下調整食

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

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<br>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<br>600μのメッシュに通し、なめらかにしたものを  | カレーライス<br>全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたものを   | 棒々鶏<br>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を   | 鮭とほうれん草のグラタン<br>歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたものを   |

(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。

# 1つの病棟において算定可能な特定入院料の種類数の明確化

## 特定入院料の施設基準等の通則の追加

- ▶ 病棟が1看護単位として機能するに当たり、患者割合等の要件が過度に複雑となることを避ける観点から、**1病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を2までと規定**し、通則に明記する。

### 【特定入院料の施設基準等】

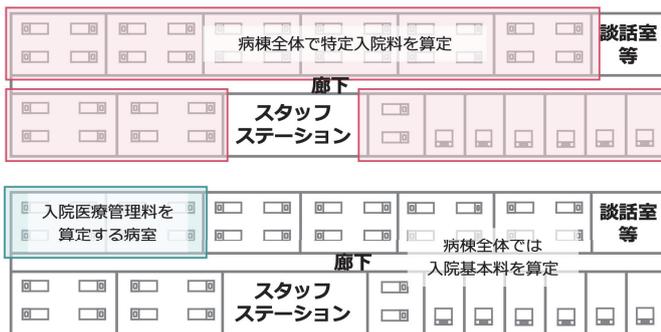
#### [施設基準]

#### 一 通則

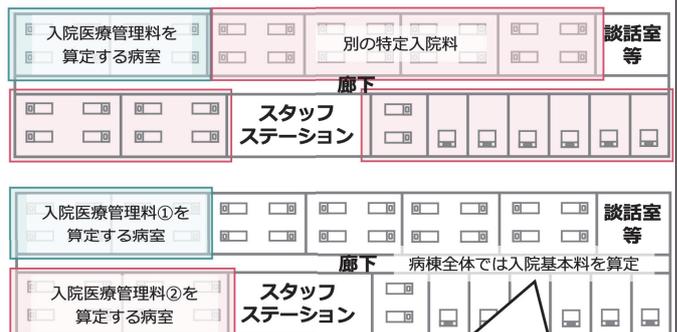
- (4) **一病棟において届け出ることのできる特定入院料の種別は、二までとする。**（経過措置あり）

＜届出可能な病棟構成のイメージ＞

#### 1種類の特定入院料を算定するパターン



#### 2種類の特定入院料を算定するパターン



残りの病室で3種類目の特定入院料を算定することはできない

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

## 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) :  $\frac{\quad}{\quad} = \left[ \left( \frac{A}{\text{配置区分の数}} \right) \times 3 \right]$   
 ※小数点以下切り上げ
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 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) :  $\frac{\quad}{\quad} = \left[ \left( \frac{A}{\text{配置区分の数}} \right) \times 3 \right]$   
 ※**小数第2位切り上げ**
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数  
 ※**小数第2位切り上げ**

107

## 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

### 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

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

#### 現行

- 【病院の入院基本料等に関する施設基準】  
 【施設基準】  
 ○常勤の医師の数  
 ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
- イ〜ウ（略）
- 【診療所の入院基本料等に関する施設基準】  
 【施設基準】  
 ○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
- 【医師事務作業補助体制加算】  
 【施設基準】  
 ○医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。

#### 改定後

- 【病院の入院基本料等に関する施設基準】  
 【施設基準】  
 ○急常勤の医師の数  
 ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が**週31時間以上**であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。**
- イ〜ウ（略）
- 【診療所の入院基本料等に関する施設基準】  
 【施設基準】  
 ○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が**週31時間以上**である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。**
- 【医師事務作業補助体制加算】  
 【施設基準】  
 ○医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が**週31時間以上**である者をいう。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。**この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。**

108

## 令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見①

## (全般的事項)

1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

## (物価対応)

2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

## (賃上げ)

3 賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

## (病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア)

4 看護業務や医師の事務作業等の更なる向上や業務効率化・負担軽減を推進する観点から導入した、看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制、ICT、AI、IoT等の活用による看護職員等の配置基準の柔軟化、専従業務の柔軟化等について、職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保等の観点から、病棟の種別ごとに今回改定による影響を幅広く調査・検証するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

## (入院医療)

5 急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算を新設したことによる影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討すること。

6 特定集中治療室管理料等、高度急性期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、重症度、医療・看護必要度の項目、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

