

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2026年度診療報酬改定 「個別改定項目(短冊)」から（医科抜粋版）

作成：日医工株式会社 MPSグループ

参考資料： 2026年1月30日 中医協総会資料「個別改定項目について（その3）」
2026年1月28日 中医協総会資料「個別改定項目について（その2）」
2026年1月23日 中医協総会資料「個別改定項目について（その1）」

資料No.20260206-2207

本資料は、2026年1月30日の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 本資料は、厚生労働省および関連する部署が発出する資料をもとに作成した資料です。
- 本資料は、自社医薬品の製品プロモーションに関係する内容は記載しておりません。
- 資料中に薬剤の一般名（成分名）が記載される場合がございますが、自社医薬品を意図した記載ではございません。
- 本資料に引用された図などについては、引用元のポリシーなどを遵守し記載しております。
- 引用された資料等で許諾が必要な場合には、所定の手続きを行い許諾を受けております。
- 本資料には、著作権等がございます。
二次使用につきましては、ご相談等、承りますので下記フォームからお問い合わせください。
なお、フォームの送付のみで使用を許諾するものではございませんのでご注意ください。
- 本資料に関するご質問等は、下記フォームからお受けしております。

ご質問等 受付フォーム：

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/inquiries/new>



お手持ちのモバイル機器からも送信できます ⇒

●本資料は、厚労省が公開した短冊（個別改定項目について）の医科の内容を、短冊順を基本に整理しています

ページ	項目	ページ	項目	ページ	項目
6	初診料	57	入院料等（看護職員確保の取組）	103	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
7	再診料	59	感染対策向上加算	110	急性期総合体制加算
8	一般病棟入院基本料	61	緩和ケア診療加算	119	地域包括医療病棟入院料
9	（新設）急性期病院A・B一般入院基本料	62	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	120	特定機能病院入院基本料
10	特定機能病院入院基本料	63	医療安全対策加算	126	特定集中治療室管理料
13	小児入院医療管理料	64	入院栄養管理体制加算（特定機能病院入院基本料）	136	重症患者対応体制強化加算 （特定集中治療室管理料、救命救急入院料）
14	（新設）物価対応料	65	常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数	137	特定集中治療室遠隔支援加算 （特定集中治療室管理料）
16	食事療養及び生活療養の費用額算定表	66	感染対策向上加算等における専従要件の見直し	139	ハイケアユニット入院医療管理料
18	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の基準等	67	医師事務作業補助体制加算	143	救命救急入院料
19	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	68	摂食嚥下機能回復体制加算	152	広範囲熱傷管理加算（救命救急入院料）
25	入院ベースアップ評価料	70	経腸栄養管理加算（療養病棟入院基本料）	153	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
27	別表● 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5に定める点数	71	心大血管疾患リハビリテーション料	154	地域包括医療病棟入院料
28	看護職員処遇改善評価料 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・（Ⅱ）	73	脳血管疾患等リハビリテーション料	158	回復期リハビリテーション病棟入院料
29	入院料等（継続的に賃上げを実施していない医療機関の減算）	77	地域包括医療病棟入院料	166	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
		79	回復期リハビリテーション病棟入院料	167	退院前訪問指導料
31	急性期総合体制加算	80	回復期リハビリテーション入院医療管理料	168	療養病棟入院基本料
32	看護職員夜間配置加算	81	地域包括ケア病棟入院料	176	障害者施設等入院基本料
33	入院料等通則（ICT等の活用）	83	（新設）急性期病院A・B一般入院基本料	179	除外薬剤・注射薬（基本診療料）
39	医師事務作業補助体制加算	86	（新設）急性期病院A・B精神病棟入院基本料	185	老健で算定できる薬剤
43	入院診療計画書	89	（新設）急性期病院A一般入院基本料 （新設）急性期病院A精神病棟入院基本料	187	DPC／PDPSの見直し
45	入院料等（病棟看護要員の勤務時間）	90	（新設）急性期病院B一般入院基本料 （新設）急性期病院B精神病棟入院基本料	196	短期滞在手術等基本料
46	（新設）看護・多職種協働加算	91	（新設）急性期病院一般入院基本料 （新設）急性期病院精神病棟入院基本料	212	地域加算
48	地域医療体制確保加算	93	人口20万人以下の地域 （急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算）	213	看護補助・患者ケア体制充実加算 （療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料）
52	（新設）外科医療確保特別加算	101	離島の地域 （急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算）	214	医療資源の少ない地域
55	処置・手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	102	急性期一般入院料1	218	（新設）医療提供機能連携確保加算（入院）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

ページ	項目	ページ	項目	ページ	項目
219	(新設) 医療提供機能連携確保加算 (医学管理等)	302	往診時医療情報連携加算 (往診料)	357	在宅自己腹膜灌流指導管理料
221	(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)	303	(新設) 退院後訪問栄養食事指導料	358	入院料等通則 (身体的拘束最小化)
226	離島加算	304	在宅療養支援診療所	365	認知症ケア加算
227	協力対象施設入所者入院加算	311	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	366	医療安全対策加算 医療安全対策地域連携加算 1
229	介護保険施設等連携往診加算	314	在宅療養指導管理材料加算	367	回復期リハビリテーション病棟入院料
231	(新設) 包括期充実体制加算	317	血糖自己測定器加算	373	特定入院料・特定一般病棟入院料
232	地域包括ケア病棟入院料	318	間歇注入シリンジポンプ加算	374	入院基本料等
235	入退院支援加算	319	(新設) 訪問薬剤管理医師同時指導料	375	在宅復帰機能強化加算 (療養病棟入院基本料)
238	入院料等・入退院支援加算	320	地域包括診療加算・地域包括診療料	377	特定入院料
		321	在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料	378	精神病棟入院基本料
240	精神科入退院支援加算	323	機能強化加算、地域包括診療加算、 地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所	380	生活習慣病管理料 (I)
242	医療保護入院等診療料	324	療養・就労両立支援指導料	383	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
243	介護支援等連携指導料	327	初再診料等	384	終夜睡眠ポリグラフ
245	回復期リハビリテーション病棟入院料	329	手術等	385	(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (初診料)
246	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (入院基本料等加算、地域包括医療病棟入院料)	334	麻酔	386	(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (再診料)
250	地域包括ケア病棟入院料	338	(廃止) 遺伝カウンセリング加算・遺伝性腫瘍カウンセリング加算	387	(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (外来診療料)
254	(新設) 口腔管理連携加算	339	(新設) 遺伝性疾患療養指導管理料	388	(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (外来共通)
255	機能強化加算	341	遺伝学的検査	390	診療録管理体制加算
257	生活習慣病管理料	344	出血・凝固検査	391	(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (入院)
264	特定疾患療養管理料	345	検査	392	在宅医療DX情報活用加算
266	地域包括診療加算・地域包括診療料	346	骨塩定量検査	393	(廃止) 医療情報取得加算
281	時間外対応体制加算	347	眼科学的検査	394	オンライン診療 (初診料・再診料・外来診療料)
282	初診料	348	検体検査管理加算	396	(新設) 遠隔電子処方箋活用加算
283	外来診療料	349	(新設) 特定薬剤治療環境特別加算	397	在宅患者訪問看護・指導料、 同一建物居住者訪問看護・指導料
286	(新設) 特定機能病院等紹介患者受入加算	350	特定薬剤治療管理料	398	(新設) 訪問看護遠隔診療補助料
287	連携強化診療情報提供料	351	(新設) 心不全再入院予防継続管理料	401	(新設) 看護師等遠隔診療検査実施料 (新設) 看護師等遠隔診療注射実施料
295	療担 (訪問看護ステーション等との利益収受の禁止)	353	人工腎臓	402	(新設) 看護師等遠隔診療処置等実施料
296	在宅医療充実体制加算	356	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	403	遠隔連携診療料

ページ	項目	ページ	項目	ページ	項目
411	外来栄養食事指導料	462	強度変調放射線治療（IMRT）	516	（新設）臓器移植実施体制確保加算
415	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	466	がん患者指導管理料イ	517	造血幹細胞移植
416	プログラム医療機器等指導管理料	467	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	518	自己抗体検査
417	在宅療養指導管理料	468	がん患者指導管理料	519	細菌薬剤感受性検査
418	退院時リハビリテーション指導料	469	（新設）投与時間鎖式接続器具使用加算（無菌製剤処理料1）	520	感染症免疫学的検査
419	リハビリテーション（通則）	470	緩和ケア診療加算 外来緩和ケア管理料	521	微生物核酸同定・定量検査
421	疾患別リハビリテーション料	472	在宅麻薬等注射指導管理料	523	感染対策向上加算
423	リハビリテーション総合実施計画評価料	473	緩和ケア病棟入院料	524	結核病棟入院基本料
424	（廃止）目標設定等・支援管理料	478	（新設）精神病棟看護・多職種協働加算（精神病棟入院基本料）	527	特定感染症入院医療管理加算
425	リンパ浮腫複合的治療料	480	（新設）精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院入院基本料）	529	特定感染症患者療養環境特別加算
426	早期リハビリテーション加算	481	（新設）精神病棟看護・多職種協働加算 （精神科急性期治療病棟入院料2）	531	一般名処方加算（処方箋料）
428	救急外来医学管理料	482	（新設）精神科地域密着多機能体制加算	533	処方箋料
429	救急外来緊急検査対応加算（救急外来医学管理料）	485	（廃止）精神科地域包括ケア病棟入院料	534	バイオ後続品使用体制加算
430	救急時医療情報取得加算・時間外救急搬送加算 （救急外来医学管理料）	495	精神科リエゾンチーム加算	540	（新設）地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院）
431	救急外来医学管理料	487	（新設）精神科慢性身体合併症管理加算	543	（新設）地域支援・外来医薬品供給対応体制加算（外来）
441	（廃止）院内トリアージ実施料 （新設）院内トリアージ実施体制加算	488	精神科救急急性期入院料 等	546	療担（バイオ後続品）
444	（新設）院内トリアージ実施体制加算	496	精神科急性期医師配置加算	548	長期収載品の選定療養
445	救急患者連携搬送料	498	通院・在宅精神療法	550	検査
449	総合周産期特定集中治療室管理料	500	精神保健福祉士配置加算 （精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、 児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料、 地域移行機能強化病棟入院料）	551	薬剤総合評価調整加算 （廃止）退院時薬剤情報連携加算
452	新生児特定集中治療室管理料	501	心理支援加算	552	処方箋様式
453	難病外来指導管理料	503	認知療法・認知行動療法	553	特定疾患療養管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、 婦人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、 二次性骨折予防継続管理料、小児科外来診療料
454	がんゲノムプロファイリング検査（特定入院料）	509	臨床心理技術者（経過措置）	555	病棟薬剤業務実施加算
455	小児科外来診療料	511	児童思春期支援指導加算	557	医薬品の保険給付（たん白アミノ酸製剤）
456	（新設）産科管理加算	513	早期診療体制充実加算		
457	外来腫瘍化学療法診療料	514	通院・在宅精神療法（オンライン診療）		
461	がんゲノムプロファイリング検査・がんゲノムプロファイリング評価提供料	515	脳死臓器提供管理料		

初診料

物件費の高騰を踏まえた対応

現 行	改 定 案
【初診料】	【初診料】
初診料291 点	初診料●● 点
注 1 情報通信機器を用いた場合253 点	注 1 情報通信機器を用いた場合●● 点
注 2 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合216 点	注 2 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合●● 点
（注 2 のうち、情報通信機器を用いた場合）188 点	（注 2 のうち、情報通信機器を用いた場合）●● 点
注 3 400 床以上の特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合216 点	注 3 400 床以上の特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合●● 点
（注 3 のうち、情報通信機器を用いた場合）188 点	（注 3 のうち、情報通信機器を用いた場合）●● 点
注 4 妥結率が低い場合216 点	注 4 妥結率が低い場合●● 点
（注 4 のうち、情報通信機器を用いた場合）188 点	（注 4 のうち、情報通信機器を用いた場合）●● 点
注 5 同一日に 2 科目目を初診として受診した場合146 点	注 5 同一日に 2 科目目を初診として受診した場合●● 点
（注 5 のうち、情報通信機器を用いた場合）127 点	（注 5 のうち、情報通信機器を用いた場合）●● 点
（注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当する場合）108 点	（注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当する場合）●● 点
（注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当し、情報通信機器を用いた場合）94 点	（注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当し、情報通信機器を用いた場合）●● 点

・これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初診料を引き上げ

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

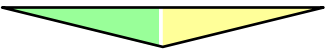
再診料

物件費の高騰を踏まえた対応

現 行	改 定 案
【再診料】 再診料75 点 注 2 妥結率が低い場合55 点 注 3 同一日に 2 科目目を再診として受診した場合38 点 (注 3 のうち、注 2 に該当する場合)28 点	【再診料】 再診料●● 点 注 2 妥結率が低い場合●● 点 注 3 同一日に 2 科目目を再診として受診した場合●● 点 (注 3 のうち、注 2 に該当する場合)●● 点

・これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、再診料を引き上げ

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



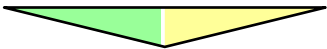
一般病棟入院基本料

物件費の高騰を踏まえた対応

現 行		改 定 案	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
1 急性期一般入院基本料		1 急性期一般入院基本料	
イ 急性期一般入院料 1	1,688 点	イ 急性期一般入院料 1	● ● 点
ロ 急性期一般入院料 2	1,644 点	ロ 急性期一般入院料 2	● ● 点
ハ 急性期一般入院料 3	1,569 点	ハ 急性期一般入院料	● ● 点
ニ 急性期一般入院料 4	1,462 点	ニ 急性期一般入院料 4	● ● 点
ホ 急性期一般入院料 5	1,451 点	ホ 急性期一般入院料 5	● ● 点
ヘ 急性期一般入院料 6	1,404 点	ヘ 急性期一般入院料 6	● ● 点
2 地域一般入院基本料		2 地域一般入院基本料	
イ 地域一般入院料 1	1,176 点	イ 地域一般入院料 1	● ● 点
ロ 地域一般入院料 2	1,170 点	ロ 地域一般入院料 2	● ● 点
ハ 地域一般入院料 3	1,003 点	ハ 地域一般入院料 3	● ● 点
特別入院基本料	612 点	特別入院基本料	● ● 点

・これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、入院基本料を引き上げ

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

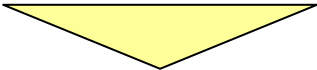


(新設) 急性期病院A・B一般入院基本料

物件費の高騰を踏まえた対応

改 定 案		
(新) 急性期病院一般入院基本料 (1日につき)		
イ 急性期病院A一般入院料		● ● 点
ロ 急性期病院B一般入院料		● ● 点
(新) 急性期病院精神病棟入院基本料 (1日につき)		
イ 急性期病院A精神病棟入院料		
(1) 10対1 入院基本料		● ● 点
(2) 13対1 入院基本料		● ● 点
(3) 15対1 入院基本料		● ● 点
ロ 急性期病院B精神病棟入院料		
(1) 10対1 入院基本料		● ● 点
(2) 13対1 入院基本料		● ● 点
(3) 15対1 入院基本料		● ● 点

・高度機能医療等を担う急性期病院一般入院基本料等については、初・再診料等の引き上げに加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする



特定機能病院入院基本料

物件費の高騰を踏まえた対応

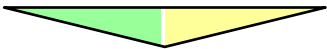
現 行	改 定 案
【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] (新設) 1 一般病棟の場合 イ 7対1 入院基本料 1,822点 ロ 10対1 入院基本料 1,458点 2 結核病棟の場合 イ 7対1 入院基本料 1,822点 ロ 10対1 入院基本料 1,458点 ハ 13対1 入院基本料 1,228点 ニ 15対1 入院基本料 1,053点 3 精神病棟の場合 イ 7対1 入院基本料 1,551点 ロ 10対1 入院基本料 1,393点 ハ 13対1 入院基本料 1,038点 ニ 15対1 入院基本料 948点	【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 1 特定機能病院A入院基本料 イ 一般病棟の場合 (1) 7対1 入院基本料 ●●点 (2) 10対1 入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 (1) 7対1 入院基本料 ●●点 (2) 10対1 入院基本料 ●●点 (3) 13対1 入院基本料 ●●点 (4) 15対1 入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 (1) 7対1 入院基本料 ●●点 (2) 10対1 入院基本料 ●●点 (3) 13対1 入院基本料 ●●点 (4) 15対1 入院基本料 ●●点

・高度機能医療等を担う特定機能病院については、初・再診料等の引き上げに加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする

特定機能病院入院基本料

物件費の高騰を踏まえた対応

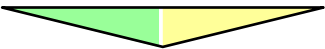
現 行	改 定 案
(新設)	2 特定機能病院B入院基本料 イ 一般病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点



特定機能病院入院基本料

物件費の高騰を踏まえた対応

現 行	改 定 案
(新設)	3 特定機能病院C入院基本料 イ 一般病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点



本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

小児入院医療管理料

物件費の高騰を踏まえた対応

現 行	改 定 案
【小児入院医療管理料】 [算定要件] 1 小児入院医療管理料 1 4,807点	【小児入院医療管理料】 [算定要件] 1 小児入院医療管理料 1 ●●点

・物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする



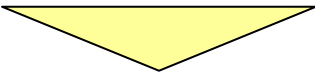
(新設) 物価対応料

物件費の高騰を踏まえた対応

改 定 案	
(新) 物価対応料 (1日につき)	
1 外来・在宅物価対応料	
イ 初診時	●●点
ロ 再診時等	●●点
ハ 訪問診療時	●●点
2 入院物価対応料	
イ 急性期一般入院料1を算定する場合	●●点
ロ 急性期一般入院料2を算定する場合	●●点
ハ 急性期一般入院料3を算定する場合	●●点
ニ 急性期一般入院料4を算定する場合	●●点
ホ 急性期一般入院料5を算定する場合	●●点
ヘ 急性期一般入院料6を算定する場合	●●点
ト 地域一般入院料1を算定する場合	●●点
チ 地域一般入院料2を算定する場合	●●点
リ 地域一般入院料3を算定する場合	●●点
ヌ 特別入院基本料 (一般病棟) を算定する場合	●●点

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

・令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料等の算定に併せて算定可能な加算を新設

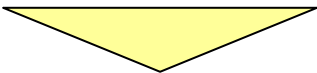


(新設) 物価対応料

物件費の高騰を踏まえた対応

改 定 案
〔算定要件〕 (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。 (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。 (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。 (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 (5) (1) から (4) までの点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。



食事療養及び生活療養の費用額算定表

入院時の食費及び光熱水費
の基準の見直し

現 行	改 定 案
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一 食事療養 1 入院時食事療養(Ⅰ)(1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 690円 (2)流動食のみを提供する場合 625円 注 (略) 2 入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 556円 (2)流動食のみを提供する場合 510円 注 (略) 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1)健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という。)(1食につき) イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円 □ 流動食のみを提供する場合 550円	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一 食事療養 1 入院時食事療養(Ⅰ)(1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 ●●円 (2)流動食のみを提供する場合 ●●円 注 (略) 2 入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 ●●円 (2)流動食のみを提供する場合 ●●円 注 (略) 第二 生活療養 1 入院時生活療養(Ⅰ) (1)健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という。)(1食につき) イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 ●●円 □ 流動食のみを提供する場合 ●●円

・食材料費の上昇等を踏まえ、入院時の食費の基準額を引き上げ

食事療養及び生活療養の費用額算定表

入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し応

現 行	改 定 案
(2) 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（1日につき） 398円 注（略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（1食につき） 470円 (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（1日につき） 398円 注（略）	(2) 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（1日につき） ●●円 注（略） 2 入院時生活療養(Ⅱ) (1) 食事の提供たる療養（1食につき） ●●円 (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（1日につき） ●●円 注（略）

・光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時生活療養のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額を引き上げ

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の基準等

入院時の食事療養に係る見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 【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の基準等】 二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、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） ・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	〔算定要件〕 【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の基準等】 二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食 （一）治療食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、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

入院患者の多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事について、以下の見直しを行う。

（１）基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。

（２）患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラル食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。

外来・在宅ベースアップ評価料（I）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】 1 初診時 <u>6点</u> 2 再診時等 <u>2点</u> 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u> ロ イ以外の場合 <u>7点</u> 〔算定要件〕 注 1 1については、<u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。 2 2については、<u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料 1 を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。	【外来・在宅ベースアップ評価料（I）】 1 初診時 ●●点 2 再診時等 ●●点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 ●●点 ロ イ以外の場合 ●●点 〔算定要件〕 注 1 1については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。 2 2については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料 1 を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

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

外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
3 3のイについては、<u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） 4 3のロについては、<u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） （新設） （新設）	3 3のイについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） 4 3のロについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ（略） 5 <u>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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2、3のイ及び3のロの所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u> 6 <u>1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u>

・継続的に賃上げを実施している医療機関とそれ以外の医療機関で評価を分ける

・令和8年度と令和9年度で段階的に評価

外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・令和 8 年度と令和 9 年度で段階的に評価 〔施設基準〕 二 外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）の施設基準 (1) (略) (2) <u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。</u> (3) (略) (新設)	<u>7 注 5 に規定する点数について、令和 9 年 6 月以降においては 1、2、3 のイ及び 3 のロの所定点数に代えて、それぞれ ● ● 点、● ● 点、● ● 点及び ● ● 点を算定する。</u> 〔施設基準〕 二 外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）の施設基準 (1) (略) (2) <u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>（この号において「対象職員」という。）がいること。 (3) (略) <u>二の二 外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）の注 5 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u>

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点 □ 再診時等 1点 2～7（略） 8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8 イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点 □ 再診時等 8点 〔算定要件〕 注1 <u>主として医療に従事する職員</u>の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 2 <u>1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイ</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 3 <u>1の□、2の□、3の□、4の□、5の□、6の□、7の□又は8の□</u>については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合 ●●点 □ 再診時等 ●●点 2～23（略） 24 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 24 イ 初診又は訪問診療を行った場合 ●●点 □ 診時等 ●●点 〔算定要件〕 注1 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 2 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。 3 各区分の□については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
(新設) (新設) ・年度ごとの段階的な評価とし、区分1～12が令和8年6月～令和9年5月までの点数で令和9年6月からは区分13～24を算定 ・継続的に賃上げを実施している医療機関とそれ以外の医療機関で評価を分ける ・入院基本料や短期滞在手術等基本料3を算定していない医療機関だけでなく、算定回数が著しく少ない医療機関も算定対象に 〔施設基準〕 四 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準 (1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。 (2) (略) (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療に従事する職員</u>（医師及び歯科医師を除く。） (4)～(6) (略)	4 <u>13から24までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。</u> 5 <u>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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、別表●に規定する点数を算定する。</u> 〔施設基準〕 四 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準 (1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない<u>又は算定回数が著しく少ない</u>保険医療機関であること。 (2) (略) (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>（この号において「対象職員」という。）の<u>適切な賃金改善に必要な額の百分の五十</u>未満であること。 (4)～(6) (略)

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	四の二 四の二 外来・在宅ベースアップ[○]評価料(Ⅱ)の注5に規定する施設基準 継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。



本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
【入院ベースアップ評価料】 1 入院ベースアップ評価料 1 1点 2 ~ 164 (略) 165 入院ベースアップ評価料 165点 [算定要件] 注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別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であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 (新設)	【入院ベースアップ評価料】 1 入院ベースアップ評価料 1 ●●点 2 ~ 499 (略) 500 入院ベースアップ評価料 500 ●●点 [算定要件] 注 1 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分にい、それぞれ所定点数を算定する。 2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。

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

・年度ごとの段階的な評価とし、令和8年6月～令和9年5月までは区分1～250を算定し、令和9年6月からは区分251～500を算定する

入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 六 入院ベースアップ評価料の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療又は歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の二分三厘未満</u>であること。 (新設) <u>(4)・(5)</u> (略)	〔施設基準〕 六 入院ベースアップ評価料の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>（この号において「対象職員」という。）<u>の適切な賃金改善に必要な額</u>未満であること。 <u>(4) 当該保険医療機関における常勤の対象職員の数が、二以上であること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。</u> <u>(5)・(6)</u> (略)

・「ベースアップ対象職員が2人以上勤務していること」を要件に追加（医療資源の少ない地域は除外）

別表● 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5に定める点数

【継続して賃上げの取組を実施した医療機関の点数】

	イ	ロ			イ	ロ
区分1	●●点	●●点		区分13	●●点	●●点
区分2	●●点	●●点		区分14	●●点	●●点
区分3	●●点	●●点		区分15	●●点	●●点
区分4	●●点	●●点		区分16	●●点	●●点
区分5	●●点	●●点		区分17	●●点	●●点
区分6	●●点	●●点		区分18	●●点	●●点
区分7	●●点	●●点		区分19	●●点	●●点
区分8	●●点	●●点		区分20	●●点	●●点
区分9	●●点	●●点		区分21	●●点	●●点
区分10	●●点	●●点		区分22	●●点	●●点
区分11	●●点	●●点		区分23	●●点	●●点
区分12	●●点	●●点		区分24	●●点	●●点

※ 区分13 から24 までについては、令和9年6月以降に算定する。

※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様。



看護職員処遇改善評価料 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) ・ (II)

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準] (1)～(4) (略) (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。 ただし、令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。 (6)～(10) (略) ・夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする	【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準] (1)～(4) (略) (5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること なお、恒常的に夜間を含む交替勤務制をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。 (6)～(10) (略) ※ 外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料においても同様。

入院料等（継続的に賃上げを実施していない医療機関の減算）

賃上げに向けた評価の見直し

現 行	改 定 案
【入院料等】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等 通則 (新設) ・令和6年度と令和7年度に賃上げを実施している医療機関 とそれ以外の医療機関を区別する観点から、減算規定を新設 〔施設基準〕 (新設)	【入院料等】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等 通則 10 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関 であって、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以 外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料 等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本 料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特 定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、1 日につき別表●に定める点数を減算する。 第四の三 医科点数表第1章第2部入院料等通則第10号及 び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号に掲げる 厚生労働大臣が定める基準 以下のいずれかを満たす保険医療機関であること。 一 令和●年●月●日時点において、入院ベースアップ評価 料の届出を行っていること。 二 令和●年●月と比較して、継続的に賃上げを行っている 保険医療機関であること。 三 令和●年●月●日以降に新規開設した保険医療機関 であること。

入院料等（継続的に賃上げを実施していない医療機関の減算）

別表● 医科点数表第1章第2部の通則10 及び歯科点数表第1章第2部の通則9に規定する点数

	減算する点数
A 1 0 0 の 1 の イ	● ● 点
A 1 0 0 の 1 の ロ から ヘ	● ● 点
A 1 0 0 の 2、特別入院基本料、A 3 1 7（注7の場合を除く。）	● ● 点
A 1 0 1	● ● 点
A 1 0 2	● ● 点
A 1 0 3 の 1 及び 2	● ● 点
A 1 0 3 の 3 から 5 まで 及び 特別入院基本料	● ● 点
A 1 0 4、A 3 1 9	● ● 点
A 1 0 5	● ● 点
A 1 0 6	● ● 点
A 1 0 8、A 1 0 9	● ● 点
A 3 0 0 から A 3 0 3 - 2 まで、A 3 0 5	● ● 点
A 3 0 4	● ● 点
A 3 0 6	● ● 点
A 3 0 7	● ● 点
A 3 0 8	● ● 点
A 3 0 8 - 3、A 3 1 7 の 注 7	● ● 点
A 3 1 0	● ● 点
A 3 1 1 から A 3 1 1 - 3 まで	● ● 点
A 3 1 1 - 4	● ● 点
A 3 1 2、A 3 1 4	● ● 点
A 3 1 8	● ● 点
A 4 0 0	● ● 点

・令和6年度と令和7年度に賃上げを実施していない医療機関の減算

急性期総合体制加算

夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

現 行	改 定 案
【総合入院体制加算】 〔施設基準（通知）〕 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 （7）病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。 ア・イ（略） ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること エ（略）	【急性期総合体制加算】 〔施設基準（通知）〕 1 急性期総合体制加算 1 に関する施設基準等 （7）病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。 ア・イ（略） ウ イの計画は、医療従事者の夜勤を含む現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ（略）

・看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、医療従事者の負担軽減や処遇改善への体制整備について、夜勤に関する内容も含めて計画を作成するよう要件化

看護職員夜間配置加算

夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

現 行	改 定 案
【看護職員夜間配置加算】 〔施設基準（通知）〕 11 療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準 （１）・（２）（略） （３） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア・イ（略） ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。 また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。	【看護職員夜間配置加算】 〔施設基準（通知）〕 11 療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準 （１）・（２）（略） （３） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア・イ（略） ウ イの計画は、夜勤を含む現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。 また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 （４）～（６）（略） ※ 看護職員夜間12対1配置加算、看護職員16対1配置加算、看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）、看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）も同様。

・看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、医療従事者の負担軽減や処遇改善への体制整備について、夜勤に関する内容も含めて計画を作成するよう要件化

入院料等通則（ICT等の活用）

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
【入院料等】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表第 1 章第 2 部入院料等 通則 (新設)	【入院料等】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表第 1 章第 2 部入院料等 通則 3 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等第五、第九及び第十における 1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）、第 3 節及び第 4 節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

・ICT機器等の活用により看護要員の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、看護職員に対する看護師の比率等について、1 割以内の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、入院料を算定できるよう配置基準を柔軟化



入院料等

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（告示）〕 基本診療料の施設基準等 第一～第十（略） （新設）	〔施設基準（告示）〕 基本診療料の施設基準等 第一～第十（略） 第十一 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効化について厚生労働大臣が定める施設基準等 一 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について、十分な体制が確保されていること。 二 一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率が、第五、第九並びに第十に定める基準の九割以上であること。 三 二を除き、第五、第九及び第十の規定を全て満たしていること。 四 別表●●に定める入院料を算定する病棟であること。
第十一（略）	第十二（略）



入院料等

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
(新設)	別表●● 一 急性期一般入院料 1 二 急性期一般入院料 2 三 急性期一般入院料 3 四 急性期一般入院料 4 五 急性期一般入院料 5 六 急性期一般入院料 6 七 急性期病院 A 一般入院料 八 急性期病院 B 一般入院料 九 7 対 1 入院基本料 十 10 対 1 入院基本料 十一 地域包括医療病棟入院料 1 十二 地域包括医療病棟入院料 2 十三 小児入院医療管理料 1 十四 小児入院医療管理料 2 十五 小児入院医療管理料 3 十六 小児入院医療管理料 4 十七 特殊疾患病棟入院料 1 十八 特殊疾患病棟入院料 2 十九 緩和ケア病棟入院料 1 二十 緩和ケア病棟入院料 2



入院料等

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～18（略） （新設）	〔施設基準（通知）〕 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～18（略） 19 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準 （1）看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のアからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。 ア 見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等 見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等とは、病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等により、看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握でき、訪室回数の減少等による業務の効率化を図りつつ、患者の転倒転落の予防、異常の早期発見、身体的拘束の最小化、医療安全その他患者の生命・身体の保護を図るものをいう。なお、当該機器を病室に設置する際には、患者等のプライバシーに配慮する観点から、患者又はその家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとする。また、患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。

・ICT機器等の活用が求められる業務
ア：病室のカメラや病床に設置したセンサー等により看護職員が遠隔で患者の状況を効率的に把握
（プライバシーに配慮し、患者等への説明・同意が必要）

入院料等

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
・ICT機器等の活用が求められる業務 イ：音声入力による看護記録の作成や、電子カルテ情報からの自動的なサマリーの生成等による看護記録業務等の効率化（データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る）	イ 看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等 <u>看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等とは、音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器であって、当該機器の使用により、業務時間外の記録の作成にかかる時間が減少する等の効果があるものをいう。ただし、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る（複数の機器の連携によるものを含む。）。</u>
・ICT機器等の活用が求められる業務 イ：業務中に手に持たずに複数人と同時通話できる機器や病棟の看護職員と医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等による情報共有の効率化	ウ 医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等 <u>医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等とは、業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器であって、当該機器の使用により報告・連絡に要する時間や、報告・連絡に伴う移動や待機の時間が減少する等の効果があるものをいう。</u>
・ガイドラインに準拠した対応が必要	（２） ICT機器等の導入及び使用にあたって電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。

入院料等

ICT等の活用による看護業務
効率化の推進

現 行	改 定 案
・ICT機器等を導入した病棟の常勤看護要員1人当たり・1月当たりの超過勤務時間が平均10時間以下かつ非常勤職員を含めて導入前と比較して増加傾向にないこと（タイムカードやパソコン等の使用により勤務時間を把握する）	（3） <u>ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の1人1月当たりの超過勤務時間の状況（原則として、タイムカードやパーソナルコンピュータ等のログイン及びログアウトの時間を把握できる電子計算機の使用により把握すること。）について、平均10時間以下であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。</u>
・年に1回程度、ICT機器等導入前後の看護要員の業務内容や業務時間、負担等について評価を実施し、結果の周知と共に、衛生委員会等で確認し必要に応じて適切な対策	（4） <u>ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。</u>
・厚労省の調査に適切に参加	（5） <u>中央社会保険医療協議会の要請に基づき、厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する随時調査に適切に参加すること。</u>
	（6） <u>1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、1割以内の減少であること。</u>
	（7） <u>毎年8月において、ア及びウに係る取組状況について、様式●により届け出ること（8） <u>情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準に係る届出は、様式●を用いること。</u></u>

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算
の見直し

現 行	改 定 案
【医師事務作業補助体制加算】 〔算定要件〕 (1)～(2) (略) (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（D P Cのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。	【医師事務作業補助体制加算】 〔算定要件〕 (1)～(2) (略) (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書・診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書等の文書作成補助、診療記録・検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・入力作業、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（D P Cのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

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

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算
の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1) のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1 名以上、20対1 補助体制加算の場合は20床ごとに1 名以上、25対1 補助体制加算の場合は25床ごとに1 名以上、30対1 補助体制加算の場合は30床ごとに1 名以上、40対1 補助体制加算の場合は40床ごとに1 名以上、50対1 補助体制加算の場合は50床ごとに1 名以上、75対1 補助体制加算の場合は75床ごとに1 名以上、100対1 補助体制加算の場合は100床ごとに1 名以上配置していること。また、当該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。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つては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。	〔施設基準〕 第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1) のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1 名以上、20対1 補助体制加算の場合は20床ごとに1 名以上、25対1 補助体制加算の場合は25床ごとに1 名以上、30対1 補助体制加算の場合は30床ごとに1 名以上、40対1 補助体制加算の場合は40床ごとに1 名以上、50対1 補助体制加算の場合は50床ごとに1 名以上、75対1 補助体制加算の場合は75床ごとに1 名以上、100対1 補助体制加算の場合は100床ごとに1 名以上配置していること。また、当該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。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つては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。

・常勤職員と数える職員の所定労働時間を週32時間以上から週31時間以上に短縮

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算
の見直し

現 行	改 定 案
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。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。 ・ICT機器、生成AIを活用した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関に対し、医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化 (3)～(5) (略)	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。<u>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。</u>ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。 (3)～(5) (略)
(新設)	2 ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算定方法 (1) 医師事務作業補助体制加算の届出を行う保険医療機関において、次のアからエまでのいずれにも該当する場合には、医師事務作業補助者の配置人数は、オ又はカに定めるところにより算定することができる。 ア 医師事務作業補助者が行う事務業務に関して、次に掲げるもののうち、①を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用することにより、業務の効率化が顕著に図られていること。 ① 生成AIを活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的に行い、当該業務を大幅に効率化する医療文書等の文書作成補助システム ② 診療録、退院時要断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。） ③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA） ④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する10種類以上の患者向け説明動画

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算
の見直し

現 行	改 定 案
	<u>イ アの①から④までのうち、電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。</u> <u>ウ アの①から④までのうち、生成AIその他のAI技術を用いる製品・サービスについては、経済産業省及び総務省が公表する「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。</u> <u>エ アの①から④までのうち、当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。</u> <u>オ アからエまでの要件を全て満たす場合には、医師事務作業補助者 1 人を1.2人として配置人数に算入することができる。</u> <u>カ オに加え、アの②から④までに掲げるもののうち少なくとも 1 種類以上を広く活用している場合には、医師事務作業補助者 1 人を1.3人として配置人数に算入することができる。</u> <u>(2) (1) のオ又はカの算入方法により新たに届け出る場合（オの算入方法とカの算入方法を相互に変更する場合を除く。）には、当該届出を行う直近 3 月以上の期間において、当該算入方法を用いずに、当該配置区分又はこれを上回る配置区分について、引き続き算定していること。</u> <u>(3) (2) により届け出る保険医療機関は、ICT機器等の導入前後における医師事務作業補助者の業務内容、業務量及び業務時間並びに医師の事務作業時間及び負担感等について、年 1 回程度、定量的又は定性的な評価を実施するとともに、その結果を労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。</u>
2 ～ 4 (略)	3 ～ 5 (略)

入院診療計画書

医療機関等における事務等の
簡素化・効率化

現 行	改 定 案
○入院診療計画書の策定等に係る見直し 〔施設基準（通知）〕 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準 (1)・(2)（略） (新設) ・入院診療計画について入院前の外来での提供・説明も入院後7日以内に行ったものと同様に取り扱う ・入院期間2日以内（見込み含む）の場合で、退院後の治療等に支障がないと認められる患者に入院診療の説明を行った場合、入院診療計画の策定や患者への文書を用いた説明・交付は行わなくても差し支えない（カルテへの記載が必要） (3)・(4)（略）	○入院診療計画書の策定等に係る見直し 〔施設基準（通知）〕 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準 (1)・(2)（略） <u>(3) 入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後 7 日以内に行ったものと同様の取扱いとする。</u> <u>また、入院期間が 2 日以内であると見込まれる場合又は 3 日以上入院が見込まれていたものの入院期間が 2 日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び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、総合的な入院診療計画の策定並びに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。この場合は、診療録にその旨を記載すること。</u> (4)・(5)（楽） ・施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化

入院診療計画書

医療機関等における事務等の
簡素化・効率化

現 行	改 定 案
(5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できな いと認められる患者についてはその家族等）に交付するととも に、<u>その写しを診療録に添付するもの</u>とすること。 (6) (略) 別添 6 の別紙 2 ・別紙 2 の 3 <u>(本人・家族) の署名欄</u>	(6) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できな いと認められる患者についてはその家族等）に交付し、その 写しを診療録に添付するとともに、<u>説明日及び説明者を診 療録に記載すること。</u> <u>なお、医師及び患者等の署名は不要であるが、署名があ る場合は、説明日及び説明者を診療録に記載する必要は ない。</u> (7) (略) 別添 6 の別紙 2 ・別紙 2 の 3 (削除)

・様式の署名や記名・押印について、説明日と説明者をカルテに記録した場合は、
医師と患者等の署名は不要（署名がある場合は、カルテへの記載は不要）

入院料等（病棟看護要員の勤務時間）

様式9の見直し

現 行	改 定 案
【入院料等】 [施設基準] 基本診療料の施設基準等 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。 (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。 ア～カ (略) (新設) ・病棟の看護要員が入院患者の看護に影響のない範囲で緊急対応などにより外来患者に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、病棟内の勤務時間に含めて良い ・病棟入院患者に付き添い一時的に病棟外で看護を行った場合は勤務時間に含めて良い キ・ク (略)	【入院料等】 [施設基準] 基本診療料の施設基準等 別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。 (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。 ア～カ (略) 主 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。 ケ・コ (略)

・「様式9」については、小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理

(新設) 看護・多職種協働加算

多職種が専門性を発揮して 病棟において
協働する体制に係る評価の新設

改 定 案

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

1	看護・多職種協働加算 1	● ● 点
2	看護・多職種協働加算 2	● ● 点

[対象患者]

地域の急性期医療を担う保険医療機関における急性期一般入院料 1 と同等の基準を満たす急性期病棟のうち、看護職員を含む多職種が協働して専門的な観点から適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制を整備しているものとして届け出た病棟に入院する患者

[算定要件]

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

・更なる生産年齢人口の減少に伴う中でも、患者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・向上等のための取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟（急性期一般入院料 4、急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟）において、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の評価を新設

・病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、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

(新設) 看護・多職種協働加算

多職種が専門性を発揮して 病棟において
協働する体制に係る評価の新設

改 定 案

〔施設基準〕

- (1) 当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (2) 急性期医療を担う病院であること。
- (3) 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。
- (4) 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。(5) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。
- (6) 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が●割●分以上であること。
- (7) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
- (8) 当該病棟において各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されていること。
- (9) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

地域医療体制確保加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

現 行	改 定 案
【地域医療体制確保加算】 〔算定要件〕 A 2 5 2 地域医療体制確保加算 （入院初日） 620点 （新設） （新設） 〔施設基準（告示）〕 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 （新設） （1）救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 （2）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 （新設）	【地域医療体制確保加算】 〔算定要件〕 A 2 5 2 地域医療体制確保加算 （入院初日） <u>1 地域医療体制確保加算 1</u> ● ● 点 <u>2 地域医療体制確保加算 2</u> ● ● 点 〔施設基準（告示）〕 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 <u>（1）地域医療体制確保加算 1 の施設基準</u> イ 救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 □ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 <u>（2）地域医療体制確保加算 2 の施設基準</u> イ <u>（1）を満たしていること。</u> □ <u>医師の確保が必要な診療科について、勤務環境及び処遇改善に資する体制並びに研修体制が整備されていること。</u>

・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の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行い、研修体制を整えている医療機関を新たに評価

地域医療体制確保加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 1 地域医療体制確保加算の施設基準 （１）～（３）（略） （４）医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定め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（以下、この項において、「対象医師」という。）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。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア 令和６年度においては、<u>1785時間</u>以下 イ 令和７年度においては、<u>1710時間</u>以下 （５）（略）	〔施設基準（通知）〕 1 地域医療体制確保加算 1 の施設基準 （１）～（３）（略） （４）医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定め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（以下、この項において、「特定対象医師」という。）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。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない特定対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア 令和８年度においては、1635 時間以下 イ 令和９年度においては、1560 時間以下 （５）（略）

・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基準を見直し

地域医療体制確保加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

現 行	改 定 案
(新設)	2 地域医療体制確保加算2の施設基準 (1) 1の(1)から(5)までを満たしていること。 (2) 「A104」特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院料に限る。）又は「A200」急性期総合体制加算を届け出ていること。 (3) 全国的に若手の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つ以内で特定し、特定した診療科（以下「特定診療科」という。）の医師及び医療提供体制の確保に関し以下の特別な配慮を行っていること。なお、実態として消化器外科、心臓血管外科又は小児外科を含む場合であって、当該診療科を他の外科系診療科と区別することが困難なときには、外科系診療科全体を特定することとして差し支えないものとし、その場合にあっては、外科系診療科全体を2診療科として特定したものとする。 ア 手術及び高度な医療に関する機能分化並びに集約による地域医療の確保について、地域の他の保険医療機関と協議していること イ 臨床研修終了後の研修(医師法第16条の10に規定する計画に定められた研修を含む。)を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること ウ 特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮（休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等の毎月決まって支給されない手当を含まず、特定診療科の医師のみを対象として毎月決まって支給されるものに限る。）を行っていること

・消化器外科、心臓血管外科、小児外科、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つ以内で特定し、医師・医療提供体制の確保について特別な配慮を行う



地域医療体制確保加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

現 行	改 定 案
(新設)	(4) 特定診療科において、ア又はイの取組及びウ又はエの取組を実施していること。 ア 交代勤務制を導入しており、以下の(イ)から(ホ)までのいずれも実施していること。 (イ) 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。 (ロ) 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。 (ハ) 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。 (二) 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保すること。 (ホ) 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行っても良い。 イ チーム制を導入しており以下の(イ)から(ハ)までのいずれも実施していること。 (イ) 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、2名以上(当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上)の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 (ロ) 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医(当該診療科以外の医師を含む。)が行うこと(ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。) (ハ) 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定されているものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第3項に規定されているものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。 ウ 医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該加算において配置することとされてい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等に配置されていること。 エ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

・特定診療科で「ア又はイ」+
「ウ又はエ」の実施

ア：交代勤務制の導入
イ：チーム制の導入

ウ：医師事務作業補助体制加算の届出と全特定診療科へ配置
エ：特定診療科業務の研修修了看護師の配置

(新設) 外科医療確保特別加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

改 定 案

(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●●に相当する点数を加算する。

[施設基準 (告示)]

第十二 手術

二の● 医科点数表第二章第十部手術通則第●●号に規定する外科医療確保特別加算の施設基準

- (1) 長時間かつ高難度な手術を行うにつき必要な実績を有していること。
- (2) 長時間かつ高難度な手術を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[算定要件 (通知)]

第10 部 手術 <通則>

・地域の基幹的な医療機関で、高度手術の実施体制を整備し、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

● 外科医療確保特別加算

- (1) 「通則●●」に規定する長時間かつ高難度な手術とは、「K 5 2 2 - 3」、「K 5 2 4」の「2」から「K 5 2 5 - 3」まで、「K 5 2 6」の「2」、「K 5 2 6」の「3」、「K 5 2 7」から「K 5 2 8 - 3」まで、「K 5 2 9」から「K 5 2 9 - 5」まで、「K 5 3 0 - 2」、「K 5 3 1」、「K 5 3 2」の「2」から「K 5 3 2 - 3」まで、「K 6 4 0」の「2」、「K 6 4 3」、「K 6 4 3 - 2」、「K 6 4 3 - 3」、「K 6 4 5」、「K 6 4 5 - 2」、「K 6 5 4 - 4」から「K 6 5 5 - 2」の「3」まで、「K 6 5 5 - 4」、「K 6 5 5 - 5」、「K 6 5 6 - 2」の「2」から「K 6 5 7 - 2」まで、「K 6 5 9」の「3」、「K 6 6 0」の「3」、「K 6 6 7 - 2」、「K 6 7 1 - 2」の「1」、「K 6 7 3」から「K 6 7 7」の「3」まで、「K 6 7 7 - 2」、「K 6 8 0」、「K 6 8 4」、「K 6 8 4 - 2」、「K 6 9 5」、「K 6 9 5 - 2」、「K 6 9 7 - 4」から「K 6 9 7 - 7」まで、「K 7 0 0」、「K 7 0 0 - 4」、「K 7 0 2」の「2」から「K 7 0 4」まで、「K 7 0 6」、「K 7 0 9 - 2」から「K 7 0 9 - 5」まで、「K 7 1 1」、「K 7 1 1 - 2」、「K 7 1 6 - 3」から「K 7 1 6 - 6」まで、「K 7 1 9」の「2」、「K 7 1 9 - 2」、「K 7 1 9 - 3」、「K 7 1 9 - 5」、「K 7 1 9 - 6」、「K 7 2 9 - 2」、「K 7 3 2 - 2」、「K 7 3 5」、「K 7 3 5 - 3」、「K 7 3 5 - 5」、「K 7 4 0」、「K 7 4 0 - 2」、「K 7 4 2」の「4」、「K 7 4 8」の「2」及び「K 7 5 1」の「4」から「K 7 5 1 - 3」までに掲げる手術をいう。

(新設) 外科医療確保特別加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

改 定 案

- (2) 「**通則●●**」に規定する対象診療科とは当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科をいう。
- (3) 外科医療確保特別加算は、対象診療科の医師が長時間かつ高難度な手術を実施した場合に限り算定できる。

[施設基準（通知）]

- (1) 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
- (2) 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- (3) 医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術（「K522-3」、「K524」の「2」から「K525-3」まで、「K526」の「2」及び「3」、「K527」から「K528-3」まで、「K529」から「K529-5」まで、「K530-2」、「K531」、「K532」の「2」から「K532-3」まで、「K640」の「2」、「K643」、「K643-2」、「K643-3」、「K645」、「K645-2」、「K654-4」から「K655-2」の「3」まで、「K655-4」、「K655-5」、「K656-2」の「2」から「K657-2」まで、「K659」の「3」、「K660」の「3」、「K667-2」、「K671-2」の「1」、「K673」から「K677」の「3」まで、「K677-2」、「K680」、「K684」、「K684-2」、「K695」、「K695-2」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K700」、「K700-4」、「K702」の「2」から「K704」まで、「K706」、「K709-2」から「K709-5」まで、「K711」、「K711-2」、「K716-3」から「K716-6」まで、「K719」の「2」、「K719-2」、「K719-3」、「K719-5」、「K719-6」、「K729-2」、「K732-2」、「K735」、「K735-3」、「K735-5」、「K740」、「K740-2」、「K742」の「4」、「K748」の「2」及び「K751」の「4」から「K751-3」まで）を合わせて年間200例以上実施していること。

・長時間かつ高難度な手術を1年間で合計200例以上実施

(新設) 外科医療確保特別加算

医師の働き方改革及び
診療科偏在対策の推進

改 定 案

- (4) 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
- ア 当該診療科の経験を5年以上有する常勤（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、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第3項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。
- (5) 他の保険医療機関との連携体制として、次の体制を整備していること。
- ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
 - イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
- (6) 臨床研修終了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第16条の10に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。
- (7) 地域医療体制確保加算2を届け出ており、当該加算における処遇に係る配慮について、外科医療確保特別加算を算定する診療科が対象となっていること。
- (8) 当該診療科の医師が行った年間の対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の●●以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給していること。また、その額の●割以上を当該診療科に配置されている常勤医師に支給しており、当該支給内容について保険医療機関内の全ての医師に周知していること。なお、当該手当を（7）における処遇に係る配慮に活用して差し支えない。

処置・手術の休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1

処置及び手術の休日・時間外・深夜加算 1 の見直し

現 行	改 定 案
【処置及び手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1】 〔施設基準〕 第56の2（略） 7 当該加算を算定する全ての診療科において、（1）又は（2）のいずれか及び（3）を実施していること。 （1）（略） （2） チーム制を導入しており以下の<u>アからカ</u>までのいずれも実施していること。 ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、<u>当該診療科に配置されている医師の数が5名又はその端数を増すごとに1名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。</u> イ （略） ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。	【処置及び手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1】 〔施設基準〕 第56の2（略） 7 当該加算を算定する全ての診療科において、（1）又は（2）のいずれか及び（3）を実施していること。 （1）（略） （2） チーム制を導入しており、<u>ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項</u>のいずれも実施していること。 ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、<u>2名以上（当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上）</u>の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 イ （略） ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

〔経過措置〕

令和8年3月31日の時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、7の（2）のウ又はエを満たしているものとみなす。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

処置・手術の休日加算 1、時間外加算 1、深夜加算 1

処置及び手術の休日・時間外・深夜加算 1 の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・チーム制における夜勤時間帯のオンコール当番の勤務体制として、勤務間インターバルを追加 エ～カ (略) (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に 1 名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、6 (2) のアにおける当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4 の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。 ア・イ (略)	エ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、<u>医療法第二百二十三条第一項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第二百二十三条第一項及び第二項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師については、同条第三項に規定するものと同様の休息時間を確保するように配慮していること。</u> オ～キ (略) (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、<u>(1) の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外</u>において、当該診療科 1 名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 [経過措置] 令和 8 年 3 月 31 日の時点で休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、7 の (2) のウ又はエを満たしているものとみなす。 ア・イ (略)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

入院料等（看護職員確保の取組）

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

現 行	改 定 案
【入院料等】 〔施設基準〕 基本診療料の施設基準等 第3 届出受理後の措置等 (新設) ・公共職業安定所等の活用により、平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合の、看護職員の配置基準を柔軟化 ・1日当たり勤務する看護要員の数等について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい	【入院料等】 〔施設基準〕 基本診療料の施設基準等 第3 届出受理後の措置等 3 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、本通知の第3の1（3）及び（4）の規定にかかわらず、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）。<u>この場合、看護職員の確保に係る取組及び一時的に看護職員を確保できないやむを得ない事情であることを様式●に記載し、事情が生じた日の属する月の翌月までに速やかに地方厚生局等に報告すること。なお、様式●には、報告する時点で有効な求人票を添付すること。</u> （1）職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所又は同法第33条に定める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

入院料等

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

現 行	改 定 案
	(2) <u>看護職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。</u> (3) <u>公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。</u> (4) <u>やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。</u>

感染対策向上加算

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 第21 感染対策向上加算 1 感染対策向上加算 1 の施設基準 (1) (略) (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。 なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。 ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 (略)	【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 第21 感染対策向上加算 1 感染対策向上加算 1 の施設基準 (1) (略) (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。 なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。(略)

- ・介護保険施設等からの求めに応じた助言を促進する観点から、助言の時間を「月10時間以下」から「月16時間以下」に拡大
- ・感染制御チーム専従者の専従業務時間が医療機関の所定労働時間に満たない場合は、「月16時間－助言の業務時間」を超えない範囲で、他の業務を行っても差し支えない

感染対策向上加算

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
(3)～(18) (略) (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ (略) アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。 ・抗菌薬適正使用支援チームの専従者も同様に専従業務時間が医療機関の所定労働時間に満たない場合は、月16時間以下の範囲で、他の業務を行っても差し支えない また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23) (略)	(3)～(18) (略) (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。 ア～エ (略) アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23) (略)

緩和ケア診療加算

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
【緩和ケア診療加算】 〔施設基準（通知）〕 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>10時間</u>以下であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略)	【緩和ケア診療加算】 〔施設基準（通知）〕 第14 緩和ケア診療加算 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)・(2) (略) (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月<u>16時間</u>以下であること。 ア～シ (略) (4)～(14) (略) ※ <u>小児緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料についても同様。</u>

・介護保険施設等からの求めに応じた助言を促進する観点から、助言の時間を「月10時間以下」から「月16時間以下」に拡大

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔施設基準〕 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 (3)～(8) (略)	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 〔施設基準〕 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。 (3)～(8) (略)

・介護保険施設等からの求めに応じた助言を促進する観点から、助言の時間を「月10時間以下」から「月16時間以下」に拡大

医療安全対策加算

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。	【医療安全対策加算】 第20 医療安全対策加算 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準 (1) 医療安全管理体制に関する基準 ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。 なお、<u>(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。</u>

・医療安全管理者の医療安全管理業務時間が医療機関の所定労働時間に満たない場合は、月16時間を超えない範囲で、他の業務を行っても差し支えない

入院栄養管理体制加算（特定機能病院入院基本料）

感染対策向上加算等における
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
[施設基準] 13の2 特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準 (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。 (2) (略)	[施設基準] 13の2 特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準 (1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。<u>ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。</u> (2) (略)

・病棟専従の管理栄養士について、病棟業務に影響のない範囲で、病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない



常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～4の2 (略) 4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。 (1) (略) (2) 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。	〔施設基準〕 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～4の2 (略) 4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。 (1) (略) (2) 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<u>31時間</u>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。

・法律に規定されている1日当たりの勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員要件の所定労働時間数基準を32時間から31時間に見直し

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

現 行	改 定 案
第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準 1～8 (略) 9 医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 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。 ・常勤職員要件の所定労働時間数基準を32時間から31時間に見直し	第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準 1～8 (略) 9 医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 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。<u>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。</u>

医師事務作業補助体制加算

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

現 行	改 定 案
第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該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。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。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。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。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。 ・常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数の基準を32時間から31時間に見直し	第4の2 医師事務作業補助体制加算 1 通則 (1) (略) (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該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。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。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。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。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

摂食嚥下機能回復体制加算

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

現 行	改 定 案
【摂食嚥下機能回復体制加算】 〔施設基準〕 第45の2 摂食嚥下機能回復体制加 1 摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準 （1） 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア （略） イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専従の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士 ウ （略） 2 （略） 3 摂食嚥下機能回復体制加算 3 に関する施設基準 （3） 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2 名以上であること。	【摂食嚥下機能回復体制加算】 〔施設基準〕 第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算 1 摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準 （1） 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア （略） イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士 ウ （略） 2 （略） 3 摂食嚥下機能回復体制加算 3 に関する施設基準 （3） 当該保険医療機関において、ア及びイの前年の実績の合計数が2 名以上であること。 ・質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組を推進する観点から、実績に含めることのできる患者の追加（次ページ参照）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

摂食嚥下機能回復体制加算

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

現 行	改 定 案
(新設) (新設) ・療養病棟で算定される加算 3 の実績について、1・2と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする	<u>ア 中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者</u> <u>イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者</u>



経腸栄養管理加算（療養病棟入院基本料）

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

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

- ・入院前から経腸栄養を行っておらず中心静脈栄養で管理されていた患者を算定対象に追加
- ・経口摂取ができなくなった場合に、適切なプロセスを経て中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても算定できることを明確化

心大血管疾患リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 (5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。 ・従事者1人当たり1日当たりの実施単位数（18単位を標準）に、疾患別リハビリテーション料や集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した時間20分につき1単位とみなして加えることを要件に追加 〔施設基準〕 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。	【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 (5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。なお、当該従事者が疾患別リハビリテーションを担当する専従者であって、当該リハビリテーション、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事する場合、実際に従事した時間20分(当該時間が20分に満たない場合を含む。)を1単位とみなした上で当該1日当たりの実施単位数及び週当たりの実施単位数に加えて計算する。 〔施設基準〕 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に施設基準 (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

心大血管疾患リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、<u>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。</u>加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。	なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。ただし、当該従事者は第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