7 救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた高齢者救急受入れや三次救急医療機関の評価の在り方について、介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点も含め、引き続き検討を行うこと。

109 129

## 令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見②

8 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し等、包括期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理、円滑な入退院や早期の在宅復帰等、質の高い入院医療の実現に向けて、これらの病棟の適切な評価の在り方について、引き続き検討すること。また、療養病棟等の慢性期入院医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、在宅医療や介護保険施設等との役割分担や連携等の観点も踏まえ、評価の在り方を引き続き検討すること。

9 DPC/PDPS及び短期滞手術等基本料について、今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

## (人口少数地域の医療・医師偏在対策)

10 人口の少ない地域の外来・在宅医療提供体制の確保のための支援に対する評価や、外科医療確保特別加算の新設等、医師の地域偏在・診療科偏在対策等に係る今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、人口構成の地域差や病院薬剤師を含む医療従事者の偏在等を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

## (外来医療)

11 初診料・外来診療料における逆紹介割合に基づく減算規定の見直しや連携強化診療情報提供料の見直し等、外来機能分化に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、評価の在り方について引き続き検討すること。

12 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）や特定疾患療養管理料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療ガイドラインに沿った質の高い計画的な医学管理が推進されるよう、提供される医療の実態に基づく評価の在り方について引き続き検討すること。

13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、かかりつけ医機能報告制度の施行状況等を踏まえ、評価の在り方を検討すること。

## (在宅医療・訪問看護)

14 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

15 訪問看護について、同一建物居住者への訪問看護の評価の見直しや、一連の訪問看護を1日あたりで包括的に評価する仕組みが新設されたこと等を踏まえ、指定訪問看護事業所の経営状況等の把握や今回改定の検証を行った上で、評価の在り方について引き続き検討すること。また、精神科訪問看護の利用者が増加傾向にある状況を踏まえ、利用者の状態や訪問看護の提供内容等も含め、実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

110 130

## 令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見③

## (精神医療)

16 今回新設された精神科地域密着多機能体制加算の効果・影響等を検証する等、診療に当たって精神保健福祉法に基づく判断や手続きを伴う等の精神医療の特性を踏まえ、引き続き地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について検討すること。また、地域の重度な精神身体合併症患者を診療する役割を担う総合病院精神科に係る評価の在り方について、今回改定の効果検証を行った上で、引き続き検討すること。

## (医療DX・オンライン診療)

17 医療DX（電子処方箋、電子カルテ共有サービス等）、オンライン診療（D to P with D、D to P with Nなど）、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設の活用状況等について調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

## (医療技術の評価)

18 リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直しを行った医療技術を含め、医療技術の適切な再評価を継続的に行うこと。また、今回実施した特定保険医療材料の不採算品再算定やシェアが分散している場合の対応を踏まえ、なお市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分が生じる要因の把握等を行うとともに、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえた革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を、引き続き検討すること。

## (歯科診療報酬)

19 かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の評価の見直しや歯科治療のデジタル化の実施状況、入院患者等に対する医科歯科連携の評価の影響等を調査・検証し、口腔管理や治療の在り方や多職種連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

## (調剤報酬)

20 敷地内薬局の開設状況の変化等に加え、いわゆる門前薬局や医療モール薬局等に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な医薬品提供拠点の在り方も含め、薬局ビジョンを踏まえた薬局・薬剤師の在り方について引き続き検討すること。

21 薬局の都市部偏在に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域支援体制加算・在宅薬学総合体制加算における実績要件や人員要件の在り方も含め、都市部における小規模乱立を解消するための評価の在り方、また、医療資源の少ない地域へ配慮した評価の在り方について引き続き検討すること。

## (長期処方やリフィル処方等)

22 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、積極的な活用策について引き続き検討すること。また、医薬分業の現状やポリファーマシー対策の観点も踏まえた処方の評価について引き続き検討すること。

111 131

## 令和8年度診療報酬改定に係る答申書 附帯意見④

## (後発医薬品の使用促進)

23 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

## (医薬品の保険給付)

24 長期取藏品や食品類似薬について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医薬品の保険給付の在り方について、供給状況や患者の負担増に配慮しつつ、引き続き検討すること。

## (薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度)

25 イノベーションの推進、安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減の観点から、諸外国の動向も踏まえつつ、各制度の在り方について引き続き検討すること。

## (施策の検証)

26 施策の効果や医療の質を含む患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について、引き続き検討すること。

112 132

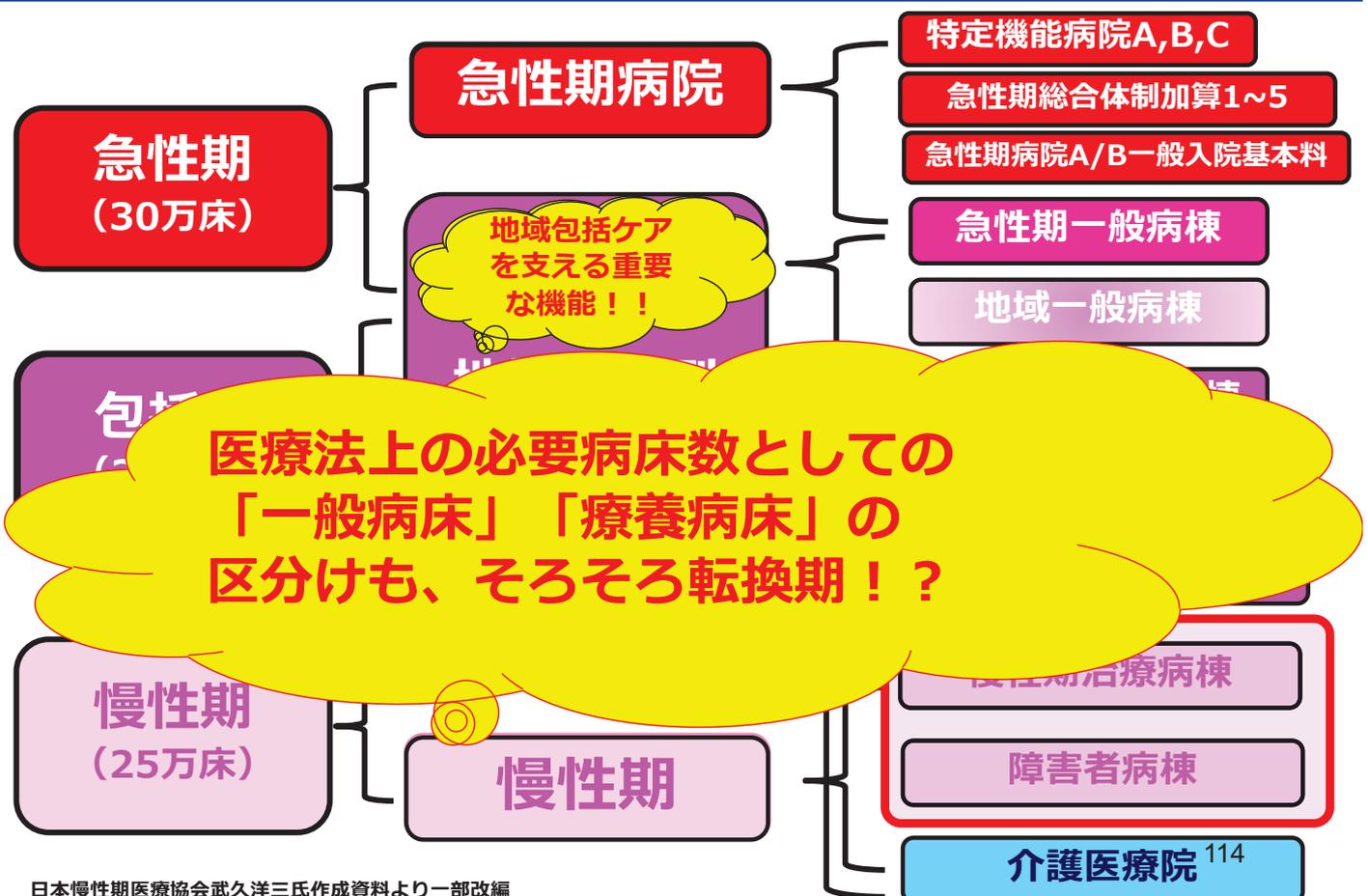
# 改定内容全体からのメッセージ

- 物価・賃金上昇等のインフレ基調への対応
- 働き方改革を含めた人材確保への報酬重点化と基準緩和
- 病床機能/医療機関機能の再編を誘導
- ストラクチャーからプロセス・アウトカム評価へ
- 在宅・地域包括ケアへ資源移動と一部適正化
- 医療DX/データ活用の更なる推進と業務効率化