・専従の療法士が従事する業務に「患者・家族等の指導」、「介護施設等への助言業務」を追加
・兼任の取扱い等を見直し（病棟配置従事者としての兼任不可（専任は除く））

脳血管疾患等リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔算定要件〕 (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。 なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔算定要件〕 (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であつて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。 なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。なお、当該従事者が疾患別リハビリテーションを担当する専従者であつて、当該リハビリテーション、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事する場合、実際に従事した時間20分(当該時間が20分に満たない場合を含む。)を1単位とみなした上で当該1日当たりの実施単位数及び週当たりの実施単位数に加えて計算する。
・従事者1人当たり1日当たりの実施単位数（18単位を標準）に、疾患別リハビリテーション料や集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した時間20分につき1単位とみなして加えることを要件に追加	

脳血管疾患等リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、<u>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。</u> イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。 ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。	〔施設基準〕 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、第7部リハビリテーション第1節(心大血管疾患リハビリテーション料を除く。)において配置が求められている常勤理学療法士(専従の者を含む。)については、兼任が可能である。ただし、当該従事者は第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く。)として従事することはできない。 ・専従の常勤理学療法士は、心大血管リハビリテーション以外の規定で配置が求められている常勤理学療法士(専従も含む)との兼任可能 イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。 ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の(2)のアと同様である。 ・専従の常勤言語聴覚士は、心大血管リハビリテーション以外の規定で配置が求められている常勤言語聴覚士(専従も含む)との兼任可能

脳血管疾患等リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、<u>疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）</u>、<u>障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーション</u>が行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、<u>当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない</u>。また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。	エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。<u>これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められるものを含む。）並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない</u>。また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

・専従の療法士が従事する業務に「患者・家族等の指導」、「介護施設等への助言業務」を追加

脳血管疾患等リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
オ 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の6第1号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。 (イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。 (ロ) (略)	オ 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の6第1号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。 (イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他第7部リハビリテーション第1節のいずれかの区分以外の業務に従事していること。 (ロ) (略) ※ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）・（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

地域包括医療病棟入院料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【地域包括医療病棟入院料】 〔算定要件〕 A304 地域包括医療病棟入院料 (1)～(4) (略) (5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するA D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。<u>このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。</u> ・病棟専従の療法士等について、加算や医学管理等で各療法士の実施が認められている業務で評価・指導のために必要な業務は実施できることを追加 ・病棟入院患者の退院に向けた指導等について、屋外など、配置された病棟以外での実施も可能であることを明確化	【地域包括医療病棟入院料】 〔算定要件〕 A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料 (1)～(4) (略) (5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するA D Lの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした<u>評価・指導</u>を行うこと。<u>当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してA D Lの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は1日につき6単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。</u>

地域包括医療病棟入院料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料
において配置された療法士による専門性を
生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【地域包括医療病棟入院料】 <u>ア「H000」心大血管疾患リハビリテーション料</u> <u>イ「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料</u> <u>ウ「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料</u> <u>エ「H002」運動器リハビリテーション料</u> <u>オ「H003」呼吸器リハビリテーション料</u> <u>カ「H004」摂食機能療法</u> <u>キ「H005」視能訓練</u> <u>ク「H007」障害児（者）リハビリテーション料</u> <u>ケ「H007-2」がん患者リハビリテーション料</u> <u>コ「H007-3」認知症患者リハビリテーション料</u> <u>サ「H008」集団コミュニケーション療法料</u>	【地域包括医療病棟入院料】 (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除)



回復期リハビリテーション病棟入院料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔算定要件〕 (1)～(4) (略) (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、A D Lの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 (新設) ・全ての病棟入院患者に理学療法又は作業療法の実施を要件化 ・病棟専従の療法士等について、加算や医学管理等で各療法士の実施が認められている業務で評価・指導のために必要な業務は実施できることを追加 ・病棟入院患者の評価・指導等について、屋外など、配置された病棟以外での実施も可能であることを明確化	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔算定要件〕 (1)～(4) (略) (5) 当該病棟の全ての患者に対して、早期歩行、A D Lの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。 (6) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、当該病棟の全ての患者に対して、(5)に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第2章第7部第1節に掲げるリハビリテーションの提供並びにA D Lの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等及び第3部第3節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。

回復期リハビリテーション入院医療管理料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 4 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 1 名以上及び専任の作業療法士 1 名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することができる。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。	〔施設基準〕 4 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 1 名以上及び専任の作業療法士 1 名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することができる。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。
・回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料を算定する病室が含まれる病棟の専従者が、病室の専従者を兼務できることの追加	※ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても、回復期リハビリテーション病棟入院料と同様。

地域包括ケア病棟入院料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 (1)～(3) (略) (新設) ・病棟専従の療法士等について、加算や医学管理等で各療法士の実施が認められている業務で評価・指導のために必要な業務は実施できることを追加 ・病棟入院患者の評価・指導等について、屋外など、配置された病棟以外での実施も可能であることを明確化 (4)～(13) (略)	【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 (1)～(3) (略) (4) 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、A D L の維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第 1 章第 2 部第 2 節入院基本料等加算、第 2 章第 1 部医学管理等、第 3 部第 3 節生体検査料及び第 7 部第 1 節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。 (5)～(14) (略)

地域包括ケア病棟入院料

疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 (中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することはできる。	〔施設基準〕 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 (中略) また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することはできる。

・地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室が含まれる病棟の専従者が、病室専従者を兼務できることの追加

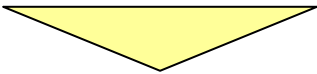
(新設) 急性期病院A・B一般入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
(新) 急性期病院一般入院基本料（１日につき）	
イ 急性期病院A一般入院料	●●点
ロ 急性期病院B一般入院料	●●点

・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、病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料を新設

現 行	改 定 案
【一般病棟入院基本料】 〔算定要件（告示）〕 注１～９（略） 10 当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イヌ（略） イル 協力対象施設入所者入院加算	【一般病棟入院基本料】 〔算定要件（告示）〕 注１～９（略） 10 当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イヌ（略） イル 協力対象施設入所者入院加算（急性期病院A一般入院料を除く。）
11（略）	11（略）

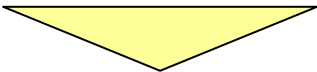


急性期病院一般入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
〔施設基準（告示）〕	
イ 急性期病院一般入院基本料の施設基準	
① 通則	
1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期病院A一般入院料にあつては七）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。	
2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。	
3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日（急性期病院A一般入院料にあつては十六日）以内であること。	
4 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表4から6まで及び20の規定に基づき厚生労働大臣が指定する病院であること。	
5 急性期病院A一般入院料に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床未満の保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であつて急性期病院B一般入院料に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	

- ・急性期病院A一般入院基本料の看護配置基準は、現行の急性期一般入院料1相当（7対1）
- ・急性期病院B一般入院基本料は、10対1



急性期病院一般入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案

- [施設基準（告示）]
- ② 急性期病院 A 一般入院料の施設基準
- 1 急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
 - 2 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。
 - 3 4 以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
 - 4 許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
 - 5 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。
 - 6 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
- ③ 急性期病院 B 一般入院料の施設基準
- 1 地域において急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
 - 2 急性期医療に係る実績を一定程度有していること。
 - 3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
 - 4 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

・重症度、医療・看護必要度評価項目の見直しに伴う基準値の変更

(新設) 急性期病院A・B精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
(新) 急性期病院精神病棟入院基本料（１日につき）	
イ 急性期病院A精神病棟入院料	
（１） 10 対 1 入院基本料	● ● 点
（２） 13 対 1 入院基本料	● ● 点
（３） 15 対 1 入院基本料	● ● 点
ロ 急性期病院B精神病棟入院料	
（１） 10 対 1 入院基本料	● ● 点
（２） 13 対 1 入院基本料	● ● 点
（３） 15 対 1 入院基本料	● ● 点

・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、病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院精神病棟入院基本料を新設

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 〔算定要件（告示）〕 注１～５（略） 10 当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 （新設） イ～ㇿ（略）	【精神病棟入院基本料】 〔算定要件（告示）〕 注１～５（略） 10 当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 <u>イ 急性期総合体制加算</u> <u>ロ～イイ（略）</u>

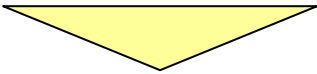
・急性期総合体制加算（総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合して新設された加算）を算定可能とする

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 急性期病院精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

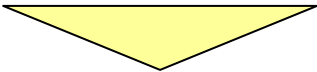
改 定 案	
[施設基準（告示）]	
イ 急性期病院精神病棟入院基本料の施設基準	
① 通則	
診療報酬の算定方法第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表４から６まで及び20の規定に基づき厚生労働大臣が指定する病院であること。	
② 急性期病院 A 精神病棟入院料の施設基準	
1 急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。	
2 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。	
3 十対一入院基本料の施設基準	
(一) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。	
(二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。	
(三) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が四十日以内であること。	
(四) 当該病棟において、新規入院患者のうち G A F 尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。	



(新設) 急性期病院精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
4 十三対一入院基本料の施設基準	(一) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10 の場合を除く。）とする。 (二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。 (三) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であること。 (四) 当該病棟において、新規入院患者のうちG A F 尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。 (五) 身体疾患への治療体制を確保していること。
5 十五対一入院基本料の施設基準	(一) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10 の場合を除く。）とする。 (二) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。



(新設) 急性期病院A一般入院基本料

(新設) 急性期病院A精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
[施設基準 (通知)]	
4の9 急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る体制について	
(1) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。	
ア 救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。	
(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」若しくは第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地0331第3号)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関	
(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関	
イ「A304」地域包括医療病棟又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。	
ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。	
エ 当該保険医療機関については、看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、次に掲げる所定の研修(修了証が交付されるものに限る。)を修了した看護師を配置することが望ましい。	
(イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修(180時間以上のものに限る。)	
(ロ) 講義及び演習により、次の①から④までを含む研修	
① 病院組織管理	・急性期A(急性期A精神)に求められる体制
② 医療の質の確保・医療安全	ア: (イ)救命救急センター等 又は (ロ)24時間救急患者受入医療機関
③ 多職種連携・人的資源の活用	イ: 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を持たない医療機関
④ 医療DXを含む業務の効率化	ウ: 画像診断と検査の24時間実施体制
	エ: 看護師長又は看護師長と同等の経験を持ち研修を修了した看護師の配置(望ましい)

[経過措置]	
(1)	令和●年●月●日時点で地域包括医療病棟の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、4の9の(1)のイのうち地域包括医療病棟に係る基準及び(2)のイを満たしているものとみなす。
(2)	令和●年●月●日時点で地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、4の9の(1)のイのうち地域包括ケア病棟入院料に係る基準を満たしているものとみなす。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 急性期病院B一般入院基本料

(新設) 急性期病院B精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
[施設基準（通知）] 4の9 急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る体制について （2）急性期病院B一般入院料又は急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。 ア 救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。 （イ）医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 （ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 イ「A304」地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。 ウ 当該保険医療機関については、看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、次に掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了した看護師を配置することが望ましい。 （イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修（180時間以上のものに限る。） （ロ）講義及び演習により、次の①から④までを含む研修 ① 病院組織管理 ② 医療の質の確保・医療安全 ③ 多職種連携・人的資源の活用 ④ 医療DXを含む業務の効率化	
[経過措置] （1）令和●年●月●日時点で地域包括医療病棟の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、4の9の（1）のイのうち地域包括医療病棟に係る基準及び（2）のイを満たしているものとみなす。 （2）（略）※前ページの内容 （3）（略）※次ページの内容	

・急性期B（急性期B精神）に求められる体制

ア：（イ）医療計画に記載されている第二次救急医療機関 又は （ロ）救急病院

イ：地域包括医療病棟を持たない医療機関

ウ：看護師長又は看護師長と同等の経験を持ち研修を修了した看護師の配置（望ましい）

(新設) 急性期病院一般入院基本料

(新設) 急性期病院精神病棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案	
4の10	急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る実績について
(1)	急性期病院 A 一般入院料及び急性期病院 A 精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上であること。
(2)	急性期病院 B 一般入院料及び急性期病院 B 精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、次のいずれかを満たすこと。 ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,500件以上であること。 イ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。 ウ 「基本診療料の施設基準等」別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であり、かつ、年間で1,000件以上であること。 エ 別紙●に掲げる離島に属する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であること。
(3)	介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院（以下この項において「介護保険施設」という。）に入所中の患者の救急搬送に関しては、（1）及び（2）の搬送件数に算入しない。ただし、以下のいずれかに該当する場合には、算入することができる。 ア 介護保険施設が協力医療機関に連絡した結果、当該協力医療機関において受入が困難（連絡が取れなかった場合を含む。）であり救急要請した場合 イ 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づく救急搬送の受入れの場合 ウ 急性期病院 A 又は B で救急搬送受入後 3 日以内に当該協力医療機関に転院した場合

[経過措置]

- (1) (2) (略)
- (3) **令和●年●月●日**までの間に限り、4の10の（3）にかかわらず、全ての救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数を（1）及び（2）に算入できる。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 急性期病院一般入院基本料

(新設) 急性期病院精神科棟入院基本料

急性期病院一般入院基本料等の新設

改 定 案
(4) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数のうち、夜間時間帯（22時から翌朝 8 時までをいう。）に受け入れた救急搬送件数が 1 割以上あること。
(5) 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関を確認し、当該協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
(6) (2) ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、当分の間、(2) ウに該当する保険医療機関については、別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であるものとみなし、(2) エに該当する保険医療機関については、(2) エを満たしているものとみなす。

人口20万人以下の地域

急性期病院一般入院基本料等の新設

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

[施設基準 (通知)]

別紙● 人口20 万人以下の地域 (急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準に規定するもの)

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	北渡島檜山	八雲町、長万部町、今金町、せたな町
	後志	小樽市、島牧村、寿都町、黒松内町、蘭越 町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村
	南空知	夕張市、岩見沢市、美唄市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町
	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内 市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	北空知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町
	西胆振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、壮瞥町、洞爺湖町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	上川北部	士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町
	富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
岩手県	胆江	奥州市、金ヶ崎町
	両磐	一関市、平泉町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	釜石	釜石市、大槌町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
宮城県	仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
	相双	相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡 町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯館村
栃木県	県西	鹿沼市、日光市
	県東	真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
群馬県	渋川	渋川市、榛東村、吉岡町
	藤岡	藤岡市、上野村、神流町
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町
	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町
	桐生	桐生市、みどり市
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町
千葉県	安房	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
富山県	新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
	砺波	砺波市、小矢部市、南砺市
石川県	能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
	丹南	鯖江市、越前市、池田町、南越前町、越前町
	嶺南	敦賀市、小浜市、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町
山梨県	峡東	山梨市、笛吹市、甲州市
	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
	富士・東部	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志村、西桂町、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村
長野県	上小	上田市、東御市、青木村、長和町
	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、下諏訪町、富士見町、原村
	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村
	飯伊	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村
	木曽	上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
	北信	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
静岡県	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
	熱海伊東	熱海市、伊東市
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	甲賀	甲賀市、湖南市
	湖東	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町
	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
京都府	丹後	宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町
	中丹	福知山市、舞鶴市、綾部市
	南丹	亀岡市、南丹市、京丹波町
	山城南	木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
	丹波	丹波篠山市、丹波市
	淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市
奈良県	東和	天理市、桜井市、宇陀市、山添村、川西町、三宅町、田原本町、曽爾村、御杖村
	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
和歌山県	那賀	紀の川市、岩出市
	橋本	橋本市、かつらぎ町、九度山町、高野町
	有田	有田市、湯浅町、広川町、有田川町
	御坊	御坊市、美浜町、日高町、由良町、印南町、日高川町
	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
	新宮	新宮市、那智勝浦町、太地町、古座川町、北山村、串本町
鳥取県	中部	倉吉市、三朝町、湯梨浜町、琴浦町、北栄町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	出雲	出雲市
	大田	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	浜田	浜田市、江津市
	益田	益田市、津和野町、吉賀町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	高梁・新見	高梁市、新見市
	真庭	真庭市、新庄村
	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
広島県	広島西	大竹市、廿日市市
	備北	三次市、庄原市

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
山口県	岩国	岩国市、和木町
	柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町
	長門	長門市
	萩	萩市、阿武町
徳島県	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、つるぎ町、三好市、東みよし町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
愛媛県	宇摩	四国中央市
	今治	今治市、上島町
	八幡浜・大洲	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町
	宇和島	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町
高知県	安芸	室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村
	高幡	須崎市、中土佐町、禰原町、津野町、四万十町
	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
福岡県	宗像	宗像市、福津市
	朝倉	朝倉市、筑前町、東峰村
	八女・筑後	八女市、筑後市、広川町
	飯塚	飯塚市、嘉麻市、桂川町
	直方・鞍手	直方市、宮若市、小竹町、鞍手町
	田川	田川市、香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町
	京築	行橋市、豊前市、苅田町、みやこ町、吉富町、上毛町、築上町

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
佐賀県	東部	鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町
	北部	唐津市、玄海町
	西部	伊万里市、有田町
	南部	武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町
長崎県	県南	島原市、雲仙市、南島原市
	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	宇城	宇土市、宇城市、美里町
	有明	荒尾市、玉名市、玉東町、南関町、長洲町、和水町
	鹿本	山鹿市
	菊池	菊池市、合志市、大津町、菊陽町
	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
	八代	八代市、氷川町
	芦北	水俣市、芦北町、津奈木町
	球磨	人吉市、錦町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村、あさぎり町
	天草	上天草市、天草市、苓北町

人口20万人以下の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

急性期病院一般入院基本料等の新設

人口20万人以下の地域

都道府県	二次医療圏	市町村
大分県	東部	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町
	南部	佐伯市
	豊肥	竹田市、豊後大野市
	西部	日田市、九重町、玖珠町
	北部	中津市、豊後高田市、宇佐市
宮崎県	都城北諸県	都城市、三股町
	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
	日南串間	日南市、串間市
	西諸	小林市、えびの市、高原町
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
鹿児島県	南薩	枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市
	川薩	薩摩川内市、さつま町
	出水	阿久根市、出水市、長島町
	曽於	曽於市、志布志市、大崎町
	肝属	鹿屋市、垂水市、東串良町、錦江町、南大隅町、肝付町
	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

急性期病院一般入院基本料等の新設

離島の地域

(急性期病院一般入院基本料、急性期総合体制加算)

[施設基準（通知）]

別紙●

離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3号に規定する離島の地域に該当する地域であって、離島のみで構成されている二次医療圏

都道府県	二次医療圏	市町村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	佐渡	佐渡市
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市

急性期一般入院料 1

重症度、医療・看護必要度の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準（告示）〕 二 一般病棟入院基本料の施設基準等 （１） 一般病棟入院基本料の注１に規定する入院料の施設基準 イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① （略） ② 急性期一般入院料１の施設基準 １ ２以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を<u>二割以上</u>、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を<u>二割七分以上</u>入院させる病棟であること。 ２ 許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を<u>二割一分以上</u>、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を<u>二割八分以上</u>入院させる病棟であること。	〔施設基準（告示）〕 二 一般病棟入院基本料の施設基準等 （１） 一般病棟入院基本料の注１に規定する入院料の施設基準 イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① （略） ② 急性期一般入院料１の施設基準 １ ２以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上を満たす病棟であること。 ２ 許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上を満たす病棟であること。 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目見直しによる基準変更

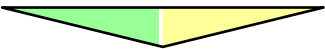
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（急性期一般入院基本料）

現 行	改 定 案
重症度、医療・看護必要度の見直し 〔施設基準（通知）〕 第２ 病院の入院基本料等に関する施設基準 病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～４ （略） ４の２ 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、１０対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （１）（略） （２） 急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近３月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合が、別表２の基準以上であること。 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた加算（救急患者応需係数）を追加	〔施設基準（通知）〕 第２ 病院の入院基本料等に関する施設基準 病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～４ （略） ４の２ 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、１０対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （１）（略） （２） 急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近３月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、 （３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（急性期一般入院基本料）

重症度、医療・看護必要度の見直し

現 行	改 定 案
また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合が、別表４の基準以上であること。なお、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。	また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（３）に規定する救急患者 <u>応需係数を加えた基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）</u>が、別表４の基準以上であること。なお、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（急性期一般入院基本料）

現 行	改 定 案
	重症度、医療・看護必要度の見直し
(新設)	(3) 前項に規定する救急患者応需係数は、当該病棟における病床当たり年間救急搬送受入件数に応じ、ア〜ウに定めるところにより算出する。 ア 「救急搬送受入件数」は、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を受け入れた件数をいう。 イ 「病床当たり年間救急搬送受入件数」とは、当該保険医療機関全体における直近 1 年間の救急搬送受入件数（以下「全救急搬送受入件数」という。）に、直近 1 年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者（救急患者応需補正の算出対象となる病棟に入院した患者に限る。）のうち、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数を、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数で除して得た数をいう。 ウ 救急患者応需係数は、イにより算出した病床当たり年間救急搬送受入件数に、0.005を乗じた数として算出し、救急患者応需補正の上限は 1 割とする。
(新設)	(4) B 項目の測定日及び測定日以外の評価の取扱い別添 6 の別紙 7 の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票」における B 項目の測定及び評価については、次のとおり取り扱う。 ア B 項目の測定は、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院初日から入院 4 日目までの各日に行い、入院 5 日目以降については、直近の測定日から少なくとも 7 日ごとに 1 回以上測定を行うとともに、退院日については必ず測定を行うこと。ただし、患者の状態に明らかな変化が生じた場合には、直近の測定日から 7 日を待たず、測定を実施することが望ましい。 イ アに基づき測定を行った測定日以外の日における B 項目の評価については、直近の測定日における B 項目の評価をもって代替することができる。

・イ：「病床当たり年間救急搬送受入件数」

＝ $\frac{\text{直近1年間の救急搬送受入件数}}{\text{入院基本料を届け出た病床数}}$

・ウ：救急患者応需係数

＝ 「病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005（補正上限は1割）

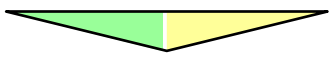
・(4)B項目測定の緩和

（毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後 4 日間及び以降 7 日毎とし、測定日以外の評価は、直近の評価で代替可能）

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（急性期病院一般入院基本料）

重症度、医療・看護必要度の見直し

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
急性期病院 A 一般入院料	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
急性期病院 B 一般入院料	(新設)	(新設)	割合①：●割●分	割合①：●割●分
			割合②：●割●分	割合②：●割●分
急性期一般入院料 1	割合①： 2割1分 割合②： 2割8分	割合①： 2割 割合②： 2割7分	割合①： ●割●分 割合②： ●割●分	割合①： ●割●分 割合②： ●割●分
急性期一般入院料 2	2割2分	2割1分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料 3	1割9分	1割8分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料 4	1割6分	1割5分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料 5	1割2分	1割1分	●割●分	●割●分
7対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）)		割合①： 2割 割合②： 2割7分		割合①： ●割●分 割合②： ●割●分



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（急性期総合体制加算）

重症度、医療・看護必要度の見直し

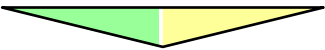
	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
急性期総合体制加算 1	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
急性期総合体制加算 2	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
急性期総合体制加算 3	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
急性期総合体制加算 4	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
急性期総合体制加算 5	(新設)	(新設)	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度の見直し

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）	0.8割	0.7割	●割	●割
7対1入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分
看護必要度加算 1	1割8分	1割7分	●割●分	●割●分
看護必要度加算 2	1割6分	1割5分	●割●分	●割●分
看護必要度加算 3	1割3分	1割2分	●割●分	●割●分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	●割●分	●割●分
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	●割●分	●割●分
看護補助加算 1	0.4割	0.3割	●割●分	●割●分
地域包括ケア病棟入院料	1割	0.8割	●割●分	●割●分
特定一般病棟入院料の注 7	1割	0.8割	●割●分	●割●分



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度の見直し

〔経過措置〕

令和八年三月三十一日において現に次の（１）から（１７）までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、次の（１）から（１７）までに掲げる区分に応じ、当該各（１）から（１７）までに定める基準に該当するものとみなす。

- （１）急性期一般入院料 1 第五の二の（１）のイの②の 1 又は 2
- （２）急性期一般入院料 2 第五の二の（１）のイの③の 1
- （３）急性期一般入院料 3 第五の二の（１）のイの④の 1
- （４）急性期一般入院料 4 第五の二の（１）のイの⑤
- （５）急性期一般入院料 5 第五の二の（１）のイの⑥
- （６）結核病棟入院基本料の七対一入院基本料 第五の四の(1)のイの③
- （７）特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料 第五の五の（１）のイの①の 4
- （８）特定機能病院入院基本料の注 5 のイ 第五の五の（４）のイの②
- （９）特定機能病院入院基本料の注 5 のロ 第五の五の（４）のロの②
- （１０）特定機能病院入院基本料の注 5 のハ 第五の五の（４）のハの②
- （１１）専門病院入院基本料の七対一入院基本料 第五の六の(2)のイの④
- （１２）専門病院入院基本料の注 3 のイ 第五の六の(3)のイの②
- （１３）専門病院入院基本料の注 3 のロ 第五の六の(3)のロの②
- （１４）専門病院入院基本料の注 3 のハ 第五の六の(3)のハの②
- （１５）地域包括医療病棟 第九の六の四の（１）のチ
- （１６）地域包括ケア病棟入院料 第九の十一の二の(1)のハ
- （１７）特定一般病棟入院料の注 7 第九の十九の(5)のロの①又は②

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
【総合入院体制加算（1日につき）】 1 総合入院体制加算 1260点 (新設) (新設) (新設) 2 総合入院体制加算 2200点 (新設) (新設) (新設) 3 総合入院体制加算 3120点 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) ・地域における拠点的な医療機関を評価する観点から、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	【急性期総合体制加算（1日につき）】 1 急性期総合体制加算 1 イ 7日以内の期間●●点 ロ 8日以上11日以内の期間●●点 ハ 12日以上14日以内の期間●●点 2 急性期総合体制加算 2 イ 7日以内の期間●●点 ロ 8日以上11日以内の期間●●点 ハ 12日以上14日以内の期間●●点 3 急性期総合体制加算 3 イ 7日以内の期間●●点 ロ 8日以上11日以内の期間●●点 ハ 12日以上14日以内の期間●●点 4 急性期総合体制加算 4 イ 7日以内の期間●●点 ロ 8日以上11日以内の期間●●点 ハ 12日以上14日以内の期間●●点 5 急性期総合体制加算 5 イ 7日以内の期間●●点 ロ 8日以上11日以内の期間●●点 ハ 12日以上14日以内の期間●●点

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
注 <u>急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、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。この場合において、<u>区分番号A 2 0 0－2に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。</u></u> <u>A 2 0 0－2 急性期充実体制加算</u> <u>（１日につき）</u>	注 <u>総合的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減、処遇の改善に対する体制並びに地域の医療を支える体制</u>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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、<u>急性期総合体制加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、<u>それぞれ所定点数に加算する。</u> <u>（削除）</u>



急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
[施設基準] 一 総合入院体制加算の施設基準 (1) 総合入院体制加算 1 の施設基準 イ 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。 □ 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (新設) (新設) ハ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 (新設) 二 急性期医療に係る実績を十分有していること。 ホ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。	[施設基準] 一 急性期総合体制加算の施設基準 (1) 急性期総合体制加算 1 の施設基準 イ 一般病棟入院基本料（急性期病院A一般入院料に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 □ 地域において総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 ハ 総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績を十分有していること。 二 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。 ホ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 ハ 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。 ト 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (削除) チ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

・加算1は急性期病院Aで、実績を満たす医療機関が対象

ハ：総合的かつ専門的な急性期医療と高度かつ専門的な医療の実績

二：精神疾患患者の急性期治療体制と実績

ハ：入院患者の急変の兆候をとらえて対応する体制の確保

ト：感染対策向上加算 1 の届出

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
△ 次のいずれにも該当すること。 ① 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 (新設) リ②：一般病棟入院基本料等の病床数割合9割以上 (精神病棟入院基本料等の病床数は除く) ② (略) ト <u>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。</u> チ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を<u>三割三分以上</u>入院させる病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<u>三割二分</u>以上入院させる病棟であること。	リ 次のいずれにも該当すること。 ① <u>地域包括医療病棟</u>、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 ② <u>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。</u> ③ (略) (削除) ヌ <u>一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。</u> ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの<u>特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u> ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの<u>特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u>

急性期総合体制加算

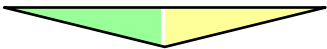
急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
リ 公益財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。 （２）総合入院体制加算２の施設基準 イ （１）のイ、ハ、ヘ及びリを満たすものであること。 ロ 急性期医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。 ニ 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及び実績を有していること。 ホ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割一分以上入院させる病棟であること。	ル 公益財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。 （２）急性期総合体制加算２の施設基準 イ （１）のイ、<u>ロ、ニからリまで</u>及びルを満たすものであること。 （削除） ロ 総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績が<u>一定程度高い水準である</u>こと。 （削除） ハ 一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの<u>特</u> <u>に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割</u> <u>●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合</u> <u>に係る指数が●割●分以上</u>の病棟であること。

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を <u>三割以上</u> 入院させる病棟であること。	② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの 特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上 の病棟であること。



本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
(3) 総合入院体制加算3の施設基準 イ (1) のイ、<u>ハ及びヘ</u>を満たすものであること。 □ <u>(2) の□を満たすものであること。</u> ハ 急性期医療に係る実績を<u>一定程度有していること。</u> ニ 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。 ホ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を<u>二割八分以上入院させる病棟</u>であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<u>二割七分以上入院させる病棟</u>であること。	(3) 急性期総合体制加算3の施設基準 イ (1) のイ、<u>ホからリまで及びル</u>を満たすものであること。 □ <u>地域において総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。</u> ハ <u>総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療</u>に係る実績が<u>高い水準であること。</u> ニ 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<u>及び</u>実績を有していること。 ホ <u>一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。</u> ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの<u>特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟</u>であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの<u>特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟</u>であること。

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
(新設)	(4) 急性期総合体制加算4の施設基準 <u>イ (1) のイ、ホからリまで及びルを満たすものであること。</u> <u>ロ (3) のロ及びニを満たすものであること。</u> <u>ハ 総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績が相当程度あること。</u> <u>ニ 一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。</u> ① <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u> ② <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u> (5) 急性期総合体制加算5の施設基準 <u>イ 一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。</u> <u>ロ 地域において総合的な急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ハ 急性期医療に係る実績を一定程度有していること。</u> <u>ニ 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。</u> <u>ホ (1) のホ、へ、チ並びにリの①（人口20万人未満の地域で救急搬送を最も多く受け入れている保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア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。）及び③を満たすものであること。</u> <u>ハ 一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。</u> ① <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u> ② <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。</u>

・人口の少ない地域で、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の評価

急性期総合体制加算

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
一の二 急性期充実体制加算の施設基準等	(削除)

[経過措置]

- (1) **令和●年●月●日**時点で総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第八の一の
 - (1) のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、(2) のイのうち (1) のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、
 - (3) のイのうち (1) のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、(4) のイのうち (1) のりの①の地域包括医療病棟に係る基準及び
 - (5) の木のうち (1) のりの①の地域包括医療病棟に係る基準を満たしているものとみなす。
- (2) **令和●年●月●日**時点で総合入院体制加算 1 又は 2 の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第八の一の
 - (2) のイのうち (1) のりの②に係る基準及び (4) のイのうち (1) のりの②に係る基準を満たしているものとみなす。
- (3) **令和●年●月●日**時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第九の六の
 - 四の (1) のレ又は (2) のうち (1) のレに係る基準を満たしているものとみなす。



地域包括医療病棟入院料

急性期総合体制加算の新設

現 行	改 定 案
【地域包括医療病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～タ (略) レ 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。 ソ～ネ (略) (新設) (新設)	【地域包括医療病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 地域包括医療病棟入院料 <u>1</u> の施設基準 イ～タ (略) レ <u>急性期総合体制加算</u>の届出を行っていない保険医療機関であること。 ソ～ネ (略) ナ <u>当該保険医療機関内に区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないこと。</u> (2) <u>地域包括医療病棟入院料 2 の施設基準</u> <u>(1) のイからネまでを満たすものであること。</u>

・急性期総合体制加算の新設に伴う記載の変更

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] (新設) 1 一般病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,822点 ロ 10対1入院基本料 1,458点 2 結核病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,822点 ロ 10対1入院基本料 1,458点 ハ 13対1入院基本料 1,228点 ニ 15対1入院基本料 1,053点 3 精神病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,551点 ロ 10対1入院基本料 1,393点 ハ 13対1入院基本料 1,038点 ニ 15対1入院基本料 948点 (新設)	【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 1 特定機能病院A入院基本料 イ 一般病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点 (4) 15対1入院基本料 ●●点 2 特定機能病院B入院基本料 イ 一般病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 (1) 7対1入院基本料 ●●点 (2) 10対1入院基本料 ●●点 (3) 13対1入院基本料 ●●点

・特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、承認基準の変更により3類型に見直されることを踏まえ、評価区分を3区分に見直し

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	(4) 15対1入院基本料 ●●点
	Ⅷ 精神病棟の場合
	(1) 7対1入院基本料 ●●点
	(2) 10対1入院基本料 ●●点
	(3) 13対1入院基本料 ●●点
	(4) 15対1入院基本料 ●●点
	3 特定機能病院C入院基本料
	Ⅰ 一般病棟の場合
	(1) 7対1入院基本料 ●●点
	(2) 10対1入院基本料 ●●点
	Ⅱ 結核病棟の場合
	(1) 7対1入院基本料 ●●点
	(2) 10対1入院基本料 ●●点
	(3) 13対1入院基本料 ●●点
	(4) 15対1入院基本料 ●●点
	Ⅷ 精神病棟の場合
	(1) 7対1入院基本料 ●●点
	(2) 10対1入院基本料 ●●点
	(3) 13対1入院基本料 ●●点
	(4) 15対1入院基本料 ●●点

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
[施設基準] (1) 特定機能病院入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 (新設) (新設) イ 一般病棟 ① 七対一入院基本料の施設基準 1～6 (略) ② 十対一入院基本料の施設基準 1～5 (略) ロ 結核病棟 ① 七対一入院基本料の施設基準 1～4 (略) ② 十対一入院基本料の施設基準 1～3 (略) ③ 十三対一入院基本料の施設基準 1～3 (略) ④ 十五対一入院基本料の施設基準 1～3 (略)	[施設基準] (1) 特定機能病院入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定機能病院A入院基本料の施設基準 ① 通則 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第●条に規定する特定機能病院A（仮称）であること。 ② 一般病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 (1)～(6) (略) 2 十対一入院基本料の施設基準 (1)～(5) (略) ③ 結核病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 (1)～(4) (略) 2 十対一入院基本料の施設基準 (1)～(3) (略) 3 十三対一入院基本料の施設基準 (1)～(3) (略) 4 十五対一入院基本料の施設基準 (1)～(3) (略)

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
八 精神病棟 ① 七対一入院基本料の施設基準 1～4（略） ② 十対一入院基本料の施設基準 1～4（略） ③ 十三対一入院基本料の施設基準 1～5（略） ④ 十五対一入院基本料の施設基準 1・2（略） （新設）	④ 精神病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 ~~（1）~~～~~（4）~~（略） 2 十対一入院基本料の施設基準 ~~（1）~~～~~（4）~~（略） 3 十三対一入院基本料の施設基準 ~~（1）~~～~~（5）~~（略） 4 十五対一入院基本料の施設基準 ~~（1）~~・~~（2）~~（略） □ 特定機能病院B入院基本料の施設基準 ① 通則 医療法施行規則第●条に規定する特定機能病院B （仮称）であること。 ② 一般病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの②の1の（1）から（6）までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの②の2の（1）から（5）までを満たすこと。 ③ 結核病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの③の1の（1）から（4）までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの③の2の（1）から（3）までを満たすこと。

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	3 十三対一入院基本料の施設基準 イの③の3の(1)から(3)までを満たすこと。 4 十五対一入院基本料の施設基準 イの③の4の(1)から(3)までを満たすこと。 ④ 精神病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの④の1の(1)から(4)までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの④の2の(1)から(4)までを満たすこと。 3 十三対一入院基本料の施設基準 イの④の3の(1)から(5)までを満たすこと。 4 十五対一入院基本料の施設基準 イの④の4の(1)及び(4)を満たすこと。 八 特定機能病院C入院基本料の施設基準 ① 通則 イ及びロに定める特定機能病院以外の特定機能病院であること。 ② 一般病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの②の1の(1)から(6)までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの②の2の(1)から(5)までを満たすこと。

特定機能病院入院基本料

特定機能病院入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
	③ 結核病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの③の1の（1）から（4）までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの③の2の（1）から（3）までを満たすこと。 3 十三対一入院基本料の施設基準 イの③の3の（1）から（3）までを満たすこと。 4 十五対一入院基本料の施設基準 イの③の4の（1）から（3）までを満たすこと。 ④ 精神病棟 1 七対一入院基本料の施設基準 イの④の1の（1）から（4）までを満たすこと。 2 十対一入院基本料の施設基準 イの④の2の（1）から（4）までを満たすこと。 3 十三対一入院基本料の施設基準 イの④の3の（1）から（5）までを満たすこと。 4 十五対一入院基本料の施設基準 イの④の4の（1）及び（4）を満たすこと。

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

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【特定集中治療室管理料】 1 特定集中治療室管理料 1 イ 7日以内の期間 14,406点 □ 8日以上期間 12,828点 2 特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 14,406点 (2) 8日以上期間 12,828点 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 14,406点 (2) 8日以上60日以内の期間 13,028点 3 特定集中治療室管理料 3 イ 7日以内の期間 9,890点 □ 8日以上期間 8,307点 4 特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 9,890点 (2) 8日以上期間 8,307点 □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,890点 (2) 8日以上60日以内の期間 8,507点 5 特定集中治療室管理料 5 イ 7日以内の期間 8,890点 □ 8日以上期間 7,307点	【特定集中治療室管理料】 1 特定集中治療室管理料 1 イ 7日以内の期間 ●●点 □ 8日以上期間 ●●点 (削除) 2 特定集中治療室管理料 2 イ 7日以内の期間 ●●点 □ 8日以上期間 ●●点 (削除) 3 特定集中治療室管理料 3 イ 7日以内の期間 ●●点 □ 8日以上期間 ●●点

・広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている特定集中治療室管理料を、簡素化の観点から統合し整理（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者への特定集中治療室管理は加算で評価）

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
6 特定集中治療室管理料 6 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 8,890点 (2) 8日以上14日の期間 7,307点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 8,890点 (2) 8日以上60日以内の期間 7,507点 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保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2、4及び6に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2、4及び6に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、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であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～7 （略）	(削除) 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保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注8に規定する加算を算定する患者に限る。）にあつては60日、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であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～7 （略） ・区分の統合・整理に伴う記載の変更

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者への特定集中治療室管理の評価の新設 〔施設基準〕 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 (1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑧ (略) (新設) □ 特定集中治療室管理料2の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① イを満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	8 <u>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、広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して8日以降60日までの期間に限り、●●点を所定点数に加算する。</u> 〔施設基準〕 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 (1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑧ (略) ⑨ <u>救急医療又は急性期医療に係る実績を相当程度有していること。</u> (削除) ・特定集中治療室を有する病院が担う役割（重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等）を踏まえた実績要件の追加

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
ハ 特定集中治療室管理料<u>3</u>の施設基準 ① イの①、④及び⑧を満たすものであること。 ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③～⑤ （略） ニ 特定集中治療室管理料<u>4</u>の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① ハを満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ホ 特定集中治療室管理料<u>5</u>の施設基準 ① イの①、③、④及び⑧を満たすものであること。 ② 当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③ ハの③を満たすものであること。 ④ （略） ⑤ 届出時点で、継続して3月以上、特定集中治療室管理料1、2、3又は4又は救命救急入院料を算定していること。	□ 特定集中治療室管理料<u>2</u>の施設基準 ① イの①、③、④、⑧及び⑨を満たすものであること。 ② 当該治療室内又は当該治療室の至近の場所に、集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③～⑤ （略） （削除） ハ 特定集中治療室管理料<u>3</u>の施設基準 ① イの①、④、⑧及び⑨を満たすものであること。 （削除） ② □の②及び③を満たすものであること。 ③ （略） （削除） ・医師の配置場所の緩和

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
△ <u>特定集中治療室管理料6の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>ホを満たすものであること。</u> ② <u>広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (2) <u>特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める区分</u> イ 特定集中治療室管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者 (3) <u>特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態</u> 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態 (4)～(8) (略) (新設)	(削除) (削除) (削除) (2)～(8) (略) (9) <u>特定集中治療室管理料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</u> <u>広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u>

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
第2 特定集中治療室管理料 1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準 (1)～(8) (略) (9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。 (11)～(13) (略)	第2 特定集中治療室管理料 1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準 (1)～(8) (略) (9) 当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。 (11)～(13) (略)

・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と施設基準の見直し

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・救急搬送件数と全身麻酔手術件数に関する病院の実績要件の追加 (いずれかを満たす) ア：救急車等搬送件数年1,000件以上（人口少数地域は年800件以上） イ：先進麻酔手術件数年1,000件以上（人口少数地域は年800件以上） ウ：（小児や新生児の特定入院料病床数割合が5割以上の病院） 全身麻酔件数年500件以上（人口少数地域は年400件以上）	(14) 以下のいずれかを満たしていること。なお、全身麻酔の定義は、別添3の第1の1の(4)のアと同様である。 ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で800件以上であること。 イ 全身麻酔による手術件数が年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で800件以上であること。 ウ 許可病床数のうち、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A303」新生児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、「A303」の「2」新生児集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「A307」小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院であって、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。ただし、当該病院であって、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在するものにあっては、当該件数が年間で400件以上であること。

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
2 特定集中治療室管理料 2（<u>広範囲熱傷特定集中治療管理料</u>）に関する施設基準 （1）<u>特定集中治療室管理料 1 の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1 床当たり20平方メートル以上であること。</u> （2）<u>当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。</u> 3 特定集中治療室管理料 3 に関する施設基準 （1）<u>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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</u> （2）（略） （3）<u>特定集中治療室管理料 1 の（5）から（9）、（11）及び（13）を満たすこと。</u> （新設） （4）～（5）（略）	（削除） 2 特定集中治療室管理料 2 に関する施設基準 （1）<u>専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあっては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）に勤務していること。</u> （2）（略） （3）<u>特定集中治療室管理料 1 の（2）、（5）から（8）、（11）、（13）及び（14）を満たすこと。</u> （4）<u>当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務を併せて行わないものとする。</u> （5）～（6）（略）

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
4 特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準 （1）特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすほか、<u>広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。</u> （2）<u>当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。</u> 5 特定集中治療室管理料5に関する施設基準 （1）<u>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。</u> （2）<u>特定集中治療室管理料1の（2）、（5）から（9）まで、（11）及び（13）を満たすこと。</u> （3）<u>特定集中治療室管理料3の（2）及び（4）を満たすこと。</u> （4）<u>当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務を併せて行わないものとする。</u> （5）<u>届出を行う治療室について、届出時点で、継続して3月以上、特定集中治療室管理料1、2、3若しくは4又は救命救急入院料を算定していること。</u>	3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準（削除） （1）特定集中治療室管理料1の（5）から（8）まで及び（11）、（13）及び（14）を満たすこと。 （2）特定集中治療室管理料2の（1）、（2）、（4）及び（5）を満たすこと。 （削除） （削除）

特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
6 特定集中治療室管理料 6 に関する施設基準 (1) 特定集中治療室管理料 5 の施設基準を満たすほか、 広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、 1床当たり15平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。 7～12 (略) (新設)	4～9 (略) 10 特定集中治療室管理料「注 8 」に掲げる広範囲熱傷管理加算の施設基準 (1) 広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

[経過措置]

- (1) 特定集中治療室管理料 2 に係る届出を行う治療室については、令和10年 5 月31 日までの間に限り、2 の(3) (1 の(2)に限る。)に掲げる「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」に該当するものとみなす。
- (2) 令和 8 年 3 月31 日時点で、現に特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、**令和●●年●●月●●日**までの間に限り、1 の(14)に該当するものとみなす。

[経過措置]

令和 8 年 3 月31日時点で特定集中治療室管理料を行っている治療室にあつては、**令和●●年●●月●●日**までの間に限り、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者割合の基準を満たすものとみなす。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

重症患者対応体制強化加算

(特定集中治療室管理料、救命救急入院料)

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 11 特定集中治療室管理料の「注 6」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (1)～(8) 略 (9) 「A 2 0 0－2」急性期充実体制加算及び「A 2 3 4－2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (新設) (新設)	【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 8 特定集中治療室管理料の「注 6」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (1)～(8) 略 (9) 「A 2 3 4－2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であり、かつ、以下のいずれかを満たしていること。 ア 特定機能病院であること。 イ 「A 2 0 0」急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ※救命救急入院料についても同様。

・集中治療領域における重症患者対応の強化と人材育成に関する取組を推進する観点から、特定機能病院も重症患者対応体制強化加算を算定可能に

特定集中治療室遠隔支援加算 (特定集中治療室管理料)

特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 (10) 特定集中治療室管理料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ 特定集中治療室管理料 1 又は特定集中治療室管理料 2 に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。 12 特定集中治療室管理料「注 7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準 被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関における施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。 (1) 被支援側医療機関における施設基準 ア 特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 の届出を行っていること。 イ・ウ (略)	【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 (8) 特定集中治療室管理料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ 特定集中治療室管理料 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。 9 特定集中治療室管理料「注 7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準 被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関における施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。 (1) 被支援側医療機関における施設基準 ア 特定集中治療室管理料 2 又は特定集中治療室管理料 3 の届出を行っていること。 イ・ウ (略)

・特定集中治療室管理料の区分整理に伴う記載変更

特定集中治療室遠隔支援加算 (特定集中治療室管理料)

特定集中治療室管理料の見直し

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

・遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、支援側医療機関の施設基準から被支援側医療機関に含まなければならない地域要件（医療資源の少ない地域）を削除

ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

現 行	改 定 案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 1 ハイケアユニット入院医療管理料 16,889点 2 ハイケアユニット入院医療管理料 24,250点 注 1～4 （略） （新設） ・ハイケアユニットを有する病院が担う医療機能（重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等）に係る実績に応じた評価を行う観点からの見直し 〔施設基準〕 四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）ハイケアユニット入院医療管理料 1 の施設基準イ～リ （略） （新設） （２）ハイケアユニット入院医療管理料 2 の施設基準イ（１）のイから八まで及びへからりまでの基準を満たすものであること。 □・ハ （略） （３）・（４）（略）	【ハイケアユニット入院医療管理料】 1 ハイケアユニット入院医療管理料 1●●点 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2●●点 注 1～4 （略） 5 <u>注 1 に規定するハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号 A 3 0 1 に掲げる特定集中治療室管理料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21日を限度として●●点を算定する。</u> 〔施設基準〕 四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）ハイケアユニット入院医療管理料 1 の施設基準イ～リ （略） <u>又 救急医療又は急性期医療に係る実績を一定程度有していること。</u> （２）ハイケアユニット入院医療管理料 2 の施設基準イ（１）のイから八まで及びへから又までの基準を満たすものであること。 □・ハ （略） （３）・（４）（略）

ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) (新設)	<u>(5) ハイケアユニット入院医療管理料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>(1)のヌ又は(2)のイ((1)のヌに限る。)に掲げる基準</u> <u>(6) ハイケアユニット入院医療管理料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める基準</u> <u>イ(2)のイ((1)のヌを除く。)から八までの基準を満たすものであること。</u> <u>□ 令和八年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和六年厚生労働省告示第五十七号)による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表の特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室であること。</u>
第3 ハイケアユニット入院医療管理料 1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準(1)～(7)(略) (新設)	第3 ハイケアユニット入院医療管理料 1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準(1)～(7)(略) <u>(8) 以下のいずれかを満たしていること。なお、全身麻酔の定義は、別添3の第1の1の(4)のアと同様である。</u> <u>ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあつては、当該件数が年間で800件以上であること。</u>
・ア～ウの実績要件のいずれかを満たす ア：救急搬送件数(年1,000件以上、医療資源少数地域は年800件以上)	

ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・ア～ウの実績要件のいずれかを満たす イ：全身麻酔手術件数（年500件以上、医療資源少数地域は年400件以上） ・ア～ウの実績要件のいずれかを満たす ウ：（特定集中治療室等の病床数割合5割以上の病院） 全身麻酔手術件数（年500件以上、医療資源少数地域は年200件以上） 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2 に関する施設基準 (1) (略) (2) 1の(1)から(4)まで並びに(6)及び(7)の施設基準を満たしていること。	イ 全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間400件以上であること。 ウ 許可病床数のうち、「A301－4」小児特定集中治療室管理料、「A303」新生児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、「A303」の「2」新生児集中治療室管理料、「A303－2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「A307」小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院であって、全身麻酔による手術件数が年間で250件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で200件以上であること。 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2 に関する施設基準 (1) (略) (2) 1の(1)から(4)まで及び(6)から(8)までの施設基準を満たしていること。

[経過措置]

- (1) 令和8年3月31日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、1の(8)に該当するものとみなす。
- (2) 救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績に係る基準のみを満たさない特定集中治療室及びハイケアユニットについて、ハイケアユニット入院医療管理料 2 の他の施設基準を満たしている場合には、(1)の経過措置終了後についても当面の間、ハイケアユニット入院医療管理料の注5に定める点数を算定可能とする。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

	現 行		改 定 案	
	ハイケアユニット用の 重症度、医療・看護必要度 Ⅰの割合	ハイケアユニット用の 重症度、医療・看護必要度 Ⅱの割合	ハイケアユニット用の 重症度、医療・看護必要度 Ⅰの割合	ハイケアユニット用の 重症度、医療・看護必要度 Ⅱの割合
ハイケアユニット 入院医療管理料 1	基準① 1割5分	基準① 1割5分	基準① ●割●分	基準① ●割●分
	基準② 8割	基準② 8割	基準② 8割	基準② 8割
ハイケアユニット 入院医療管理料 2	基準① 1割5分 基準② 6割5分	基準① 1割5分 基準② 6割5分	基準① ●割●分 基準② 6割5分	基準① ●割●分 基準② 6割5分

〔経過措置〕
令和8年3月31日時点で現にハイケアユニット入院医療管理料1又はハイケアユニット入院医療管理料2に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法におけるハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、**令和●●年●●月●●日**までの間は令和8年度改定後のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。

・急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目と患者割合基準の見直し

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
【救命救急入院料】 1 救命救急入院料 1 イ 3日以内の期間10,268点 ロ 4日以上7日以内の期間9,292点 ハ 8日以上7日以内の期間7,934点 2 救命救急入院料 2 イ 3日以内の期間11,847点 ロ 4日以上7日以内の期間10,731点 ハ 8日以上7日以内の期間9,413点 3 救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間10,268点 (2) 4日以上7日以内の期間9,292点 (3) 8日以上7日以内の期間7,934点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間10,268点 (2) 4日以上7日以内の期間9,292点 (3) 8日以上60日以内の期間8,356点 4 救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間11,847点 (2) 4日以上7日以内の期間10,731点 (3) 8日以上7日以内の期間9,413点	【救命救急入院料】 1 救命救急入院料 1 イ 3日以内の期間●●点 ロ 4日以上7日以内の期間●●点 ハ 8日以上7日以内の期間●●点 2 救命救急入院料 2 イ 3日以内の期間●●点 ロ 4日以上7日以内の期間●●点 ハ 8日以上7日以内の期間●●点 (削除) ・簡素化の観点から広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が 分かれている救命救急入院料 1 から 4 の区分を統合し整理 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者への救命救急医療管理は 加算で評価) (削除)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間11,847点 (2) 4日以上7日以内の期間10,731点 (3) 8日以上14日以内の期間9,413点 (4) 15日以上60日以内の期間8,356点 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保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、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であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～11（略）	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保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注12に規定する加算を算定する患者に限る。）にあっては60日、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であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～11（略）



救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者への評価の新設 [施設基準] 二 救命救急入院料の施設基準等 (1) 救命救急入院料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 救命救急入院料1の施設基準 ①・② (略) ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 ④ (略) ⑤ 当該治療室に入院している患者のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。 ⑥ (略)	12 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、<u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して8日以降60日までの期間に限り、●●点を所定点数に加算する。</u> [施設基準] 二 救命救急入院料の施設基準等 (1) 救命救急入院料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 救命救急入院料1の施設基準 ①・② (略) ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。 ④ (略) ⑤ 三の(1)の口の④を満たすものであること。 ⑥ (略) ・看護師配置基準の見直し

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
□ 救命救急入院料 2 の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① <u>イの①から④までを満たすものであること。</u> ② <u>次のいずれかに該当すること。</u> 1 <u>三の(1)のイの①から⑥まで及び⑧を満たすものであること。</u> 2 <u>三の(1)のハの①から④までを満たすものであること。</u> (新設) ハ <u>救命救急入院料 3 の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>イを満たすものであること。</u> ② <u>広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> ニ <u>救命救急入院料 4 の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>□を満たすものであること。</u> ② <u>広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u>	□ 救命救急入院料 2 の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① <u>イの①、②、④及び⑥を満たすものであること。</u> ② <u>当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</u> (削除) (削除) ③ <u>当該治療室に入院している患者のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</u> (削除) (削除)

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(2) 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ 救命救急入院料広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者 (3) 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態 (4)～(11) (略) (新設)	(削除) (削除) (2)～(9) (略) (10) 救命救急入院料の注12に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
第1 救命救急入院料 1 救命救急入院料1に関する施設基準 (1)～(4) (略) (5) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。	第1 救命救急入院料 1 救命救急入院料1に関する施設基準 (1)～(4) (略) (5) 当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(6) <u>当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙18 の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。なお、別添 6 の別紙18 の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の B 項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準には用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。</u>	(削除) ・重症度、医療・看護必要度に関する記載箇所の変更

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(7) <u>ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添6の別紙18の別表1に掲げる「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。</u> <u>なお、実際に患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。</u> <u>(8)・(9) (略)</u> (新設) 2 救命救急入院料2に関する施設基準 救命救急入院料1の(1)から<u>(5)まで及び(8)ならびに(9)の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料1又は3の施設基準（特定集中治療室管理料1の(12)の施設基準又は特定集中治療室管理料3の(5)の施設基準を除く）を満たすものであること。</u>	(削除) ・重症度、医療・看護必要度に関する記載箇所の変更 <u>(6)・(7) (略)</u> <u>(8) 特定集中治療室管理料1の(6)から(8)まで及び(11)並びに特定集中治療室管理料2の(2)及び(5)の施設基準を満たすものであること。</u> 2 救命救急入院料2に関する施設基準 <u>(1) 救命救急入院料1の(1)から(7)までの施設基準を満たすこと。</u>

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	(2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。 また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。なお、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準には用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。
(新設)	(3) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けた者が行うものであること。ただし、別添6の別紙18の別表1に掲げる「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。なお、実際に患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

救命救急入院料

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
3 救命救急入院料 3 に関する施設基準 (1) 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1 床当たり15平方メートル以上であること。 また、平成26年 3 月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。 4 救命救急入院料 4 に関する施設基準 (1) 救命救急入院料 2 の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1 床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年 3 月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。 5～12 (略)	(削除) ・区分の見直しによる広範囲熱傷特定集中治療管理基準の記載削除 (新設された加算の基準に移動) (削除) 3～10 (略)

広範囲熱傷管理加算（救命救急入院料）

救命救急入院料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・広範囲熱傷特定集中治療管理基準（現行の基準から変更なし）	11 救命救急入院料「注12」に掲げる広範囲熱傷管理加算の施設基準 (1) 広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。 また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとみなす。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）～（２）（略） （新設） （３）～（１２）（略） 第４ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 １ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準 （１）～（２）（略） （新設） （３）～（１２）（略）	〔施設基準〕 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）～（２）（略） （３）脳卒中の治療について、相当の実績を有していること。 （４）～（１３）（略） 第４ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 １ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準 （１）～（２）（略） （３）当該保険医療機関において「A 2 0 5－2」超急性期脳卒中加算と「K 1 7 8－4」経皮的脳血栓回収術を合計して年間20回以上算定していること。 （４）～（１３）（略）

〔経過措置〕
令和８年３月31日時点において現に脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和８年12月31日までの間に限り、１の（３）に該当するものとみなす。

・脳卒中の医療体制の構築に係る「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の有用性を踏まえ、「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績（計20回以上/年）を要件に追加

地域包括医療病棟入院料

地域包括医療病棟の見直し

現 行	改 定 案
【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 （新設） ・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、手術や緊急入院の有無に応じて入院料をイ～ハに分ける（次ページ参照） （新設） ・急性期病棟の併設の有無により地域包括病棟入院料区分を分ける（１：一般病棟入院基本料算定病棟併設なし、２：併設あり） 【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、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A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（１日につき） 1 地域包括医療病棟入院料 1 イ 入院料 1●●点 ロ 入院料 2●●点 ハ 入院料 3●●点 2 地域包括医療病棟入院料 2 イ 入院料 1●●点 ロ 入院料 2●●点 ハ 入院料 3●●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、当該基準に係る区分に従って、それぞれ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A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

地域包括医療病棟入院料

地域包括医療病棟の見直し

現 行	改 定 案
(新設) 入院料 1：緊急入院で主傷病に対する手術を実施しない患者 入院料 2：緊急入院で主傷病に対する手術を実施又は 予定入院で手術を実施しない患者 入院料 3：予定入院で主傷病に対する手術を実施する患者 [施設基準] (1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ネ (略) (新設) (新設) (2)～(10) (略)	<u>2 入院料 1 については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料 2 については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料 3 については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。</u> [施設基準] (1) 地域包括医療病棟入院料 1 の施設基準 イ～ネ (略) <u>ナ 当該保険医療機関内に区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないこと。</u> <u>(2) 地域包括医療病棟入院料 2 の施設基準</u> <u>(1) のイからネまでを満たすものであること。</u> <u>(3)～(11) (略)</u>