『R8改定は、医療の持続性確保と2040年医療提供体制の再構築を同時に進める“構造改革改定”』

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

## これからの入院医療の流れ (2040年に向けて)



# R8改定、その心は！？

なんちゃって急性期、

なんちゃって慢性期の淘汰！？

愚痴や批判をしている  
場合ではないかも！？

115

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

これからの病院経営に  
求められるものとは！？

116

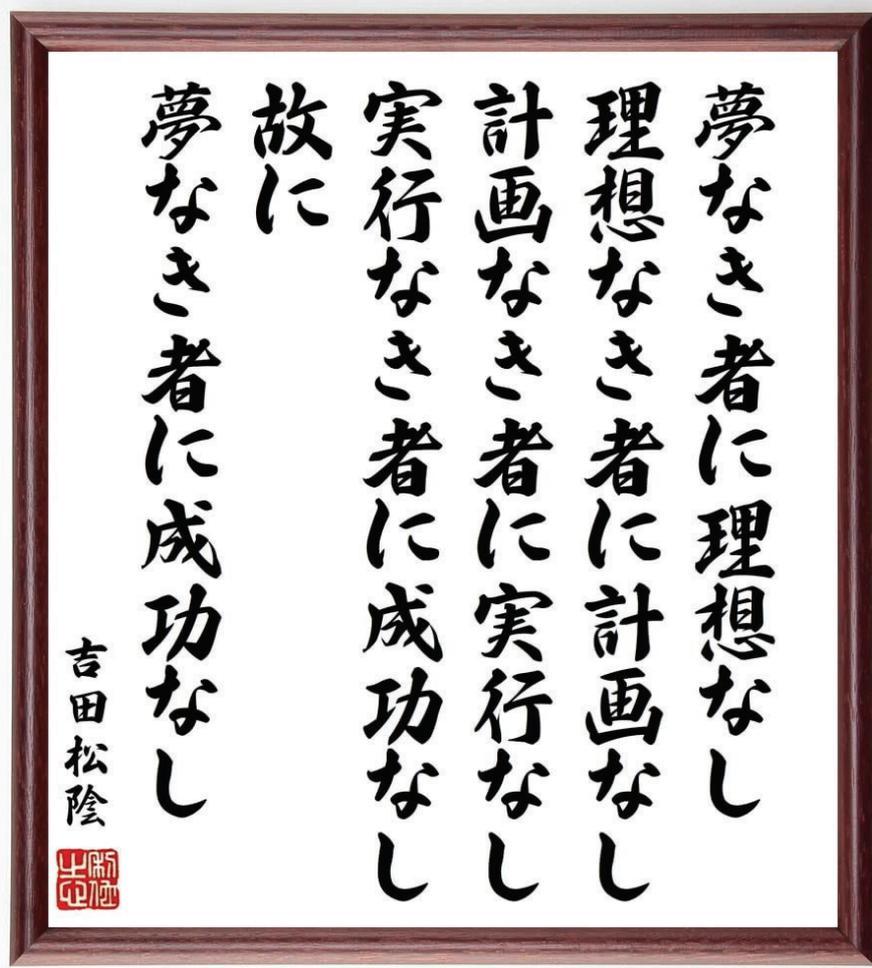
# 経営が良い病院10ヶ条

- ① 明確な**経営理念（ビジョン）**がある
- ② **トップ**の経営方針が「過去踏襲型」ではなく「**未来指向型**」
- ③ 法人の**社会貢献度**が高く、**コンプライアンス**を遵守
- ④ 職員に**財務状況**を包み隠さず**公開**
- ⑤ **院長・看護部長・事務部長**が、互いに**リスペクト**
- ⑥ 職員の**キャリアアップ**に繋がる高い「**医療の質**」がある
- ⑦ **頑張った職員が報われる**人事考課制度がある
- ⑧ **院内研修・院外研修**の適正な予算を確保し積極的に実施
- ⑨ 診療内容に「これだ！」という**得意分野**がある
- ⑩ 必要な**経営管理指標データ**を常に把握

(株) MMオフィス代表 工藤高氏講演より (一部改変)

## そして最後に・・・その心は！？

- **地域包括ケアと地域医療構想は、車の両輪**
- **やりたい医療より、求められる医療を！**
- **医療と介護は、連携から統合へ**
- **診療報酬改定と地域医療構想は、今後も  
力強く寄り添う！**
- **地域住民が、最後の砦**



119

**Act Now for the  
Future**

**～未来のための今～**