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (地域包括医療病棟入院料)

地域包括医療病棟の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括医療病棟入院料】 〔算定要件〕 注1～9（略） 10 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として80点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 3 3－2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 (新設) (新設)	【地域包括医療病棟入院料】 〔算定要件〕 注1～9（略） 10 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 3 3－2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 イ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 1 ●●点 ロ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 2 ●●点

・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進するため、加算の体系を見直し



地域包括医療病棟入院料

地域包括医療病棟の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括医療病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ト (略) チ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を<u>一割六分以上</u>入院させる病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<u>一割五分以上</u>入院させる病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。 ル～ネ (略)	【地域包括医療病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 地域包括医療病棟入院料<u>1</u>の施設基準 イ～ト (略) チ 次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の<u>割合に係る指数が●割●分以上</u>の病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の<u>割合に係る指数が●割●分以上</u>の病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>二十日以内を原則として、八十五歳以上の患者の割合が二割を増すごとに一を加えた日数</u>以内であること。 ル～ナ (略)

・誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の基準を見直し

・高齢者の特性に配慮し、平均在院日数要件について、85歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 12,229点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,215点) 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 22,166点 (生活療養を受ける場合にあつては、2,151点) 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 31,917点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,902点) 4 回復期リハビリテーション病棟入院料 41,859点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,845点) 5 回復期リハビリテーション病棟入院料 51,696点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,682点) 6 回復期リハビリテーション入院医療管理料1,859点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,845点) 〔算定要件〕 注 1 （略） 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。	【回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）】 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 6 回復期リハビリテーション入院医療管理料●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) 〔算定要件〕 注 1 （略） 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注 1 のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。 ・入院料 1～4 について、土曜日、休日を含めた全ての日にリハビリテーション提供体制を整備していることが要件化されることに伴い、入院料 3・4 を休日リハビリテーション提供体制加算の算定対象から除外

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。	3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。

・退院前訪問指導料を出来高で算定できるよう見直し

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
(新設) 4 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を<u>限度として算定する</u>。	4 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者1人につき1日につき●●点を所定点数に加算する。</u> 5 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を<u>超えて算定する場合、100分の●●に相当する点数を算定する</u>。

・入院料1病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出、退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1)～(6) (略) (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、「A 2 4 6」入退院支援加算の注 4 に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又は F I M の結果を入院時に測定された日常生活機能評価又は F I M とみなす。 (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的 (2 週間に 1 回以上) に日常生活機能評価又は F I M の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。	A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1)～(6) (略) (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、評価にあたっては F I M を用いることが望ましい。また、「A 2 4 6」入退院支援加算の注 4 に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又は F I M の結果を入院時に測定された日常生活機能評価又は F I M とみなす。 (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的 (2 週間に 1 回以上) に日常生活機能評価又は F I M の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、評価にあたっては F I M を用いることが望ましい。



・日常生活機能評価又は機能的自立度評価法 (FIM) の測定を行うこととされているものについて、FIMによる測定が望ましいとする記載の追加

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）（略） （２）回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準イ～ホ（略） ヘ 当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。 ト（略） チ <u>重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はF I Mが改善していること。</u> リ（略） ヌ（略） ル（略） ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。 カ（略） （３）回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準（２）のイ、ロ及びニからヲまでを満たすものであること。（新設）	〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）（略） （２）回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準イ～ホ（略） ヘ 当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。 ト（略） （削除） チ（略） リ（略） ヌ（略） ル（略） ヲ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。 ワ（略） （３）回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準 イ（２）のイ、ロ、ニからルまで及びワを満たすものであること。 ロ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。</u>

・重症患者割合基準の見直し
・「重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又はFIMが改善した患者の割合」要件を削除
・実績指数基準の見直し

〔経過措置〕 ・令和 8 年 3 月 31 日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 又は 4 の届出を行っている病棟については、同年 9 月 30 日までの間に限り、（３）のロ及び（５）のロを満たしているものとする。

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準イ (略) (新設) □ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>三割以上</u>が重症の患者であること。 ハ (略) ニ <u>重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u> ホ・ヘ (略) (新設) ト リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十五以上</u>であること。 チ (2) の<u>カ</u>を満たすものであること。 (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準(4) のイから<u>ハまで</u>を満たすものであること。 (新設) (6) (略)	(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準イ (略) ロ 休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。 ハ 当該病棟において、新規入院患者のうち<u>●●割以上</u>が重症の患者であること。 ニ (略) (削除) ホ・ヘ (略) ト 介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業に協力する体制を確保していること。 チ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>●●以上</u>であること。 リ (2) の<u>ワ</u>を満たすものであること。 (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準イ (4) のイから<u>トまで及びリ</u>を満たすものであること。 ロ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。 (6) (略)

〔経過措置〕 ・令和8年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料2又は4の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、(3)のロ及び(5)のロを満たしているものとする。

・令和8年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、(4)のロを満たしているものとする。

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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 イ (略) □ 当該病室において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ハ・ニ (略) ホ <u>当該病室において、重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はF I Mが改善していること。</u> (8)・(9) (略) (新設)	(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 イ (略) □ 当該病室において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。 ハ・ニ (略) (削除) (8)・(9) (略) (10) 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準 イ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準を満たしていること。</u> ロ <u>リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。</u> ハ <u>退院前訪問指導について、十分な実績を有していること。</u> ニ <u>排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 を算定する場合、重症の患者（別添 7 の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「F I M」という。）得点で 55 点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち 4 割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ・重症患者の対象に高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加 ア・イ（略） (6) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日に於いて、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の 1 日当たりリハビリテーション提供単位数も平均 2 単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (4) 重症の患者（別添 7 の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「F I M」という。）得点で●●点以上 55 点以下の患者（F I M の測定により適合していることが望ましい。）、高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）又は脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち●●割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア・イ（略） (5) 当該保険医療機関において、<u>土曜日</u>、休日を含め全ての日に於いて、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、<u>土曜日</u>、休日の 1 日当たりリハビリテーション提供単位数も平均●●単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

特定機能病院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等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 二十一 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準イ～ヌ（略） ル 当該病棟において、新規入院患者のうち五割以上が重症の患者であること。 ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十</u>以上であること。	【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 二十一 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準イ～ヌ（略） ル 当該病棟において、新規入院患者のうち●●<u>割</u>以上が重症の患者であること。 ヲ（略） ワ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●<u>以上</u>であること。

・重症患者割合基準の見直し
・実績指数基準の見直し

退院前訪問指導料

回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

現 行	改 定 案
【退院前訪問指導料】 〔算定要件〕 (1)～(4) (略) (新設) (5)・(6)	【退院前訪問指導料】 〔算定要件〕 (1)～(4) (略) (5) 当該指導料を算定する患者について、「H003－2」リハビリテーション総合計画評価料の注3に規定する入院時訪問指導加算を併算定することはできない。 (6)・(7)

・退院前訪問指導料とリハビリテーション総合計画量の入院時訪問指導加算との併算定は出来ないことの追加

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
【別表】 〔施設基準〕 別表第五の二 療養病棟入院基本料 （疾患・状態については、入院料 1 から入院料 9 まで及び入院料28から入院料30までに限り、処置等については、入院料 1 から入院料 3 まで、入院料10から入院料12まで及び入院料19から入院料21までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料 A に限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一 対象となる疾患・状態 スモン 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 (新設) ・医療的ケア児の受入を評価する観点から、超重症児（者）・準超重症児（者）に該当する小児を、それぞれ疾患・状態に係る医療区分 3、2 に追加 二 対象となる処置等 中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔おう吐、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、消化管瘻ろう若しくは急性腭すい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。）	【別表】 〔施設基準〕 別表第五の二 療養病棟入院基本料 （疾患・状態については、入院料 1 から入院料 9 まで及び入院料28から入院料30までに限り、処置等については、入院料 1 から入院料 3 まで、入院料10から入院料12まで及び入院料19から入院料21までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料 A に限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一 対象となる疾患・状態 スモン 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 <u>区分番号 A 2 1 2 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。）</u> 二 対象となる処置等 中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔おう吐、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、消化管瘻ろう若しくは急性腭すい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。）

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。） 人工呼吸器の使用 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理（新設） 別表第五の三 療養病棟入院基本料 （疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料4から入院料6まで、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料B及び入院基本料Cに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一 対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺ひ、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）	点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。） 人工呼吸器の使用 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 別表第五の三の二の（１）及び（２）のいずれにも該当するもの 別表第五の三 療養病棟入院基本料 （疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料4から入院料6まで、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料B及び入院基本料Cに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一 対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） （新設） ・非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態で、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を、疾患・状態の医療区分３に追加 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。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 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。） 末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。） 末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。） 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。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
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。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態 （新設） 二 対象となる処置等 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。） 肺炎に対する治療 尿路感染症に対する治療 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。） 脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。） 頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態 <u>区分番号A 2 1 2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。）</u> 二 対象となる処置等 （削除）

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
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実施するものに限る。） 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 せん妄に対する治療 うつ症状に対する治療 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 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して行うものに限る。） 一日八回以上の喀痰吸引 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。） 頻回の血糖検査 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。） （新設）	・記載方法の変更 （１）感染症の治療に係る処置 <u>肺炎に対する治療</u> <u>尿路感染症に対する治療</u> <u>脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。）</u>

療養病棟入院基本料

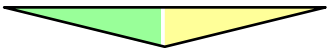
療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	<u>頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）</u> <u>経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）</u> (2) 創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 <u>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実施するものに限る。）</u> <u>末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</u> <u>創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療</u> <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。）</u> <u>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</u> <u>気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）</u> (3) その他の処置 <u>一日八回以上の喀痰吸引</u>
(新設)	

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	<u>頻回の血糖検査</u> <u>酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に</u> <u>対して実施するものを除く。）</u> <u>せん妄に対する治療</u> <u>うつ症状に対する治療</u> <u>（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</u> <u>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</u> <u>行っている場合に限る。）</u>



療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 （１）療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ 略 ハ 療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。	【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 （１）療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ 略 ハ 療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が六割以上であること。

〔経過措置〕

令和８年３月31日において現に療養病棟入院料２を届け出ている保険医療機関については、令和●年●月●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）のハに該当するものとみなす。

・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、療養病棟入院料２で求められる医療区分２・３の患者割合を５割から６割に引き上げ、経過措置を設定

障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料等の見直し

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

・患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、主傷病名が廃用症候群の患者は、療養病棟に準じた評価とする（廃用症候群を発症する以前から重度の肢体不自由児（者）に該当していた患者は除く。）

看護補助加算（障害者施設等入院基本料）

障害者施設等入院基本料における
看護補助者に係る加算の見直し

現 行	改 定 案
【看護補助加算】 〔算定要件〕 9 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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。 イ 14日以内の期間 146点 □ 15日以上30日以内の期間 121点 （新設）	【看護補助加算】 〔算定要件〕 9 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（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。 イ 14日以内の期間 ●●点 □ 15日以上30日以内の期間 ●●点 <u>ハ イ及びロ以外</u> ●●点

・看護職員と看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、評価の見直しと30日超の区分を新設

看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）

障害者施設等入院基本料における
看護補助者に係る加算の見直し

現 行	改 定 案																														
10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 <table><tr><td>（1）看護補助体制充実加算1</td><td>176点</td></tr><tr><td>（2）看護補助体制充実加算2</td><td>161点</td></tr><tr><td>（3）看護補助体制充実加算3</td><td>151点</td></tr></table> ロ 15日以上30日以内の期間 <table><tr><td>（1）看護補助体制充実加算1</td><td>151点</td></tr><tr><td>（2）看護補助体制充実加算2</td><td>136点</td></tr><tr><td>（3）看護補助体制充実加算3</td><td>126点</td></tr></table> （新設）	（1）看護補助体制充実加算1	176点	（2）看護補助体制充実加算2	161点	（3）看護補助体制充実加算3	151点	（1）看護補助体制充実加算1	151点	（2）看護補助体制充実加算2	136点	（3）看護補助体制充実加算3	126点	10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 <table><tr><td>（1）看護補助体制充実加算1</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（2）看護補助体制充実加算2</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（3）看護補助体制充実加算3</td><td>●●点</td></tr></table> ロ 15日以上30日以内の期間 <table><tr><td>（1）看護補助体制充実加算1</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（2）看護補助体制充実加算2</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（3）看護補助体制充実加算3</td><td>●●点</td></tr></table> ハ イ及びロ以外 <table><tr><td>（1）看護補助体制充実加算1</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（2）看護補助体制充実加算2</td><td>●●点</td></tr><tr><td>（3）看護補助体制充実加算3</td><td>●●点</td></tr></table>	（1）看護補助体制充実加算1	●●点	（2）看護補助体制充実加算2	●●点	（3）看護補助体制充実加算3	●●点	（1）看護補助体制充実加算1	●●点	（2）看護補助体制充実加算2	●●点	（3）看護補助体制充実加算3	●●点	（1）看護補助体制充実加算1	●●点	（2）看護補助体制充実加算2	●●点	（3）看護補助体制充実加算3	●●点
（1）看護補助体制充実加算1	176点																														
（2）看護補助体制充実加算2	161点																														
（3）看護補助体制充実加算3	151点																														
（1）看護補助体制充実加算1	151点																														
（2）看護補助体制充実加算2	136点																														
（3）看護補助体制充実加算3	126点																														
（1）看護補助体制充実加算1	●●点																														
（2）看護補助体制充実加算2	●●点																														
（3）看護補助体制充実加算3	●●点																														
（1）看護補助体制充実加算1	●●点																														
（2）看護補助体制充実加算2	●●点																														
（3）看護補助体制充実加算3	●●点																														
（1）看護補助体制充実加算1	●●点																														
（2）看護補助体制充実加算2	●●点																														
（3）看護補助体制充実加算3	●●点																														

・看護職員と看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点から、評価の見直しと30日超の区分を新設

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

現 行	改 定 案
【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 （3）療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用 療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、<u>別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。</u>	【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 （3）療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用 療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、<u>別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。</u>
・別表で示されている除外薬剤の記載等の整理（別表第五に記載されていた薬剤を別表第五の一の二に移行等）に伴い、「別表第五」の記載削除	※ <u>有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び短期滞在手術等基本料についても同様</u>

・「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の
範囲の見直し

現 行	改 定 案
【基本診療料の施設基準等 別表】 〔施設基準〕 別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除外薬剤・注射薬 一 （略） 二 （略） 三 これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。） 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、HIF－PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬 四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。） 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬限る。）	【基本診療料の施設基準等 別表】 〔施設基準〕 別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置 一 （略） 二 （略） （削除） （削除） ・別表第五に記載されていた薬剤を削除し、別表第五の一の二に移行

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の
範囲の見直し

現 行	改 定 案
別表第五の一の二 <u>特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬</u> <u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u> （新設） ・血友病の患者に使用する医薬品について、血友病類縁疾患に使用する場合を含める（「血友病の患者」から「血友病等の患者」に見直し）	別表第五の一の二 <u>次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>一 緩和ケア病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</u> <u>血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u>

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の
範囲の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤・注射薬 別表第五の一の二の一に定める薬剤 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。） 疼痛コントロールのための医療用麻薬 エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） HIF-α阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。） JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）

- ・特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬に下記薬剤を追加（地域包括ケア病棟入院料等と包括範囲が統一される）
○抗悪性腫瘍剤 ○疼痛コントロールのための医療用麻薬 ○エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
- ・各入院料共通の除外薬剤に、生物学的製剤とJAK阻害薬を追加
（いずれも免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の
範囲の見直し

現 行	改 定 案
（新設）	三 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬 別表第五の一の二の一及び二に定める薬剤 クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） 持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）

・精神科病棟で算定される特定入院料の除外薬剤・注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加

現 行	改 定 案
別表第五の一の三 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。） 、 疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 、 ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 、 エポエチンベータペグ（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 、 H I F－P H阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 、 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 、 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 及び 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	（削除）

・別表第五の一の二に統合

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

除外薬剤・注射薬（基本診療料）

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の
範囲の見直し

現 行	改 定 案
別表第五の一の四 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料及び精神科地域包括ケア病棟入院料の除外薬剤・注射薬	(削除)
インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）	・別表第五の一の二に統合
抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）	
血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	
クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）	
持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）	
別表第五の一の五 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬	(削除)
インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）	
抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）	
血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	
クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）	・別表第五の一の二に統合
持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）	

老健で算定できる薬剤

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

現 行	改 定 案
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 〔施設基準〕 三 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 H I F－P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用 ・老健で算定できる薬剤に、JAK阻害薬を追加（免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。） 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用 四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 医科点数表区分番号B 0 0 1－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ、2のイ又は3のイ（略） 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用	【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 〔施設基準〕 三 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 H I F－P H 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用 <u>J A K 阻 害 薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</u> 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用 四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 医科点数表区分番号B 0 0 1－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ、2のイ又は3のイ（略） 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

老健で算定できる薬剤

入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

現 行	改 定 案
インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	<u>生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）</u> インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

- ・老健で算定できる薬剤に、生物学的製剤を追加（免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
- ・血友病の患者に使用する医薬品について、血友病類縁疾患に使用する場合を含める

DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

第1 基本的な考え方

DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. 医療機関別係数の見直し
(1) 基礎係数（医療機関群の設定等）

・DPC標準病院群の基礎係数を救急車等搬送件数などの基準を満たす病院とそれ以外の病院で分けて設定する

医療機関群の設定についての基本的な考え方は従前の設定方法を維持し、3つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）を設定する。DPC特定病院群については、従前の設定要件及び基準値の考え方を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。また、DPC標準病院群のうち、以下のいずれかに該当する医療機関（以下「DPC標準病院群1」という。）については、それ以外の医療機関（以下「DPC標準病院群2」という。）と基礎係数の評価を区別する（**令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院入院基本料A又はBの届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。**）。

- ①救急車等による搬送により入院した患者数が年間で700人以上であること。
- ②救急車等による搬送により入院した患者数が年間で200人以上であり、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。
- ③人口20万人以下の二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であり、かつ、年間で400人以上であること。
- ④離島のみで構成されている二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であること。



DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

(2) 機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(3) 機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数

複雑性係数の評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療係数のうち定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す（別表2参照）。

また、地域医療係数のうち体制評価指数について、「認定ドナーコーディネーターの院内配置」及び「地域の需要変動への応答性」に係る項目を新設する（別表4参照）。

その他の機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数については、従前の評価方法を維持し、再設定を行う（別表2～別表4参照）。

(4) 激変緩和係数

従前の考え方を維持し、診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が2%を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する（診療報酬改定のない年度の当該係数は0とする。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高実績点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

- ・複雑性係数：1入院あたりの包括範囲出来高点数による算出から入院期間Iまでの包括範囲出来高点数を用いた算出に変更（入院初期に医療資源投入量が多く必要な疾患を多く受け入れている病院がより評価される）（P111参照）
- ・地域医療係数（定量評価指数）：DPC標準病院群の評価を地域のがん・脳卒中・心筋梗塞等・周産期の患者のシェアをより評価（P190参照）
- ・地域医療係数（体制評価指数）：「認定ドナーコーディネーターの院内配置」「地域の需要変動への応答性」項目の新設（P193参照）



DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

3. 診断群分類の見直し

(1) 診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

(2) 点数設定方式A～Cにおける入院期間Ⅱの見直し

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

(3) 新型コロナウイルス感染症に係る取扱いの見直し

医療資源を最も投入した傷病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者について出来高算定とする取扱いを見直すとともに、診断群分類の設定等、必要な見直しを行う。

4. 算定ルールの見直し

DPC算定対象となる病棟等（以下「DPC算定病棟等」という。）から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間を問わず、原則として一連の入院として扱うこととするよう、要件を見直す。

5. 退院患者調査の見直し

データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目の見直しを行う。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。

- ・一部の診断群分類の入院期間Ⅱを「平均在院日数」から「在院日数の中央値」に見直し（入院期間Ⅱの短縮）
- ・再転棟ルール（7日以内の再転棟を一連の入院とするルール）の日数の規定を削除し、転棟後の期間を問わず原則として一連の入院とする運用への見直し
- ・提出データ項目の見直し



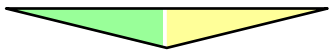
DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表 4 <体制評価指数の具体的な評価内容（令和 8 年度）>（下線部太字が見直し内容）

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは7：5）構成	体制評価指数：5 疾病 6 事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1:1 小児（15歳未満）と2)それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては、1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分） DPC標準病院群にあっては、1) 小児（15歳未満）及び周産期と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）し、2) それ以外（15歳以上）については、更に① がん、② 脳卒中及び③ 心筋梗塞等の心血管疾患に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）。 大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏、DPC標準病院群は2次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を計算対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 〔当該医療機関の全患者について、診断群分類ごとに全DPC/PDPS対象病院における在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数の平均〕／〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

評価対象：令和 6 年10月1日～令和 7 年9月30日データ



DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表 3 <救急補正係数の具体的な評価内容（令和 8 年度）>

救急補正係数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例当たり〔以下の患者について、入院後 2 日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算 2 相当の指数値は 1 / 2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A300救命救急入院料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

評価対象：令和 6 年10月1日～令和 7 年9月30日データ



DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表 3 <救急補正係数の具体的な評価内容（令和 8 年度）>

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績（0.5P）	入院中にK5601～K5605,K560-21～K560-23,K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
精神疾患	精神科入院医療への評価	・A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) ・A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	・災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） ・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		

評価対象：令和 6 年10月1日～令和 7 年9月30日データ

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表 4 <体制評価指数の具体的な評価内容（令和 8 年度）>（下線部太字が見直し内容）

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター（0.5P） ・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P） ・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結（入院に係るものに限る）（0.5P）		
治験等の実施	治験や臨床研究等の実績を評価	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P） （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
		認定ドナーコーディネーターの院内配置（過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が0件の医療機関に限る。）（0.5P）（令和9年度以降の評価）		

評価対象：令和 6 年10月1日～令和 7 年9月30日データ



DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表４　＜体制評価指数の具体的な評価内容（令和８年度）＞（下線部太字が見直し内容）

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
医療の質向上に向けた取組	医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価	・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P） ・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P） ・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）		
医師少数地域への医師派遣機能	医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価	（評価は行わない）	・「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に３年以上在籍しているものに限る。）（1P）	（評価は行わない）
地域の需要変動への応答性	地域の需要変動へ柔軟に対応できる体制を評価	各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る。）の割合のばらつき（-1P）		

地域医療計画等における一定の役割を13項目（大学病院本院群は14項目）で評価
（１項目最大1P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：8P。**下限は0P。**）

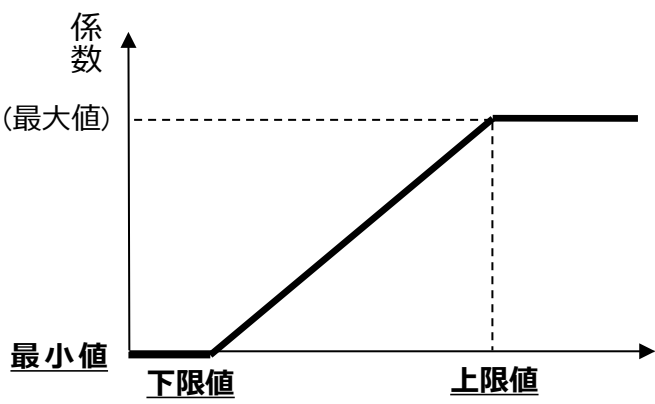
評価対象：令和６年10月1日～令和７年9月30日データ

DPC／PDPSの見直し

DPC／PDPSの見直し

別表 4 <体制評価指数の具体的な評価内容（令和 8 年度）>（下線部太字が見直し内容）

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値 （※ 1）	0	群ごとに評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療（定量）	1.0（※ 2）	0	0	群ごとに評価（※ 4）
（体制）	1.0	0	0	
救急補正	97.5%tile 値	0（※ 3）	0	全群共通で評価



- ※ 1 在院日数短縮の評価という趣旨から、全群共通の下限値を設定
- ※ 2 **DPC 標準病院群については、疾患領域毎の地域シェアが相対的に著しく高い医療機関が存在することを踏まえ、上限値（95%tile 値）を設定する。**
- ※ 3 報酬差額の評価という趣旨から設定
- ※ 4 **地域医療係数については、DPC 標準病院群のうち、DPC 標準病院群 1 とDPC 標準病院群 2 で、それぞれ評価を行う。**

<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- **がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMIS への参加、「医師少数区域」への派遣医師数**
・ 特に規定する場合を除き、下限値は0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0 でないデータ）の25%tile 値（大学病院本院群及びDPC 特定病院群にあっては50%tile 値）を各項目の上限値とする。
- **脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績**
・ 実績を有するデータ（評価指標が0 でないデータ）の25%tile 値（大学病院本院群及びDPC 特定病院群にあっては50%tile 値）を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす、25%tile 値（大学病院本院群及びDPC 特定病院群にあっては50%tile 値）に満たない場合は0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさないとする。
- **各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る）の割合のばらつき**
・ **97.5%tile 値を満たす場合は0 ポイント（指数）、97.5%tile 値に満たない場合は-1 ポイント（指数）とする。**

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

短期滞在手術等基本料 1・3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
【短期滞在手術等基本料】 1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 （2）（1）以外の場合 2,718点 □ イ以外の場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点 （2）（1）以外の場合 1,359点 2 短期滞在手術等基本料 3（4泊5日までの場合） イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場 合 イ 安全精度管理下で行うもの 9,537点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,463点） □ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場 合 □ その他のもの 8,400点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ D 2 3 7－2 反復睡眠潜時試験（M S L T） 12,676点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,602点）	【短期滞在手術等基本料】 1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 （2）（1）以外の場合 ●●点 □ イ以外の場合 （1）麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 （2）（1）以外の場合 ●●点 2 短期滞在手術等基本料 3（4泊5日までの場合） イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場 合 イ 安全精度管理下で行うもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） □ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場 合 □ 保険医療機関内又は訪問して実施するもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ D 2 3 7－2 反復睡眠潜時試験（M S L T） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として） 9,194点 （生活療養を受ける場合にあつては、9,120点） ホ D 2 9 1－2 小児食物アレルギー負荷検査 5,278点 （生活療養を受ける場合にあつては、5,204点） ヘ D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,262点 （生活療養を受ける場合にあつては、10,188点） ト K 0 0 7－2 経皮的放射線 治療用金属マーカー留置術 30,882点 （生活療養を受ける場合にあつては、30,808点） チ K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に 限る。） 14,667点 （生活療養を受ける場合にあつては、14,593点） リ K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 （手舟状骨に限る。） 36,240点 （生活療養を受ける場合にあつては、36,166点）	ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ホ D 2 9 1－2 小児食物アレルギー負荷検査 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ヘ D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ト K 0 0 7－2 経皮的放射線 治療用金属マーカー留置術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） チ K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 8 手軟部腫瘍 摘出術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） リ K 0 4 6 骨折観血的手術 6 手舟状骨骨折観血的手 術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ヌ K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、 下腿（前腕に限る。） 19,082点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,008点） ル K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖 骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 20,549点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,475点） ヲ K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、 膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） 14,893点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,819点） （新設） ワ K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足） （手に限る。） 13,653点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,579点） カ K 0 9 3－2 関節鏡下手根管開放手術 18,038点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,964点）	ヌ K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 6 前腕 骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ル K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 8 鎖骨 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヲ K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 10 手 根骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヅ K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 11 中 手骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） カ K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヨ K 0 9 3－2 手根管開放手術（内視鏡下） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）

・在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ㄣ K 1 9 6－2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 32,137点 （生活療養を受ける場合にあつては、32,063点） ㄥ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（片側） 8,663点 （生活療養を受ける場合にあつては、8,589点） ㄷ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（両側） 13,990点 （生活療養を受ける場合にあつては、13,916点） ㄹ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（片側） 6,524点 （生活療養を受ける場合にあつては、6,450点） ㄺ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（両側） 14,425点 （生活療養を受ける場合にあつては、14,351点） ㄻ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法（片側） 11,000点 （生活療養を受ける場合にあつては、10,926点）	ㄥ K 1 9 6－2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ㄷ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ㄹ K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ㄺ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ㄻ K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ㄽ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ナ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法（両側） 19,357点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>19,283点</u>） ㇿ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの（片側） 10,493点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,419点</u>） ㇾ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの（両側） 17,249点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>17,175点</u>） ㇽ K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） 8,437点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>8,363点</u>） ㇼ K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） 13,030点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>12,956点</u>） ㇻ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法（片側） 13,877点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>13,803点</u>） ㇺ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法（両側） 19,632点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>19,558点</u>）	ㇽ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇾ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇿ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇽ K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇼ K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇻ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） ㇺ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ク K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施（片側） 20,488点 （生活療養を受ける場合にあつては、20,414点） ヤ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施（両側） 33,119点 （生活療養を受ける場合にあつては、33,045点） マ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） 16,748点 （生活療養を受ける場合にあつては、16,674点） ケ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） 28,464点 （生活療養を受ける場合にあつては、28,390点） コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 34,516点 （生活療養を受ける場合にあつては、34,442点）	ヤ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） マ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ケ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） コ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 67,946点 （生活療養を受ける場合にあっては、67,872点） エ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 17,457点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,383点） テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） 31,685点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,611点） ア K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側） 14,901点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,827点） サ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,413点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,339点） キ K 3 1 8 鼓膜形成手術 31,981点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,907点）	エ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ア K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） サ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） キ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） コ K 3 1 8 鼓膜形成手術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ㄮ K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 16,988点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,914点) メ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 24,709点 (生活療養を受ける場合にあつては、24,635点) ミ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 16,684点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,610点) シ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上 22,904点 (生活療養を受ける場合にあつては、22,830点) ㄱ K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 26,013点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,939点) (新設)	ㄻ K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) ミ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) シ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,610点) ㄱ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) ヒ K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合) ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) モ K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (その他の場合) ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点)

・在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
ヒ K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 26,057点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,983点) モ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 20,366点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,292点) セ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として） 8,262点 (生活療養を受ける場合にあつては、8,188点) ス K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 9,258点 (生活療養を受ける場合にあつては、9,184点) ソ K 6 1 7－2 大伏在静脈抜去術 20,829点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,755点) イイ K 6 1 7－4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 19,368点 (生活療養を受ける場合にあつては、19,294点) イロ K 6 1 7－6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 20,479点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,405点)	セ K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) ス K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) ソ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として） ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イイ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イロ K 6 1 7－2 大伏在静脈抜去術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イハ K 6 1 7－4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イニ K 6 1 7－6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点)

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
<u>イハ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。） 31,914点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>31,840点</u>） <u>イニ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。） 24,786点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,712点</u>） <u>イホ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。） 21,023点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,949点</u>） <u>イヘ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 24,147点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,073点</u>） <u>イト</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。） 63,751点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>63,677点</u>） <u>イチ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。） 50,817点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>50,743点</u>）	<u>イホ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） <u>イハ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） <u>イト</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） <u>イチ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） <u>イリ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>） <u>イヌ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
<u>イリ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 37,838点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>37,764点</u>） <u>イヌ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 49,389点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>49,315点</u>） <u>イル</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,580点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>12,506点</u>） <u>イユ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 16,153点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>16,079点</u>） <u>イワ</u> K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,386点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,312点</u>） <u>イカ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,017点 （生活療養を受ける場合にあつては、<u>9,943点</u>）	<u>イル</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） <u>イユ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） <u>イワ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） <u>イカ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） <u>イヨ</u> K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） <u>イタ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
イヨ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 7,617点 （生活療養を受ける場合にあつては、7,543点） イタ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,702点 （生活療養を受ける場合にあつては、25,628点） イレ K 8 2 3－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 23,829点 （生活療養を受ける場合にあつては、23,755点） イソ K 8 3 4－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 21,524点 （生活療養を受ける場合にあつては、21,450点） イツ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 15,253点 （生活療養を受ける場合にあつては、15,179点） イネ K 8 7 2－3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの 22,099点 （生活療養を受ける場合にあつては、22,025点）	イレ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） イソ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） イツ K 8 2 3－6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） イネ K 8 3 4－3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） イナ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） イロ K 8 7 2－3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点）

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加 イナ K 8 7 2－3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの 18,115点 (生活療養を受ける場合にあっては、18,041点) イロ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの 36,674点 (生活療養を受ける場合にあっては、36,600点) イム K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの 32,538点 (生活療養を受ける場合にあっては、32,464点) イウ K 8 9 0－3 腹腔鏡下卵管形成術 100,243点 (生活療養を受ける場合にあっては、100,169点) イヅ M 0 0 1－2 ガンマナイフによる定位放射線治療 60,796点 (生活療養を受ける場合にあっては、60,722点)	イム K 8 7 2－3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) イウ K 8 7 2－3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) イヅ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) イロ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) イオ K 8 9 0－3 腹腔鏡下卵管形成術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) イク M 0 0 1－2 ガンマナイフによる定位放射線治療 ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)

外来手術実施率による加算（短期滞在手術等基本料）

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 注１～２（略） （新設）	〔算定要件〕 注１～２（略） 3 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、以下に掲げる手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 8 手軟部腫瘍摘出術 ●●点 ロ K070 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術 ●●点 ハ K093－2 手根管開放手術（内視鏡下） ●●点 ニ K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点 ホ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（片側） ●●点 ヘ K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点 ト K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの（片側） ●●点 チ K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） ●●点 リ K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点 ヌ K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点 ル K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側） ●●点 ヲ K616－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合） ●●点

・外来での実施率が特に高いものについて、評価を見直すとともに、これらの手術等を外来で一定程度実施している医療機関で、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に、入院でこれらの手術等を実施した場合、加算で評価する

外来手術実施率による加算（短期滞在手術等基本料）

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 注１～２（略） （新設）	〔算定要件〕
	ワ K 6 1 6 － 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回（その他の場合） ● ● 点
	カ K 6 1 6 － 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後３月以内に実施する場合 ● ● 点
	コ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として） ● ● 点
	タ K 6 1 7 － 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ● ● 点
	レ K 6 1 7 － 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 ● ● 点
	ソ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径２センチメートル未満 ● ● 点
	ツ K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） ● ● 点
	ネ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） ● ● 点
	ナ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） ● ● 点
	ラ K 8 2 3 － 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ● ● 点

短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料の見直し

現 行	改 定 案
<u>3・4</u>（略） <u>〔施設基準〕</u> <u>第十 短期滞在手術等基本料の施設基準等</u> <u>三 厚生労働大臣が定める保険医療機関</u> <u>診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院又は診療所でないこと。</u> <u>（新設）</u> <u>四（略）</u>	<u>4・5</u>（略） <u>〔施設基準〕</u> <u>第十 短期滞在手術等基本料の施設基準等</u> <u>三 厚生労働大臣が定める保険医療機関</u> <u>病院であること。</u> <u>四 短期滞在手術等基本料の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>外来での手術に係る実績を一定程度有していること。</u> <u>五（略）</u>

・DPC対象病院も、短期滞在手術等基本料3を算定
するよう見直し

地域加算

地域加算の見直し

現 行	改 定 案
【地域加算】 〔算定要件〕 1 1級地 18点 2 2級地 15点 3 3級地 14点 4 4級地 11点 5 5級地 9点 6 6級地 5点 7 7級地 3点 〔経過措置〕 (新設)	【地域加算】 〔算定要件〕 1 1級地 ●●点 2 2級地 ●●点 3 3級地 ●●点 4 4級地 ●●点 5 5級地 ●●点 (削除) (削除) 〔経過措置〕 別に定める地域に所在する保険医療機関においては、令和9年5月31日までの間に限り、算定する区分の調整を行う。

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

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

・令和6年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴う地域加算の地域区分と評価の見直し（著しく点数が変動する地域については経過措置を設定）

看護補助・患者ケア体制充実加算

(療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、
地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料)

看護補助者に係る加算の名称の見直し

現 行	改 定 案
【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 〔算定要件〕 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして 保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院して いる患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる 点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該 患者について、身体的拘束を実施した日は、<u>看護補助体制充 実加算3</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助体制充実加算1</u>80点 ロ <u>看護補助体制充実加算2</u>65点 ハ <u>看護補助体制充実加算3</u>55点	【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 〔算定要件〕 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして 保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院して いる患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる 点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該 患者について、身体的拘束を実施した日は、<u>看護補助・患者 ケア体制充実加算3</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算1</u>80点 ロ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算2</u>65点 ハ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算3</u>55点 ※ <u>障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟入院料及 び地域包括ケア病棟入院料においても同様。</u>

・看護補助者の加算で、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の評価については、内容にあわせて名称を見直し

医療資源の少ない地域

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 一 <u>北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域</u> 二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域 (新設) 三 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域 (新設) 四 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域 五 青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域 六 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域 七 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域 八 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域 九 <u>岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</u> 十 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 (新設)	〔施設基準〕 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 (削除) 一 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域 二 <u>北海道富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町及び占冠村</u> 三 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域 四 <u>北海道紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村及び雄武町</u> 五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域 六 青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域 七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域 八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域 九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域 (削除) 十 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 十一 <u>岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町</u>

・令和 5 年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて、医療資源の少ない地域の見直し（経過措置あり）

医療資源の少ない地域

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

現 行	改 定 案
十一 秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	十二 秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十二 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 (新設)	十三 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
十三 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域	十四 埼玉県秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町及び小鹿野町
十四 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域	十五 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
十五 新潟県佐渡市の地域	十六 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
十六 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	十七 新潟県佐渡市の地域
十七 福井県大野市及び勝山市の地域	十八 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
十八 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域	十九 福井県大野市及び勝山市の地域
十九 長野県木曽郡の地域	二十 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域 (削除)
二十 長野県大町市及び北安曇野郡の地域	(削除)
二十一 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域	二十一 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
二十二 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域 (新設)	二十二 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
二十三 滋賀県長浜市及び米原市の地域	二十三 三重県尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町及び紀宝町 (削除)
二十四 滋賀県高島市の地域	二十四 滋賀県高島市の地域
二十五 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域	二十五 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域

医療資源の少ない地域

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

現 行	改 定 案
二十六 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域	二十六 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
二十七 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域 (新設)	二十七 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
二十八 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域 (新設)	二十八 島根県大田市、川本町、美郷町及び邑南町 二十九 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
二十九 香川県小豆郡の地域	三十 岡山県真庭市及び新庄村
三十 長崎県五島市の地域	三十一 香川県小豆郡の地域
三十一 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域	三十二 長崎県五島市の地域
三十二 長崎県壱岐市の地域	三十三 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
三十三 長崎県対馬市の地域	三十四 長崎県壱岐市の地域
三十四 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域	三十五 長崎県対馬市の地域
三十五 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域	三十六 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
三十六 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域	三十七 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
三十七 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域	三十八 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	三十九 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域
	上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

医療資源の少ない地域

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

〔経過措置〕

- (1) 令和6年3月31日において、現に令和6年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和12年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。
- (2) 令和8年3月31日において、現に令和8年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和14年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

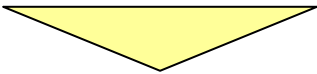
・対象地域の見直し以前に当該地域で入院料等の届出を行っていた医療機関に対する経過措置について、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行っている医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長する

(新設) 医療提供機能連携確保加算 (入院)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

改定案	
(新) 医療提供機能連携確保加算 (入院初日)	●●点
[算定告示] 区分番号A 2 ●●に掲げる医療提供機能連携確保加算の注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、医療提供機能連携確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	

・人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、「人口20万人未満 かつ 人口密度が200人／平方キロメートル未満の二次医療圏」と離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者の受入体制がある医療機関の入院医療の提供を新たに評価



(新設) 医療提供機能連携確保加算 (医学管理等)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

改定案	
(新)医療提供機能連携確保加算	●●点
[算定告示] 区分番号A 2 ●●に掲げる医療提供機能連携確保加算の注 1 に規定する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、第 2 章特掲診療料第 1 部医学管理等第 1 節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月 1 回に限り●●点を更に所定点数に加算する。 [施設基準（告示）] (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有すること。 (2) 別表第●に掲げる地域における外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）について、十分な実績を有していること。 (3) 別表第●に掲げる地域における急性期患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。	

・人口少数地域や離島等で地域の外来・在宅診療体制の確保のための支援を行い、病状の急変等により緊急入院が必要となった患者の受入体制をもつ医療機関がオンライン診療による医学管理を行った場合の評価を新設

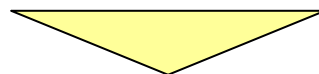
（新設）医療提供機能連携確保加算（医学管理等）

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

改定案

〔施設基準（通知）〕

- （１）「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。
 - ア 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に40日以上であること。
 - イ 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に4日以上であること。
 - ウ 当該地域において、巡回診療を実施した日数の合計が、直近１年間に20日以上であること。
 - エ 当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に40日以上であること。
- （２）（１）のア若しくはイに定める他の保険医療機関から紹介を受けた患者又は（１）のウ若しくはエによる診療を受けた日から3か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、当該年度において3件以上実施していること。
- （３）「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。



(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	北渡島檜山	八雲町、長万部町、今金町、せたな町
	後志	小樽市、島牧村、寿都町、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、岩内町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村
	南空知	夕張市、岩見沢市、美瑛市、三笠市、南幌町、由仁町、長沼町、栗山町、月形町
	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	北空知	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町
	西胆振	室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、壮瞥町、洞爺湖町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	上川北部	士別市、名寄市、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、音威子府村、中川町
	富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱚ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	胆江	奥州市、金ヶ崎町
	両磐	一関市、平泉町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	釜石	釜石市、大槌町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
宮城県	仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
	相双	相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

都道府県	二次医療圏	市町村
栃木県	県西	鹿沼市、日光市
群馬県	藤岡	藤岡市、上野村、神流町
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町
	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、小鹿野町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
富山県	新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
	砺波	砺波市、小矢部市、南砺市
石川県	能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
	丹南	鯖江市、越前市、池田町、南越前町、越前町
	嶺南	敦賀市、小浜市、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町
山梨県	峡東	山梨市、笛吹市、甲州市
	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
	富士・東部	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志村、西桂町、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村
長野県	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村
	飯伊	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村
	木曽	上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
	北信	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
静岡県	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

都道府県	二次医療圏	市町村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
京都府	丹後	宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町
	中丹	福知山市、舞鶴市、綾部市
	南丹	亀岡市、南丹市、京丹波町
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
	丹波	丹波篠山市、丹波市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
和歌山県	橋本	橋本市、かつらぎ町、九度山町、高野町
	有田	有田市、湯浅町、広川町、有田川町
	御坊	御坊市、美浜町、日高町、由良町、印南町、日高川町
	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
	新宮	新宮市、那智勝浦町、太地町、古座川町、北山村、串本町
鳥取県	中部	倉吉市、三朝町、湯梨浜町、琴浦町、北栄町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	浜田	浜田市、江津市
	益田	益田市、津和野町、吉賀町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	高梁・新見	高梁市、新見市
	真庭	真庭市、新庄村
	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
広島県	備北	三次市、庄原市
山口県	岩国	岩国市、和木町
	柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町
	長門	長門市
	萩	萩市、阿武町

(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

都道府県	二次医療圏	市町村
徳島県	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、つるぎ町、三好市、東みよし町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
愛媛県	宇摩	四国中央市
	八幡浜・大洲	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町
	宇和島	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町
高知県	安芸	室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村
	高幡	須崎市、中土佐町、檮原町、津野町、四万十町
	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	鹿本	山鹿市
	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
	八代	八代市、氷川町
	芦北	水俣市、芦北町、津奈木町
	球磨	人吉市、錦町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村、あさぎり町
	天草	上天草市、天草市、苓北町
大分県	南部	佐伯市
	豊肥	竹田市、豊後大野市
	西部	日田市、九重町、玖珠町
	北部	中津市、豊後高田市、宇佐市
宮崎県	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
	日南串間	日南市、串間市
	西諸	小林市、えびの市、高原町
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 医療提供機能連携確保加算 (対象地域)

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

都道府県	二次医療圏	市町村
鹿児島県	南薩	枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市
	川薩	薩摩川内市、さつま町
	出水	阿久根市、出水市、長島町
	曾於	曾於市、志布志市、大崎町
	肝属	鹿屋市、垂水市、東串良町、錦江町、南大隅町、肝付町
	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

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

離島加算

人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

現 行	改 定 案
【離島加算】 離島加算 18点	【離島加算】 離島加算 ●●点

・離島における入院医療の応需体制の確保をさらに推進する観点から評価を引き上げ

協力対象施設入所者入院加算

協力医療機関が協力対象施設と行う
カンファレンス等に係る施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【協力対象施設入所者入院加算】 〔施設基準〕 1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 （１）（略） （２）次のいずれかの要件を満たすもの。 ア 次のいずれにも該当していること。 （イ）介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がＩＣＴを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。 （ロ）当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u>	【協力対象施設入所者入院加算】 〔施設基準〕 1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 （１）（略） （２）次のいずれかの要件を満たすもの。 ア 次のいずれにも該当していること。 （イ）介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がＩＣＴを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。 （ロ）当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における</u>対応方針等の共有を図るため、年１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

•介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、カンファレンスの頻度をICTによる情報共有を行う場合は年１回に見直し

協力対象施設入所者入院加算

協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

現 行	改 定 案
イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。</u>なお、当該カンファレンスは、<u>ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u> ・ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直し <u>(新設)</u> <u>(3)・(4) (略)</u>	イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、<u>介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における</u>対応方針等の共有を図るため、<u>年に3回</u>以上の頻度でカンファレンスを実施していること。<u>ただし、当該介護保険施設等において入院の必要性が認められた入所者の入院を、年に2件以上受け入れた場合には、カンファレンスの実施は年に1回以上の頻度であれば良いこととする。</u>この場合において、入退院に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。 <u>(3) (2) のアの(ロ)及び(2)のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが別添3の第26の5の1の(4)に規定する入退院支援加算1における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。</u> <u>(4)・(5) (略)</u>

介護保険施設等連携往診加算

協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【介護保険施設等連携往診加算】 1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準 （1）（略） （2）次のいずれかの要件を満たすもの。 ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。 （イ）往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関が I C T を活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。 （ロ）<u>往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年 3 回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u>	【介護保険施設等連携往診加算】 1 介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準 （1）（略） （2）次のいずれかの要件を満たすもの。 ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。 （イ）往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関が I C T を活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。 （ロ）当該介護保険施設等と協力医療機関で<u>ある保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における</u>対応方針等の共有を図るため、年 <u>1 回</u>以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

・介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、カンファレンスの頻度をICTによる情報共有を行う場合は年 1 回に見直し

介護保険施設等連携往診加算

協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

現 行	改 定 案
イ <u>往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。</u> ・ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直し <u>(新設)</u> <u>(3)・(4) (略)</u>	イ <u>当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年に3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設等において往診の必要性が認められた入所者の往診を、年に2件以上行った場合には、カンファレンスの実施は年に1回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、往診に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。</u> <u>(3) (2) のアの(ロ)及び(2)のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが基本診療料施設基準通知の別添3の第26の5の1の(4)に規定する入退院支援加算1における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。</u> <u>(4)・(5) (略)</u>

(新設) 包括期充実体制加算

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

改定案	
(新) 包括期充実体制加算（1日につき）	●●点
[対象患者] 在宅医療や介護保険施設の後方支援を担うに当たり十分な体制及び実績を有する許可病床数200床未満の急性期病棟を有しない保険医療機関において地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟（入院医療管理料を算定する病室を含む。）に入院する患者 ・高齢者救急、在宅医療、介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、急性期病棟を持たない病院の地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟で、後方支援の十分な体制と実績がある場合の評価新設 [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に当たり十分な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（第3節の特定入院料のうち、包括期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して●日を限度として所定点数に加算する。 [施設基準] (1) 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満のものであること。 (2) 区分番号A304に掲げる地域包括医療病棟入院料又は区分番号A308－3に掲げる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。 (3) 区分番号A100に掲げる急性期病院一般入院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。 (4) 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。 (5) 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。 (6) 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。	

在宅患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 注6 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、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については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 急性期患者支援病床初期加算（略） ロ 在宅患者支援病床初期加算 （1）介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004－2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> 580点 ② ①患者以外の患者の場合 480点	【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 注6 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、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については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 急性期患者支援病床初期加算（略） ロ 在宅患者支援病床初期加算 （1）介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●点 ・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、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し、それ以外の患者に対する加算の評価を見直し

在宅患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料）

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

現 行	改 定 案
（２）介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C 0 0 4－２に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 480点 ② ①の患者以外の患者の場合 380点	（２）介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●点

・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し、それ以外の患者に対する加算の評価を見直し

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

現 行	改 定 案
7 診療に係る費用（注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。 ・退院時共同指導料2と介護支援等連携指導料を包括範囲から除外（出来高算定可能となる）	7 診療に係る費用（注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005－1－2に掲げる介護支援等連携指導料、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【入退院支援加算（退院時 1 回）】 1 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 (新設) □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点 2・3 (略)	【入退院支援加算（退院時 1 回）】 1 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 <u>□ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合</u> <u>●●点</u> <u>ハ 療養病棟入院基本料等の場合</u> 1,300点 2・3 (略)
【入退院支援加算（退院時 1 回）】 [算定要件] 注 1～4 (略) (新設)	【入退院支援加算（退院時 1 回）】 [算定要件] 注 1～4 (略) <u>5 注 4 の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に●●点を所定点数に加算する。</u>

・地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料での評価を見直し

□ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合
●●点

ハ 療養病棟入院基本料等の場合

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

・地域連携診療計画加算の情報提供時に患者の検査・画像情報を提供した場合の加算を新設

入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【入退院支援加算】 〔施設基準〕 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 （１）入退院支援加算１に関する施設基準 イ～二 （略） （新設） ホ （略） （２）入退院支援加算２に関する施設基準 イ～八 （略） （新設） ニ （略） （３）入退院支援加算３に関する施設基準 イ・ロ （略） （新設）	【入退院支援加算】 〔施設基準〕 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 （１）入退院支援加算１に関する施設基準 イ～二 （略） ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。 △ （略） （２）入退院支援加算２に関する施設基準 イ～八 （略） ニ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。 ホ （略） （３）入退院支援加算３に関する施設基準 イ・ロ （略） ハ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を収受していないこと。

・退院先となる介護保険施設等への誘導により、当該施設等から金品など財産上の利益を受けていないことを施設基準に追加

入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【入退院支援加算】 〔算定要件〕 (1) (略) (2) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること ・算定対象となる患者の退院困難な要因について見直し エ～ソ (略) (新設)	【入退院支援加算】 〔算定要件〕 (1) (略) (2) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア・イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けているが、認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと（介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。） エ～ソ (略) タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること

入院料等・入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【入院料等】 〔施設基準〕 第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則 (1)～(9) (略) (新規) ・正当な理由なく入院中の患者への面会を妨げないよう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に規定を設定 【入退院支援加算】 〔施設基準〕 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1) (略) (新規)	【入院料等】 〔施設基準〕 第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則 (1)～(9) (略) (10) 入院中の患者への家族等による面会については、<u>感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。</u> ※ 特定入院料の施設基準等においても同様。 【入退院支援加算】 〔施設基準〕 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1) (略) (2) 第35の6 (1) ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、<u>患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。</u>

入院料等・入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
	なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。 併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。 ※ <u>入退院支援加算 2 及び入退院支援加算 3 においても同様。</u>

精神科入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【精神科入退院支援加算】 〔施設基準〕 1 精神科入退院支援加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のア又はイを満たすこと。 ア (略) イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。 当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	【精神科入退院支援加算】 〔施設基準〕 1 精神科入退院支援加算に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のア又はイを満たすこと。 ア (略) イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。 当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

精神科入退院支援加算

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。	なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。 入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。

・入退院支援加算と精神科入退院支援加算の届出にあたり、医療機関において同一の入退院支援部門としている場合、配置が求められる専従職員がそれぞれの業務を兼務できることを明記

医療保護入院等診療料

入退院支援加算等の見直し

現 行	改 定 案
【医療保護入院等診療料】 医療保護入院等診療料 <u>300点</u> (新設) (新設) 【算定要件】 注 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、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の6第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。 (新設)	【医療保護入院等診療料】 医療保護入院等診療料 <u>1 医療保護入院等診療料 1</u> ●●点 <u>2 医療保護入院等診療料 2</u> ●●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保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の6第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。 <u>2 2については、1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する。</u>

・多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設

介護支援等連携指導料

介護支援等連携指導料の見直し

現 行	改 定 案
【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料 400点 (新設) [算定要件] 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は、別に算定できない。	【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料 <u>1</u> 400点 <u>介護支援等連携指導料 2</u> ●●点 [算定要件] 注1 <u>介護支援等連携指導料 1</u>については、当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は、別に算定できない。また、当該入院中、介護支援等連携指導料 1を算定した場合は、注2に掲げる介護支援等連携指導料 2は算定できない。

・入退院時の支援において、ケアマネジャー等との連携と地域の入退院支援に係る情報共有等の入院前からの支援を強化する観点から評価を新設（要件は次ページ参照）

介護支援等連携指導料

介護支援等連携指導料の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	<u>2 介護支援等連携指導料 2 については、当該保険医療機関に入院中の患者（ただし、入退院支援加算 1 の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して必要な患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に 2 回に限り算定する。なお、同一日に、区分番号 B 0 0 5 の注 3 に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は、別に算定できない。</u>

- ・入退院支援と地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築しているケアマネジャー等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等についての説明と指導が求められる
- ・同一日にケアマネジャー等との共同指導による退院時共同指導料 2 の多職種協働指導加算は算定できない

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ（略） （新設） 1 通則 （新設）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ（略） <u>ル 高次脳機能障害患者が退院後、円滑に障害福祉サービス等を利用できるよう必要な体制が整備されていること。</u>
1 通則 (14) <u>当該保険医療機関において当該地域の高次脳機能障害者支援法（令和七年法律第九十六号）第十九条第一項に規定する高次脳機能障害者支援センター並びに他の保険医療機関、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に基づく生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等の障害福祉サービス等を提供する事業所又は施設及び児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者であって、高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握するとともに、当該情報を、当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供していること。また、退院後に他の保険医療機関又は障害福祉サービスによるリハビリテーションの継続を予定している患者については、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関、当該生活介護等を提供する事業所若しくは施設、指定障害児通所支援事業所又は指定障害児入所施設等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。</u>	

・施設基準に高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握し、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて対象機関に患者情報の提供を行うことを追加

※ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (入院基本料等加算、地域包括医療病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） <u>120点</u> (新設) ・算定要件、施設基準を見直すとともに、加算2を新設 〔算定要件〕 (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。 ア～エ（略）	【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】 <u>1</u> リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>1</u>（1日につき） <u>●●点</u> <u>2</u> リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>2</u>（1日につき） <u>●●点</u> 〔算定要件〕 (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>1及び2</u>は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。 ア～エ（略）

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (入院基本料等加算、地域包括医療病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
[施設基準] 第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。<u>なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。</u> ア～エ (略) (7)～(9) (略) (10) 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。 ・研修の内容は、「FIMの測定に関する内容も含むことが望ましい」を追加	[施設基準] 第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>1</u>に関する施設基準 (1)～(5) (略) (6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。 ア～エ (略) (7)～(9) (略) (10) 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。<u>なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定に関する内容も含むことが望ましい。</u>

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
(入院基本料等加算、地域包括医療病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な
取組の更なる推進

現 行	改 定 案
(新設)	2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。 (2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001－2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料、「H007－2」がん患者リハビリテーション料、「H007－3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。 ただし、当該病棟内に「A308」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308－3」地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。 また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2における専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230－4」精神科リエゾンチーム加算及び「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。 (3) プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。 ア 1の(6)のア及びエを満たすこと。 イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日又は祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が●割以上であること。 ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が●%未満であること。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (入院基本料等加算、地域包括医療病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
2 届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 の 5 を用いること。1 の（6）のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度 1 年間の 1 の（6）のアからエの実績を毎年 8 月に別添 7 の様式 5 の 5 の 2 を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。	3 届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 の 5 を用いること。1 の（6）のアからウまで及び 2 の（3）のアからウまで（1 の（6）のエに係るものを除く。）の実績については、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度 1 年間の 1 の（6）のアからエまで又は 2 の（3）のアからウまでの実績を毎年 8 月に別添 7 の様式 5 の 5 の 2 を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。 ※ 地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様



地域包括ケア病棟入院料

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の
一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 注 1～6 （略） 7 診療に係る費用（注 3 から注 6 まで及び注 8 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号 B 0 0 1 の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、<u>地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。</u> ・地域包括ケア病棟でもリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定が可能となり、算定患者には入院栄養食事指導料と栄養情報連携料の算定を可能とする（加算点数は次ページ参照）	【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 注 1～6 （略） 7 診療に係る費用（注 3 から注 6 まで及び注 8 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、<u>区分番号 B 0 0 1 の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号 B 0 1 1 の6に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、</u>区分番号 B 0 0 1 の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第 2 章第 2 部在宅医療、区分番号 H 0 0 4 に掲げる摂食機能療法、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流及び区分番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料（区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、<u>地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。</u>

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (地域包括ケア病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の
一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
8～13 (新設)	8～13 14 <u>リハビリテーション、栄養管理及び口腔 管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。</u>



リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
(地域包括ケア病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の
一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
1～13 (略) (新設)	[施設基準] 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (1)～(24) (略) (25) 地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準 イ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。 ロ 当該病棟に入院中の患者に対して、A D L 等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。 ハ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 1～13 (略) 14 地域包括ケア病棟入院料の「注14」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準 (1) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1 名につき 1 病棟に限る。 (2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が 1 名以上勤務していること。 ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。 イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。 (3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論及び評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2 日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。 ア～シ (略)

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
(地域包括ケア病棟入院料)

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の
一体的な取組の更なる推進

現 行	改 定 案
1～13（略） （新設）	（４） <u>プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。</u> ア <u>当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後３日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近１年間で●割以上であること。</u> イ <u>直近１年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が●割以上であること。</u> ウ <u>当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d 2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の（イ）に掲げる数を（ロ）に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が２人以下であること。</u> （イ）・（ロ）（略） （５） <u>当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。</u> （６） <u>当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「B I」という。）の測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。</u>

(新設) 口腔管理連携加算

口腔状態に係る課題を抱えた患者についての
歯科医療機関との連携の推進

改定案	
(新) 口腔管理連携加算	●●点
[対象患者] 入院中の患者であって、医師が入院中の歯科治療が必要と判断した口腔状態の課題を抱える患者 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料（I）は、所定点数に含まれるものとする。 [施設基準] (1) 歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。 (2) (1)に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (3) (2)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。 (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	

・入院患者が抱える口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、歯科医療機関との連携体制を構築している医療機関が、入院中の治療が必要と判断された患者に対し、連携歯科医療機関との間で手配を行い、入院中に歯科診療を受けた場合の評価を新設（歯科診療を行った医療機関も「医科連携訪問加算」で評価）

機能強化加算

機能強化加算の見直し

現 行	改 定 案
【機能強化加算】 〔算定要件〕 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）（略） （新設） （新設）	【機能強化加算】 〔算定要件〕 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）（略） （４）健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 （５）以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。 イ 区分番号A 0 0 1の注13に掲げる外来データ提出加算 ロ 区分番号B 0 0 1－2－9の注4に掲げる外来データ提出加算 ハ 区分番号B 0 0 1－3の注4に掲げる外来データ提出加算 ホ 区分番号B 0 0 1－3－3の注4に掲げる外来データ提出加算 ト 区分番号C 0 0 2の注13に掲げる在宅データ提出加算 リ 区分番号C 0 0 2－2の注7に掲げる在宅データ提出加算 ヌ 区分番号C 0 0 3の注7に掲げる在宅データ提出加算

・かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、施設基準の見直し

(4)診療所は、「外来医師過多区域において、指定期間が3年とされていないこと」の要件追加

(5)外来データ提出加算・在宅データ提出加算の届出が望ましいことの追加

機能強化加算

機能強化加算の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 第１の３ 機能強化加算 １ 機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （１）～（５）（略） （新設） ・BCP（業務継続計画）の策定と定期的な見直しを要件に追加 （既に届出ている医療機関は令和９年５月末まで経過措置あり） （新設）	〔施設基準（通知）〕 第１の３ 機能強化加算 １ 機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （１）～（５）（略） （６）「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のためのBCP作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。 （７）健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

〔経過措置〕
令和８年３月３１日において現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月３１日までの間に限り、１の（６）に該当するものとみなす。

生活習慣病管理料（Ⅰ）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

現 行	改 定 案
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、<u>別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であつて</u>、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

- ・糖尿病を主病とする患者に対して、糖尿病の適応がない薬剤による在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする
- ・原則として、必要な血液検査等を少なくとも6か月に1回以上は行うことを要件とする（表中に記載なし、表外の具体的な内容として記載）
- ・療養計画書について、負担軽減の観点から、患者の署名を不要とする（表中に記載なし、表外の具体的な内容として記載）

生活習慣病管理料（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

現 行	改 定 案
【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であつて、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

- ・糖尿病を主病とする患者に対して、糖尿病の適応がない薬剤による在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする
- ・療養計画書について、負担軽減の観点から、患者の署名を不要とする（表中に記載なし、表外の具体的な内容として記載）

生活習慣病管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準 (略) (新設)	〔施設基準〕 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準 (略) (●) <u>生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理(Ⅱ)</u> の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 <u>インスリン製剤</u> <u>グルカゴン様ペプチドー 1 受容体アゴニスト</u> <u>インスリン・グルカゴン様ペプチドー 1 受容体アゴニスト配</u> <u>合剤</u>

・これらの薬剤を投与している場合で、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）は算定できない

生活習慣病管理料（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

現 行	改 定 案
2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理料等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001－3－2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001－9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009－2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010－2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011－3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。 ・生活習慣に関する総合的な治療管理の範囲を超えて別途行われるべき医学管理や、生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患の医学管理、時間外対応・救急対応に関する医学管理、情報提供等に関連する評価について、その実施を適切に推進する観点から、包括範囲から除き出来高で算定可能とする	2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理料等（<u>区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、</u>区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、<u>区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料、区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、</u>区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、<u>区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料、</u>区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、<u>区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、</u>区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、<u>区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、</u>区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、<u>区分番号B001－2－4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、区分番号B001－2－6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B001－2－8に掲げる外来放射線照射診療料、区分番号B001－2－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、</u>

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

生活習慣病管理料（Ⅱ）

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

現 行	改 定 案
	区分番号B 0 0 1－3－2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B 0 0 1－9に掲げる療養・就労両立支援指導料、<u>区分番号B 0 0 5－6に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B 0 0 5－6－2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B 0 0 5－7に掲げる認知症専門診断管理料、区分番号B 0 0 5－7－3に掲げる認知症サポート指導料、区分番号B 0 0 5－8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、区分番号B 0 0 5－14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B 0 0 6に掲げる救急救命管理料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B 0 0 9－2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B 0 1 0－2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号B 0 1 1－3に掲げる薬剤情報提供料、<u>区分番号B 0 1 2に掲げる傷病手当金意見書交付料及び区分番号B 0 1 3に掲げる療養費同意書交付料</u>を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。</u>

眼科医療機関連携強化加算 (生活習慣病管理料 (Ⅰ)・(Ⅱ))

生活習慣病管理料 (Ⅰ) 及び (Ⅱ)
の見直し

改 定 案

(新) 眼科医療機関連携強化加算

●●点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に●●点を加算する。

[施設基準]

- (1) 歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。
- (2) (1) に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (3) (2) 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。
- (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

・糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設

歯科医療機関連携強化加算 （生活習慣病管理料（Ⅰ）・（Ⅱ））

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
の見直し

改 定 案

（新）歯科医療機関連携強化加算

●●点

〔算定要件〕

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に●●点を加算する。

・糖尿病の重症化予防を推進する観点から、歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設

特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料の見直し

現 行	改 定 案
【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 虚血性心疾患 不整脈 心不全 脳血管疾患 一過性脳虚血発作及び関連症候群 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎 詳細不明の慢性気管支炎 その他の慢性閉塞性肺疾患 肺気腫 喘息	【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 虚血性心疾患 不整脈 心不全 脳血管疾患 一過性脳虚血発作及び関連症候群 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎 詳細不明の慢性気管支炎 その他の慢性閉塞性肺疾患 肺気腫 喘息

・対象疾病の見直し（変更点は次ページ参照）

特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料の見直し

現 行	改 定 案
喘息発作重積状態 気管支拡張症 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃炎及び十二指腸炎 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 慢性ウイルス肝炎 アルコール性慢性膵炎 その他の慢性膵炎 思春期早発症 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群	喘息発作重積状態 気管支拡張症 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。） 胃炎及び十二指腸炎 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 慢性ウイルス肝炎 アルコール性慢性膵炎 その他の慢性膵炎 思春期早発症 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群

・対象疾病について、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍のうち、「消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合」は除外

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括診療加算】 注1～11（略） 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）</u>又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 1 <u>28点</u> （新設） （新設） □ 地域包括診療加算 2 <u>21点</u> （新設） （新設）	【地域包括診療加算】 注1～11（略） 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、<u>入院中の患者以外の患者</u>に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 1 <u>（1）認知症を有する患者等の場合</u> <u>●●点</u> <u>（2）その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> <u>●●点</u> □ 地域包括診療加算 2 <u>（1）認知症を有する患者等の場合</u> <u>●●点</u> <u>（2）その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> <u>●●点</u>

・簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算と、地域包括診療加算を統合した評価体系に見直し

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
13 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> イ <u>認知症地域包括診療加算 1</u> 38点 □ <u>認知症地域包括診療加算 2</u> 31点 14～20 （略）	（削除） ・地域包括診療加算との統合により削除 14～20 （略）

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 (11) 地域包括診療加算 ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。 イ <u>地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記6疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。</u> （新設） （新設）	〔算定要件〕 (11) 地域包括診療加算 ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。 イ <u>認知症を有する患者等とは、以下のすべてを満たすものをいう。</u> <u>（イ） 認知症を有するもの又は介護給付（介護保険法第十八条に定める介護給付をいう。以下同じ。）若しくは予防給付（介護保険法第十八条に定める予防給付をいう。以下同じ。）を受けている要介護被保険者等（介護保険法第六十二条に定める要介護被保険者等をいう。以下同じ。）であるもの。</u> <u>（ロ） 認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの。</u>

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病（6疾病）のいずれかの疾患があり、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加	(八) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの。 ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。 ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。 なお、①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は「F 1 0 0」処方料の1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。 また、その他の慢性疾患等を有する患者とは、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。以下この項において同じ。）若しくは認知症の6疾病（以下この項において単に「6疾病」という。）のうち2以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者をいう。いずれの疾病にも、疑いは含まない。 なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうちいずれか）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算又は地域包括診療料を算定可能とする。

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
ウ・エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）～（ハ）（略） （二） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。 ・連携薬局の要件緩和（緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の院内処方が可能な体制が整備されている医療機関であれば、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする） ②～⑤（略） （ホ）～（ル）（略） カ～サ（略） （新設） ・担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記 （12） 認知症地域包括診療加算	ウ・エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）～（ハ）（略） （二） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ① 調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。 ②～⑤（略） （ホ）～（ル）（略） カ～サ（略） シ 診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。 （削除）

地域包括診療加算

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 七 地域包括診療加算の施設基準 （１）地域包括診療加算１の施設基準 イ 当該保険医療機関（診療所に限る。）において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> □～二（略） （２）（略）	〔施設基準〕 七 地域包括診療加算の施設基準 （１）地域包括診療加算１の施設基準 イ 当該保険医療機関（診療所に限る。）において、慢性疾患を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二（略） （２）（略）

地域包括診療料

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 11,660点 (新設) (新設) 2 地域包括診療料 21,600点 (新設) (新設) ・簡素化の観点から、認知症地域包括診療料と地域包括診療料を統合した評価体系に見直し 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保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</u> 2～3（略）	【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 1 <u>イ 認知症を有する患者等の場合</u>●●点 <u>ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>●●点 2 地域包括診療料 2 <u>イ 認知症を有する患者等の場合</u>●●点 <u>ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>●●点 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保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。 2～3（略）

地域包括診療料

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、<u>複数の慢性疾患を有する患者</u>に対し、<u>患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。</u>なお、地域包括診療料と「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。 (2) 地域包括診療料の対象患者は、<u>高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いを除く。）を有する者である。</u>なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記6疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、<u>「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算、同「注13」認知症地域包括診療加算又は「B 0 0 1－2－10」認知症地域包括診療料を算定可能である。</u> (3)・(4)（略） (5) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ウ（略） エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす<u>薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。</u>	〔算定要件〕 (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、<u>慢性疾患を有する患者</u>に対し、<u>患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。</u>なお、地域包括診療料と「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。 (2) 「認知症を有する患者等」及び「その他の慢性疾患等を有する患者」は、「A 0 0 1」再診料の（11）の「イ」とおりである。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうちいずれか）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料又は「A 0 0 1」再診料の「注12」地域包括診療加算を算定可能である。 (3)・(4)（略） (5) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ウ（略） エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす場合に限り、<u>院外処方を行うことを可能とする。</u>

地域包括診療料

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
(新設) (イ) 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。 (ロ) (略) (ハ) 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。 ①～③ (略) オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (イ) 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。 ・連携薬局の要件緩和（緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の院内処方が可能な体制が整備されている医療機関であれば、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする） (ロ)～(ホ) (略) カ～ス (略)	(イ) 以下の全てを満たす薬局に対して行うものであること。 ① 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。ただし、当該病院において、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、この限りではない。 ② (略) (ロ) 当該病院において、以下の対応を行うこと。 ①～③ (略) オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (イ) 調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。 (ロ)～(ホ) (略) カ～ス (略)

地域包括診療料

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
(新設) ・担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記 〔施設基準〕 四の八 地域包括診療料の施設基準 （１）地域包括診療料１の施設基準 イ 当該保険医療機関において、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）</u>又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二 （略） 【認知症地域包括診療料】 1 認知症地域包括診療料 1 1,681点 2 認知症地域包括診療料 2 1,613点 〔算定要件〕 （略）	<u>（１２）診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。</u> 〔施設基準〕 四の八 地域包括診療料の施設基準 （１）地域包括診療料１の施設基準 イ 当該保険医療機関において、<u>慢性疾患</u>を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 □～二 （略） 【認知症地域包括診療料】 （削除） （削除） ・地域包括診療料との統合により削除 〔算定要件〕 （削除）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

薬剤適正使用連携加算

(地域包括診療加算、地域包括診療料)

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
【薬剤適正使用連携加算】 注1～13（略） 14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、<u>退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</u>	【薬剤適正使用連携加算】 注1～13（略） 14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する

・他の医療機関にも通院している外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を他の医療機関に行い、患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合も算定可能とする

薬剤適正使用連携加算

(地域包括診療加算、地域包括診療料)

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 (13) 薬剤適正使用連携加算 「注12」に規定する地域包括診療加算又は「注13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、<u>退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する</u>。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。 ア 患者の同意を得て、<u>入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等</u>に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。 イ <u>入院又は入所先の他の保険医療機関等</u>から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。	〔算定要件〕 (13) 薬剤適正使用連携加算 「注12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、以下の全てを満たす場合に、<u>3月に1回算定する</u>。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。 ア 患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。 イ 他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

・算定頻度の見直し

薬剤適正使用連携加算

(地域包括診療加算、地域包括診療料)

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
ウ 退院又は退所後 1 か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した<u>入院・入所中の処方内容</u>について、<u>入院・入所先の他の保険医療機関等</u>から情報提供を受けていること。 エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。 (イ) ウで<u>入院・入所先の他の保険医療機関等</u>から情報提供された<u>入院・入所中の処方内容</u>のうち、内服薬の種類数 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数	ウ <u>他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していた患者については、退院又は退所後 1 か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から 3 月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。</u> エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。 (イ) ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数 ※ <u>地域包括診療料についても同様。</u>



外来データ提出加算 (地域包括診療料、地域包括診療加算)

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括診療料】 〔算定要件〕 注 1 ～ 3 （略） (新設) 〔施設基準〕 四の八 地域包括診療料の施設基準 (新設)	【地域包括診療料】 〔算定要件〕 注 1 ～ 3 （略） 4 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月 1 回に限り●●点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 四の八 地域包括診療料の施設基準 (3) 地域包括診療料の注 4 に規定する施設基準外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ※ 地域包括診療加算についても同様。

・外来データ提出加算の新設

地域包括診療加算、地域包括診療料

地域包括診療加算等の見直し

現 行	改 定 案
【地域包括診療加算】 〔施設基準〕 第2の3 地域包括診療加算 1 地域包括診療加算1に関する施設基準 （1）～（8）（略） （9）以下のいずれか1つを満していること。 ア 時間外対応加算1、2、3又は4の届出を行っていること。 イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 （10）～（12）（略）	【地域包括診療加算】 〔施設基準〕 第2の3 地域包括診療加算 1 地域包括診療加算1に関する施設基準 （1）～（8）（略） （9）以下のいずれか1つを満していること。 ア 時間外対応加算1、2、3又は4の届出を行っていること。 イ 常勤換算2名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては1.4人以上）の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 （10）～（12）（略） ※ <u>地域包括診療料についても同様。</u>

・医療資源の少ない地域の医師配置要件を緩和

時間外対応体制加算

時間外対応体制加算の充実

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

・患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や、病院勤務医の負担軽減につながる取組を更に推進するため、評価を引き上げ、名称を変更

・外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、逆紹介割合の基準を引き上げ

初診料

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

現 行	改 定 案
【初診料】 (7) (中略) また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等のうち同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。（中略） (8) (略) (9) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。 (10)～(31) (略)	【初診料】 (7) (中略) ・令和8年3月末時点で、逆紹介割合基準を満たしていた病院は令和9年3月末まで経過措置 また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が●●%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等のうち同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が●●%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。（中略） (8) (略) (9) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が●●%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。 (10)～(31) (略)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

外来診療料

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に
基づく減算規定の見直し

現 行	改 定 案
【外来診療料】 (3) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、<u>他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、「注1」の規定にかかわらず、「注2」又は「注3」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。</u>この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。 また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「A000」初診料の(7)と同様である。 (新設) (新設) ・紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等で初診料・外来診療料が減算となる患者に、「直近1年間に12回以上再診を行った患者」を追加 (新設) ・「直近1年間に12回以上再診を行った患者」に減算を行わない場合の規定（次ページ参照）	【外来診療料】 (3) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、<u>以下のいずれかに該当する患者については、「注1」の規定にかかわらず、「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。アに該当する患者については、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。イに該当する患者については、（4）のイ又はウに該当しない限り、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。</u> また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「A000」初診料の(7)と同様である。 <u>ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者</u> <u>イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（「注1」から「注4」までに限る。）を算定した患者</u> <u>（4）（3）のイの患者のうち、以下のいずれかに該当する者については、（3）の本文の規定にかかわらず、「注1」の本文の所定点数を算定する。なお、イ又はウに該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>

外来診療料

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

現 行	改 定 案
・「直近 1 年間に12回以上再診を行った患者」のうち減算が適用されない患者 ア：過去1年間に紹介医療機関との連携により「遠隔連携診療料」又は「連携強化診療情報提供料」算定患者 イ：緊急その他やむを得ない事情がある患者（レセプト摘要欄に記載が必要） ウ：専門性の高い医学管理が必要など紹介が困難で自院で継続した通院が必要と認めた患者（レセプト摘要欄に記載が必要）	ア 過去 1 年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B 0 0 5－11」遠隔連携診療料又は「B 0 1 1」連携強化診療情報提供料を算定している患者 イ 緊急その他やむを得ない事情がある患者 ウ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者
<u>（４）</u> 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度 1 年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が<u>30%未満</u>の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。 <u>（５）</u> 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度 1 年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が<u>30%未満</u>の保険医療機関の取扱いについては、<u>（４）</u>と同様であること。	<u>（５）</u> 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度 1 年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が<u>●●%未満</u>の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。 <u>（６）</u> 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度 1 年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が<u>●●%未満</u>の保険医療機関の取扱いについては、<u>（５）</u>と同様であること。

・逆紹介割合の基準の引き上げ

〔経過措置〕

令和 8 年 3 月 31 日時点で、現に逆紹介割合の基準を満たしていた病院にあっては、令和 9 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

外来診療料

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 第三 初・再診料の施設基準等 八 外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者 当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。） ・紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等で初診料・外来診療料が減算となる患者に、「直近 1 年間に 12 回以上再診を行った患者」の追加（施設基準）	〔施設基準〕 第三 初・再診料の施設基準等 八 外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者 当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者及び当該病院において過去 1 年間に 12 回以上外来診療料（注 1 から注 4 までに限る。）を算定した患者（過去 1 年間に区分番号 B 0 0 5－11 に掲げる遠隔連携診療料又は区分番号 B 0 1 1 に掲げる連携強化診療情報提供料を算定している患者、緊急その他やむを得ない事情がある患者及び自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者を除く。）

(新設) 特定機能病院等紹介患者受入加算

特定機能病院等からの紹介を受けて
行う初診に対する評価の新設

改定案	
(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算	●●点
[算定要件] 保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、●●点を所定点数に加算する。	

・診療所又は許可病床数が200床未満の病院が、特定機能病院等からの紹介患者に初診を行った場合の加算を新設

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
【連携強化診療情報提供料】 〔算定要件〕 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 2 注 1 に該当しない場合であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第30条の18の2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。	【連携強化診療情報提供料】 〔算定要件〕 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介され、又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3月 に 1 回に限り算定する。 （削除） ・専門医とかかりつけ医が連携し、共同で継続的な治療管理を推進する観点から、算定対象医療機関を拡大し、紹介元、紹介先医療機関のいずれの情報提供でも算定可能とする（対象医療機関はP291参照） ・共同で継続的な治療管理を行うことについて、医療機関間で合意し、合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合も算定可能とする ・算定可能回数を、患者 1 人につき月1回から3か月に 1 回に見直し

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
3 <u>注 1 又は注 2 に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</u> 4 <u>注 1 から注 3 までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</u> （新設）	（削除） ・難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院と地域のかかりつけ医が指定難病患者について、連携による情報提供を行った場合も算定可能 2 <u>注 1 に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において単に「指定難病の患者」という。）又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において同じ。）について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。</u> 3 <u>ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき3 月に 1 回に限り算定する。</u>

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
・注1に該当しない場合でもてんかん支援拠点病院と地域のかかりつけ医がてんかんの患者について連携による情報提供を行った場合も算定可能 5 注 1 から注 4 までのいずれにも該当しない場合であって、注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。	3 注 1 及び注 2 に該当しない場合であって、他の保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した指定難病の患者又はてんかんの患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。 4 注 1 から注 3 までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。

・注1に該当しない場合でも妊娠中の患者の診療を行うための十分な体制が整備されている医療機関と地域のかかりつけ医が妊娠中の患者について連携による情報提供を行った場合も算定可能

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月 1 回）に限り算定する。 （新設）	ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。 5 注 1 から注 4 までのいずれにも該当しない場合であって、他の保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。
6 （略）	6 （略）

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 十の二の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等 （１）連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 （新設） （新設）	〔施設基準〕 十の二の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等 （１）連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準 次のいずれかに該当すること。 イ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院 □ 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）、外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）又は許可病床数が400床以上である病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

・算定対象となる施設基準を「敷地内禁煙」から

イ：診療所又は200床未満病院

□：特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床数200床未満は除く）、外来機能報告対象病院等、400床以上病院（一般病床数200床未満は除く）

に拡大

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準 次のいずれかに係る届出を行っていること。 イ <u>区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算</u> ロ <u>区分番号B001－2－9に掲げる地域包括診療料)</u> ハ <u>区分番号B001－2－11に掲げる小児かかりつけ診療料</u> ニ <u>区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(医科点数表区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。))又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。))に限る。)</u> ホ <u>区分番号C002－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)</u>	(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準 イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が(1)のイに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、(1)のロに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。</u> ロ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が(1)のロに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、(1)のイに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。</u> (削除) (削除) (削除)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
(3) <u>連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準</u> イ <u>当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</u> ロ <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> ① <u>区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算</u> ② <u>区分番号B001－2－9に掲げる地域包括診療料</u> ③ <u>区分番号B001－2－11に掲げる小児かかりつけ診療料</u> <u>区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</u> ⑤ <u>区分番号C002－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</u>	(削除)

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料の見直し

現 行	改 定 案
(4) 連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準 イ <u>当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</u> ロ <u>次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。</u> ① <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u> ② <u>てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）</u> (5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注3） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(3) 連携強化診療情報提供料の注2及び注3に規定する施設基準 <u>次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。</u> イ <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u> ロ <u>てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）</u> （削除） （削除） (4) 連携強化診療情報提供料の注4及び注5に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注2） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

療担

(訪問看護ステーション等との利益收受の禁止)

保険医療機関及び保険医療養担当
規則の見直し

現 行	改 定 案
【保険医療機関 及び保険医療 養担当規則】 (新設)	・保険医療機関が、訪問看護ステーション等の事業者等を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を收受することを禁止する規定を新設 【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (財産上の利益の收受による特定の事業者等への誘導の禁止) 第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。 一 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。） 二 指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 三 介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。） 四 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設 五 指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 六 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。） 七 介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者 八 介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者 九 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であって、当該事業者等と特別の関係にある事業者 ※ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。

在宅医療充実体制加算 (在宅ターミナルケア加算)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
の見直し

現 行	改 定 案
【往診料】 〔算定要件〕 注3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C 0 0 1の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C 0 0 1－2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。	【往診料】 〔算定要件〕 注3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号B 0 0 4に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C 0 0 1の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C 0 0 1－2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ●●点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 ※ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）についても同様。

・在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更し、要件と評価を見直し

在宅医療充実体制加算

(在支診・在支病による緊急往診加算等)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

現 行	改 定 案
注8 注1のイから八までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、 <u>100点</u> 、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	注8 注1のイから八までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、 在宅医療充実体制加算 、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、 ●●点 、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

在宅医療充実体制加算 (在宅時医学総合管理料)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
の見直し

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料】 〔算定要件〕 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ <u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u> (1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 100点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 85点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 75点 ロ・ハ (略)	【在宅時医学総合管理料】 〔算定要件〕 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ <u>在宅医療充実体制加算</u> (1) 単一建物診療患者が1人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点 ロ・ハ (略)

在宅医療充実体制加算 (施設入居時等医学総合管理料)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
の見直し

現 行	改 定 案
【施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 56点 ロ・ハ (略)	【施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅医療充実体制加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点 ロ・ハ (略)

在宅医療充実体制加算 (在宅がん医療総合診療料)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
の見直し

現 行	改 定 案
【在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u>、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、<u>150点</u>、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、●●点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。



在宅医療充実体制加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
の見直し

現 行	改 定 案
【在宅緩和ケア充実診療所・病院加算】 〔施設基準〕 一の四 往診料の注3ただし書及び注8、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注7及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注3並びに在宅がん医療総合診療料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （1）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準 在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。 第14の2 在宅療養支援病院 2 往診料の加算等の適用 （2）往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準 1の（1）又は（2）に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の（3）に規定する要件を満たしていること。	【在宅医療充実体制加算】 〔施設基準〕 一の四 往診料の注3ただし書及び注8、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注7及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注3並びに在宅がん医療総合診療料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （1）在宅医療充実体制加算の施設基準 地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。 第14の2 在宅療養支援病院 2 往診料の加算等の適用 （2）往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準 1の（1）又は（2）に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の（3）に規定する要件を満たしていること。

・「在宅緩和ケアの体制と実績」から「地域の重症な在宅患者への質の高い診療と実績」に変更（具体的な内容は通知での確認が必要）

往診時医療情報連携加算（往診料）

往診時医療情報連携加算の見直し

現 行	改 定 案
【往診料】 〔算定要件〕 注 9 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として<u>200点</u>を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 （新設）	【往診料】 〔算定要件〕 注 9 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として●●点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 <u>一の二の二 往診料の往診時医療情報連携加算に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>第三の六（１）及び（２）に該当する在宅療養支援診療所並びに第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院</u>

・地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、支援側が機能強化型でない在支診・在支病でも算定可能とする

(新設) 退院後訪問栄養食事指導料

退院直後の 訪問栄養食事指導に
関する評価の新設

改定案	
(新) 退院後訪問栄養食事指導料（1回につき）	●●点
〔対象患者〕 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別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者 別表第三 退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食 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、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシルーC o A脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。） 〔算定要件〕 保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。この場合において、区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C 0 0 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。	

・入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又は家族等（在宅療養支援に当たる者）に、在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 一の二 往診料の注1及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（1）及び（2）に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（1）及び（2）に該当する在宅療養支援病院	【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 一の二 往診料の注1及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（1）及び（2）のイに該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（1）及び（2）に該当する在宅療養支援病院

・連携型の機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、自ら実際に医療提供体制を確保している時間に応じて評価を見直し

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養支援診療所】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1) (略) (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次の<u>いずれの基準にも</u>該当するものであること。 イ・ロ (略) ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	【在宅療養支援診療所】 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1) (略) (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次の<u>いずれかの基準に</u>該当するものであること。 <u>イ 次のいずれの基準にも該当するものであること。</u> ①・② (略) ③ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。また、当該保険医療機関において往診が可能な体制を一定時間確保すること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

・「自院で往診可能体制を一定時間確保」している医療機関の記載追加（具体的にはP308参照）

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
二～㉓（略） （新設） （3）（略）	④～⑫（略） □ 次のいずれの基準にも該当するものであること。 ① <u>イの①、②及び④から⑫までを満たすものであること。</u> ② <u>当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u> （3）（略）

・「自院で往診可能体制を一定時間確保」が難しい医療機関の規定（告示の記載）

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001－2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総管理料、「C002－2」施設入居時等医学総管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 (1) (略) (2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であつて、以下の要件の<u>いずれにも</u>該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。	1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、(1)又は(2)の<u>ア</u>のいずれかに該当するものが、「C000」往診料の注1に規定する加算、「C000」往診料の注3に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、「C001－2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、「C002」在宅時医学総管理料、「C002－2」施設入居時等医学総管理料及び「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所であつて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 (1) (略) (2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であつて、以下の要件の<u>いずれか</u>に該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1（2）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。 ア・イ（略） ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ・「自院で往診可能体制を一定時間確保」している医療機関 = 普段から訪問診療を行う医師による連続する24時間往診体制を月●回以上確保 エ〜ツ（略）	なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあつては以下の<u>いずれか</u>の要件、病院にあつては第14の2の1（2）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。 <u>ア 以下の要件のいずれにも該当すること。</u> ①・②（略） ③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。<u>また、当該保険医療機関において普段から訪問診療を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に●●回以上確保していること。</u> ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ④〜⑱（略）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅療養支援診療所

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

現 行	改 定 案
(新設)	イ 以下の要件のいずれにも該当すること。 ① <u>アの①、②及び④から⑱までを満たすものであること。</u> ② <u>当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u>
(3)・(4) (略)	(3)・(4) (略)

・「自院で往診可能体制を一定時間確保」が難しい医療機関の規定（通知の記載）

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所・病院の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当すること。 （１）次のいずれの基準にも該当すること。 イ～タ（略） （新設） 〔経過措置〕 （新設）	【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当すること。 （１）次のいずれの基準にも該当すること。 イ～タ（略） レ 業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。 〔経過措置〕 令和８年３月３１日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月３１日までの間に限り、第三の六の（１）のレに該当するものとする。 ※ 機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所・病院及び機能強化型ではない在宅療養支援診療所・病院についても同様。

・災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在支診・在支病の要件に、BCP（業務継続計画）の策定と定期的な見直しを追加（令和9年5月末まで経過措置）

在宅療養支援診療所

在宅時医学総合管理料等及び
在宅療養支援診療所等の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ (略) ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ホ～タ (略)	【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 六 在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ (略) ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員等をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供する等の対応を行っていること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供する等の対応を行っている場合は、この限りでない。 ホ～タ (略)

・第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制と往診体制を確保する場合の要件を明確化（次ページ以降参照）

在宅療養支援診療所

在宅時医学総合管理料等及び
在宅療養支援診療所等の見直し

現 行	改 定 案
1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （略） （１）診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア （略） イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。 なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。	1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （略） （１）診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア （略） イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。 なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。 また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。

・第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制を確保する場合の要件を明確化

※日医工（株）が一部省略（（１）直前を省略）

在宅療養支援診療所

在宅時医学総合管理料等及び
在宅療養支援診療所等の見直し

現 行	改 定 案
ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ・第三者（株式会社等）の利用によって往診体制を確保する場合の要件を明確化 エ～ツ（略） (2)・(3)（略）	ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 <u>なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。</u> エ～ツ（略） (2)・(3)（略） ※ <u>単独型の機能強化型在宅療養支援病院、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び従来型の在宅療養支援診療所・病院においても同様。</u>

在宅時医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料

在宅時医学総合管理料等及び
在宅療養支援診療所等の見直し

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料】 〔算定要件〕 (新設)	【在宅時医学総合管理料】 〔算定要件〕 注16 <u>1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2の二、2の二、3の二及び3の二を算定する。</u>

現 行	改 定 案
【施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 注5 区分番号C002の注2から注5まで、注8から注10まで、注14及び 注15 までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。	【施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 注5 区分番号C002の注2から注5まで、注8から注10まで、注14及び 注16 までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

・「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病以外）」の算定に当たり、「月2回以上の訪問を行う患者数」のうち「重症度が高い患者（別表第8の2該当患者）」と「要介護3以上等の包括的支援加算対象患者（別表8の3該当患者）」が一定割合以上であることを要件に追加

在宅時医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料

在宅時医学総合管理料等及び
在宅療養支援診療所等の見直し

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 〔施設基準〕 (新設)	【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 〔施設基準〕 (11) 在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 当該保険医療機関の月二回以上訪問診療を行う患者数が一定数未満であること又は月二回以上訪問診療を行う患者数に占める別表第八の二若しくは別表第八の三に掲げる患者数が一定割合以上であること。

・「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病以外）」算定のための施設基準

在宅療養指導管理材料加算

在宅療養指導管理材料加算の
算定要件の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養指導管理材料加算】 〔算定要件〕 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、<u>月1回</u>に限り算定する。	【在宅療養指導管理材料加算】 〔算定要件〕 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、<u>3月に3回</u>に限り算定する。

・患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、算定頻度を「3か月に3回」に統一



血糖自己測定器加算

在宅療養指導管理材料加算の
算定要件の見直し

現 行	改 定 案
【血糖自己測定器加算】 〔算定要件〕 注 1 1 から 4 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、<u>3 月に 3 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ニ（略） 2 5 及び 6 については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、<u>3 月に 3 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ハ（略） 3 7 については、インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、<u>3 月に 3 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。 4 S G L T 2 阻害薬を服用している 1 型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、<u>3 月に 3 回に限り</u>、40 点を更に第 1 款の所定点数に加算する。	【血糖自己測定器加算】 〔算定要件〕 注 1 1 から 4 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ニ（略） 2 5 及び 6 については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ハ（略） 3 7 については、インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。 4 S G L T 2 阻害薬を服用している 1 型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、40 点を更に第 1 款の所定点数に加算する。 ※ 酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、特殊カテーテル加算、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算、在宅酸素療法材料加算、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算、在宅ハイフローセラピー材料加算、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算及び在宅ハイフローセラピー装置加算についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

間歇注入シリンジポンプ加算

在宅療養指導管理材料加算の
算定要件の見直し

現 行	改 定 案
【間歇注入シリンジポンプ加算】 〔算定要件〕 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、<u>2月に2回に限り</u>第1款の所定点数に加算する。	【間歇注入シリンジポンプ加算】 〔算定要件〕 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。 ※ <u>持続血糖測定器加算、経腸投薬用ポンプ加算、持続皮下注入シリンジポンプ加算及び注入ポンプ加算についても同様。</u>

・算定頻度の統一

(新設) 訪問薬剤管理医師同時指導料

医師と薬剤師の同時訪問の推進

改定案	
(新) 訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回）	●●点
[対象患者] 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が1人の場合）その他厚生労働大臣が定める患者 [算定要件] 在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、薬学的管理及び指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料又は<u>区分番号●</u>に掲げる複数名薬剤管理指導訪問料を算定している場合については、算定しない。 [施設基準] 訪問薬剤管理医師同時指導料に規定する患者 (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が一人の場合に限る。） (2) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者 (3) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者	

・在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することの評価を新設（同時訪問する医師も診療報酬で評価）

地域包括診療加算 地域包括診療料

残薬対策に係る地域包括
診療料等の見直し

現 行	改 定 案
【再診料】 〔算定要件〕 (11) 地域包括診療加算 ア～エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）（略） （ロ） 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。<u>必要に応じ</u>、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。 ・患者における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化 ・診療時に、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加 （ハ）～（ル）（略） カ～サ（略）	【再診料】 〔算定要件〕 (11) 地域包括診療加算 ア～エ（略） オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）（略） （ロ） 他の保険医療機関と連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患者における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。 （ハ）～（ル）（略） カ～サ（略） ※ 地域包括診療料についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅時医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料

残薬対策に係る地域包括
診療料等の見直し

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 (新設)	【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 〔算定要件〕 <u>(31) 患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。</u>

・患家における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、診療時に、患家における残薬を確認（指示を受けた看護職員等による情報の把握も含む）した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加
（指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることが明確化され、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことも規定される）

在宅時医学総合管理料

施設入居時等医学総合管理料

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見直し

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 〔施設基準〕 1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 （1）次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア （略） イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。	【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 〔施設基準〕 1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 （1）次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア （略） イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。<u>ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくとも差し支えない。</u>

・へき地の在宅医療提供体制を確保する観点から、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は、へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の算定を可能とする

外来医師過多区域に関する対応

機能強化加算、地域包括診療加算、 地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所

現 行	改 定 案
【機能強化加算】 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)～(3) (略) (新設) 〔施設基準（通知）〕 第1の3 機能強化加算 1 機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 (新設)	【機能強化加算】 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)～(3) (略) 〔4〕 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 〔施設基準（通知）〕 第1の3 機能強化加算 1 機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 〔7〕 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 ※ 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。

・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、届出を不可とする

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料の見直し

現 行	改 定 案
【療養・就労両立支援指導料】 1 初回 800点 2 2回目以降 400点 注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。 2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。	【療養・就労両立支援指導料】 1 初回 ●●点 2 2回目以降 ●●点 注 1 1については、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに対して、当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。 2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して6月を限度として、月1回に限り算定する。

・対象疾患の定めを廃止し、疾患の増悪防止等のために反復継続した治療が必要で、就業の継続に配慮が必要な患者を対象とする

・2回目以降の指導による算定間隔を3月から6月に変更

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料の見直し

現 行	改 定 案
【療養・就労両立支援指導料】 3 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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、<u>50点</u>を所定点数に加算する。 4 （略） 5 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、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ<u>696点又は348点</u>を算定する。	【療養・就労両立支援指導料】 3 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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、<u>●●点</u>を所定点数に加算する。 4 （略） 5 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、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ<u>●●点又は●●点</u>を算定する。

・就労の状況を考慮した療養上の指導及び相談支援を更に推進する観点から、その評価を引き上げる



療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料の見直し

現 行	改 定 案
【療養・就労両立支援指導料】 〔施設基準〕 五の一の二 療養・就労両立支援指導料の施設基準等 (1) 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 別表第三の一の二に掲げる疾患 (2)・(3) (略) 別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血 その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 心疾患 糖尿病 若年性認知症 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。） その他これに準ずる疾患	【療養・就労両立支援指導料】 〔施設基準〕 五の一の二 療養・就労両立支援指導料の施設基準等 <u>(削除)</u> <u>(1)・(2) (略)</u> <u>(削除)</u> ・対象疾患の定めを廃止

初再診料等

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

現 行	改 定 案
【通則】 [算定要件（通知）] <通則> 1～12（略） （新設） ・健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化 （新設） ・健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化 ・健診等受診後に、健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化 （新設）	【通則】 [算定要件（通知）] <通則> 1～12（略） 13 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できる。 14 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、別の受診として保険診療を行う場合には、初診料は算定できないが、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。 15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。

初再診料等

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

現 行	改 定 案
【通則】 〔算定要件（通知）〕 （新設） （新設）	【通則】 〔算定要件（通知）〕 <u>16 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。</u> <u>17 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。</u>

手術等

手術等の医療技術の適切な評価

改定案

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】

- (1) 骨盤内臓全摘術（ロボット支援）
- (2) 死体移植腎機械灌流保存技術
- (3) 自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法
- (4) 肝エラストグラフィ撮影加算
- (5) 細菌培養同定検査 血液又は穿刺液

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】

- (1) 陽子線治療（※３）
- (2) 重粒子線治療（※３）

※３ 切除不能の３個以内の大腸癌肺転移に係るもの。なお、原発巣切除後であり局所再発のないものに限る。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術】

- (1) 「注意欠如多動症治療補助プログラム」の使用に係る医療技術
- (2) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料、疼痛等管理用送信器加算(遠隔プログラミングも算定の対象とするための再評価)

【廃止を行う技術の例】

- (1) ヒッチコック療法

・検討結果等を踏まえ、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す

手術等

手術等の医療技術の適切な評価

改定案

C 2 区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】

(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 ●●点

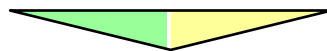
現 行	改 定 案
【見直しを行う区分の例】 【E 2 0 0 コンピューター断層撮影（C T 撮影）】 1 C T 撮影 (新設) イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 (1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点 (2) その他の場合 1,000点 ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ハ 4 列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点 ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点 2 (略)	【E 2 0 0 コンピューター断層撮影（C T 撮影）】 1 C T 撮影 <u>イ 128列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> <u>(1) 共同利用施設において行われる場合 ●●点</u> <u>(2) その他の場合 ●●点</u> ロ 64列以上128列未満のマルチスライス型の機器による場合 (1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点 (2) その他の場合 1,000点 ハ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点 ニ 4 列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点 <u>ホ イ、ロ、ハ又はニ以外の場合 560点</u> 2 (略)

・外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2026」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料を見直す。

手術等

手術等の医療技術の適切な評価

現 行	改 定 案
【E 2 0 0 コンピューター断層撮影（C T 撮影）】 注1 C T 撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 2～6 （略） 7 C T 撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のC T 撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸C T 撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 8 C T 撮影のイの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。	【E 2 0 0 コンピューター断層撮影（C T 撮影）】 注1 C T 撮影のイ、ロ、ハ及びニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 2～6 （略） 7 C T 撮影のイ、ロ又はハについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のC T 撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸C T 撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 8 C T 撮影のイ又はロの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。



手術等

手術等の医療技術の適切な評価

現 行	改 定 案
【見直しを行う区分の例】 【K 0 4 6 骨折観血的手術】 1 肩甲骨、上腕、大腿 21,630点 (新設) (新設) 2 前腕、下腿、手舟状骨 18,370点 (新設) (新設) 3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他 11,370点 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) 注 (略)	【K 0 4 6 骨折観血的手術】 1 肩甲骨骨折観血的手術 ●●点 2 上腕骨骨折観血的手術 ●●点 3 大腿骨骨折観血的手術 ●●点 4 前腕骨骨折観血的手術 ●●点 5 下腿骨骨折観血的手術 ●●点 6 手舟状骨骨折観血的手術 ●●点 7 鎖骨骨折観血的手術 ●●点 8 膝蓋骨骨折観血的手術 ●●点 9 手根骨（舟状骨を除く。）骨折観血的手術 ●●点 10 中手骨骨折観血的手術 ●●点 11 手指骨骨折観血的手術 ●●点 12 足根骨骨折観血的手術 ●●点 13 中足骨骨折観血的手術 ●●点 14 足趾骨骨折観血的手術 ●●点 15 その他の骨折観血的手術 ●●点 注 (略)

・医療技術の体系的な分類について、外科系学会社会保険委員会連合の手術基幹コードであるSTEM 7 の分類に基づく解析により手術時間の差が明らかになったこと等を踏まえ、整形外科領域のKコードについて、部位別を基本として区分を見直し

手術等

高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

改 定 案

（新）内視鏡手術用支援機器加算 ●●点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 K 3 7 4－2、K 3 9 4－2、K 5 0 2－5、K 5 0 4－2、K 5 1 4－2 の 2 及び 3、K 5 2 9－2、K 5 2 9－3、K 5 5 4－2、K 5 5 5－3、K 6 5 5－2 の 3、K 6 5 5－5 の 3、K 6 5 7－2 の 4、K 6 7 4－2、K 6 9 5－2、K 7 0 2－2、K 7 0 3－2、K 7 1 9－3、K 7 4 0－2、K 7 5 5－2、K 7 7 3－5、K 7 7 3－6、K 7 7 8－2、K 8 0 3－2、K 8 6 5－2 並びに K 8 7 9－2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術に当たって、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。

〔施設基準〕

- （1）当該療養を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- （2）当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- （3）当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

〔施設基準通知〕

第●●の● 内視鏡手術用支援機器加算

1 内視鏡手術用支援機器加算に関する施設基準

- （1）内視鏡手術用支援機器を用いた手術（略：算定要件に示されている手術）を合わせて年間200例以上実施していること。
- （2）麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- （3）常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- （4）緊急手術が可能な体制を有していること。
- （5）常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- （6）当該療養に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。
- （7）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。
- （8）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。

〔経過措置〕

令和●年●月●日までの間に限り、（8）に該当するものとみなす。

・多数の手術を実施している医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、ロボット手術について、年間手術実績（年間200例以上）に応じた評価の新設

麻酔

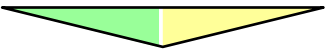
全身麻酔の評価の見直し

現 行	改 定 案
【第11部 麻酔】 〔算定要件〕 第1節 麻酔料 <u>L 0 0 0 迷もう麻酔 31点</u> <u>L 0 0 1 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点</u> (新設) (新設) <u>L 0 0 1－2 静脈麻酔</u> <u>L 0 0 7 開放点滴式全身麻酔 310点</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) ・安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価を、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価に見直し	【第11部 麻酔】 〔算定要件〕 第1節 麻酔料 (削除) <u>L 0 0 1 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静</u> <u>1 10分未満のもの ●●点</u> <u>2 10分以上20分未満のもの ●●点</u> (削除) <u>L 0 0 7 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）</u> <u>1 麻酔に従事する医師が専従で実施する場合 ●●点</u> <u>2 麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合 ●●点</u> <u>3 麻酔を専従で実施する場合 ●●点</u> <u>4 1から3まで以外の場合 ●●点</u> <u>注1 1について、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、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</u>

麻酔

全身麻酔の評価の見直し

現 行	改 定 案
【第11部 麻酔】 (新設)	【第11部 麻酔】 <u>2 2について、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行った場合に算定する。</u>
(新設)	<u>3 1及び2について、実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ●●点、●●点を所定点数に加算する。</u>
(新設)	<u>4 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</u>
(新設)	<u>5 3歳以上6歳未満の幼児に対して吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。</u>



麻酔

全身麻酔の評価の見直し

・気道確保デバイスを用いた全身麻酔の評価であることを明確化

現 行	改 定 案
【第11部 麻酔】 L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 1～3 （略） 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 <u>9,130点</u> ロ イ以外の場合 <u>6,610点</u> 5 （略） 注1 （略） 2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ～ハ （略） ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 <u>660点</u> ホ （略） 3～5 （略） 6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 7～11 （略）	【第11部 麻酔】 L 0 0 8 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔 1～3 （略） 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1か1から3までに掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 ●●点 ロ イ以外の場合 ●●点 5 （略） 注1 （略） 2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ～ハ （略） ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 ●●点 ホ （略） 3～5 （略） 6 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 7～11 （略）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

麻酔

全身麻酔の評価の見直し

現 行	改 定 案
【第11部 麻酔】 〔施設基準〕 第十二の二 麻酔 (新設)	【第11部 麻酔】 第十二の二 麻酔 ● 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）の施設基準 <u>（１）麻酔に従事する医師が専従で実施する場合の施設基準</u> <u>当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>（２）麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準</u> <u>当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u>

・麻酔管理体制に応じた評価に見直し

(廃止) 遺伝カウンセリング加算・遺伝性腫瘍カウンセリング加算

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

現 行	改 定 案
【検体検査判断料】 〔算定要件〕 注 6 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、難病に関する検査（区分番号D 0 0 6－4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D 0 0 6－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D 0 0 6－26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D 0 0 6－30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D 0 0 6－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 7 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、区分番号D 0 0 6－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 【ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 〔算定要件〕 注 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、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。	【検体検査判断料】 〔算定要件〕 (削除) ・質の高いゲノム医療を推進する観点から、遺伝カウンセリング加算及び遺伝性腫瘍カウンセリング加算は廃止し、医学管理料として新たに設定 (削除) 【ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 〔算定要件〕 (削除)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

（新設）遺伝性疾患療養指導管理料

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

改 定 案

【遺伝性疾患療養指導管理料】

イ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 ●●点

ロ 医師が遺伝子検査の結果に基づき遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合 （１） 初回 ●●点

（２） ２回目 ●●点

・質の高いゲノム医療を推進する観点から、遺伝学的情報に基づく療養指導等の評価について、検査実施前及び検査実施後のライフステージの変化に応じて算定できる医学管理料として新設

【算定要件】

注 1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号 D 0 0 6－4 に掲げる遺伝学的検査、区分番号 D 0 0 6－20 に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号 D 0 0 6－26 に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号 D 0 0 6－30 に掲げる遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号 D 0 0 6－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断を実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

2 ロの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

3 ロの（２）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

4 遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理（注 1 から注 3 までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

5 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、区分番号 D 0 0 6－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注 1 から注 3 までに掲げる行為を行った場合は、患者 1 人につき 1 回に限り、それぞれイ又はロに掲げる所定点数を算定する。

(新設) 遺伝性疾患療養指導管理料

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

改 定 案

【遺伝性疾患療養指導管理料】

〔施設基準〕

(1) 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準

- イ 当該保険医療機関内に遺伝性疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- ロ 当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 遺伝性疾患療養指導管理料の注4に規定する施設基準

- イ 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ロ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 遺伝性疾患療養指導管理料の注5に規定する施設基準

- 当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

現 行	改 定 案
【遺伝学的検査】 〔算定要件〕 (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの ① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び<u>家族性</u>アミロイドーシス ②～③ (略) イ (略) ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの ①～② (略) ③ メーブルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP (LCHAD) 欠損症、色素性乾皮症、<u>ロイスディーツ</u>症候群及び家族性大動脈瘤・解離	【遺伝学的検査】 〔算定要件〕 (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの ① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び<u>全身性</u>アミロイドーシス ②～③ (略) イ (略) ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの ①～② (略) ③ メーブルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP (LCHAD) 欠損症、色素性乾皮症及び家族性大動脈瘤・解離

・難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の対象疾患を拡大

遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

現 行	改 定 案
【遺伝学的検査】 〔算定要件〕 エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）<u>及び</u>脆弱X症候群 ② プリオン病、（略）、根性点状軟骨異形成症Ⅰ型<u>及び</u>家族性部分性脂肪萎縮症 ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群<u>及び</u>遺伝性ジストニア	【遺伝学的検査】 〔算定要件〕 エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）<u>、脆弱X症候群、レット症候群、ロウ症候群、三好型ミオパチー、レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症、シトステロール血症及び偽性副甲状腺機能低下症</u> ② プリオン病、（略）、根性点状軟骨異形成症Ⅰ型、家族性部分性脂肪萎縮症<u>、肺胞低換気症候群及び脳腱黄色腫症</u> ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー病、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群／<u>ロイス・ディーツ症候群</u>、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群、遺伝性ジストニア、<u>先天性魚鱗癬、眼皮膚白皮症、乳児発症STING関連血管炎、進行性白質脳症及びシャルコー・マリー・トウス病</u>

・難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の対象疾患を拡大

遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

現 行	改 定 案
【遺伝学的検査】 オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① T N F 受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴う X 連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及び T R P V 4 異常症 ・難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の対象疾患を拡大 ② （略）、家族性高コレステロール血症、（略）、家族性低βリポタンパク血症 1（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症 ③ （略）ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）	【遺伝学的検査】 オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ① T N F 受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴う X 連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、H T R A 1 関連脳小血管病、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症、T R P V 4 異常症、マリネスコ・シェーグレン症候群、ガラクトースー 1ーリン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症、進行性骨化性線維異形成症、無虹彩症、P U R A 関連神経発達異常症及びレーベル遺伝性視神経症 ② （略）、家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）、（略）、家族性低βリポタンパク血症 1（ホモ接合体））、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症、ジュベール症候群関連疾患、ウェルナー症候群、コケイン症候群、弾性線維性仮性黄色腫、ダイヤモンド・ブラックファン貧血及び L M N B 1 関連大脳白質脳症 ③ （略）ミトコンドリア病、線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）、先天性副腎皮質酵素欠損症及び出血性線溶異常症

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

出血・凝固検査

迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設

現 行	改 定 案
【出血・凝固検査】 4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン（新設）	【出血・凝固検査】 4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン <u>注 後天性低フィブリノゲン血症の患者に対して、フィブリノゲン製剤の適応の可否を判断する目的で、手術室等の場所でフィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量を実施した場合は、迅速フィブリノゲン測定加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>

・フィブリノゲン製剤の適正使用の観点から、フィブリノゲン製剤の投与の適応判定を目的として迅速なフィブリノゲン測定を行う場合の加算を新設

検査

質の高い臨床検査の適切な
評価

改 定 案

【検査の例】

(新) 感染症免疫学的検査

アスペルギルス I g G抗体 ●●点

・質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、
現在準用点数で行われている検査の評価を新設

骨塩定量検査

骨塩定量検査の算定要件
の見直し

現 行	改 定 案
【D 2 1 7 骨塩定量検査】 〔算定要件〕 注 検査の種類にかかわらず、患者 1 人につき 4 月に 1 回に限り算定する。 〔留意事項通知〕 (1) 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4 月に 1 回を限度とする。 ・関係学会における骨粗鬆症の治療管理での骨塩定量検査の位置付けを踏まえ、急激な骨減少又は増加をきたす病態や薬剤の投与時を除き、算定回数を4か月に1回から1年に1回に見直し (2)～(6) (略)	【D 2 1 7 骨塩定量検査】 〔算定要件〕 注 検査の種類にかかわらず、<u>患者 1 人につき 1 年に 1 回に限り算定する。ただし、骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して 1 年以内の場合には、患者 1 人につき 4 月に 1 回に限り算定する。</u> 〔留意事項通知〕 (1) 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断又はその経過観察を行なった場合であって、<u>以下のアからカのいずれかに該当する患者については 4 月に 1 回に限り、その他の患者については 1 年に 1 回に限り算定する。</u> <u>ア 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して 1 年以内の場合</u> <u>イ 新たに骨折した場合</u> <u>ウ 関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合</u> <u>エ ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合</u> <u>オ グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合</u> <u>カ 吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合</u> (2)～(6) (略)

眼科学的検査

近視進行抑制薬の処方に
係る検査の見直し

現 行	改 定 案
【眼科学的検査】 〔算定要件〕 通則 （略） （新設）	【眼科学的検査】 〔算定要件〕 通則 <u>1 （略）</u> <u>2 近視の進行抑制を目的として診療を行い当該目的に係る効能又は効果を有する医薬品を投与している患者に対して眼科学的検査を行った場合は、年2回に限り算定する。この場合において、1回の受診において複数の検査を行った場合は、2種類を限度として算定する。</u>

・令和6年度及び令和7年度に賃金の改善を確実に実施するための施設基準見直し

検体検査管理加算

検体検査管理加算の見直し

現 行		改 定 案
【検体検査管理加算】 〔施設基準〕 第19の2 検体検査管理加算(Ⅱ) 1 検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること。 第20 検体検査管理加算(Ⅲ) 1 検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること。		【検体検査管理加算】 〔施設基準〕 第19の2 検体検査管理加算(Ⅱ) 1 検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(7)までの全てを満たしていること。 第20 検体検査管理加算(Ⅲ) 1 検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(7)までの全てを満たしていること。
【検体検査管理加算】 第20の2 検体検査管理加算(Ⅳ) 1 検体検査管理加算(Ⅳ)に関する施設基準 (1)～(6) (略) (新設)	【検体検査管理加算】 第20の2 検体検査管理加算(Ⅳ) 1 検体検査管理加算(Ⅳ)に関する施設基準 (1)～(6) (略) (7) 当該保険医療機関内で実施された検体検査の結果が、生命が危ぶまれるような状態にあることを示唆する異常値（以下「パニック値」という。）であった際に、次の対応を行う体制が整備されていることが望ましい。 <u>ア 当該保険医療機関内で実施した検体検査のうち、少なくともグルコース、カリウム及び血小板について、パニック値の閾値を設定すること。</u> <u>イ 当該保険医療機関内で実施した検体検査の結果が、パニック値であった際に、速やかに当該患者の診療に当たる医師へ連絡すること。なお、医師への伝達については、看護師等を経由して連絡することでも差し支えない。また、連絡を受けた医師は、当該パニック値に対して行った対応について、遅滞なく診療録に記載するよう努めること。</u> <u>ウ 検査結果報告書等において、当該検体検査の結果がパニック値であることがわかる表示を行うよう努めること。</u>	・患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）の要件に、パニック値の閾値の設定等を行うことが望ましいことを追加

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 特定薬剤治療環境特別加算

カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

改 定 案

(新) 特定薬剤治療環境特別加算（1日につき） ●●点

〔対象患者〕

カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院する患者

〔算定要件〕

保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、特定薬剤治療環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成15年法律第97号。以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に、特定薬剤治療環境特別加算として、所定点数に加算する。

・カルタヘナ法（※）を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、入院中の個室管理を行った場合の評価を新設

【用語解説】

カルタヘナ法：遺伝子組換え生物等の使用による生物多様性への悪影響を防止することを目的として制定され、遺伝子組換え生物等の使用等に対する規制を定めている

特定薬剤治療管理料

カルタヘナ法に基づく医学管理
の推進

現 行	改 定 案
【特定薬剤治療管理料】 〔算定要件〕 注11 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する	【特定薬剤治療管理料】 〔算定要件〕 注11 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合 <u>又は遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に必要な指導等を行った場合</u>に月1回に限り所定点数を算定する。

・カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、特定薬剤治療管理料に、カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を追加

（新設）心不全再入院予防継続管理料

慢性心不全の再入院予防
の評価の新設

改 定 案

（新）B001－●心不全再入院予防継続管理料（１日につき）

イ 心不全再入院予防継続管理料 1 ●●点

ロ 心不全再入院予防継続管理料 2

（１）●回目まで ●●点

（２）●回目以降 ●●点

ハ 心不全再入院予防継続管理料 3

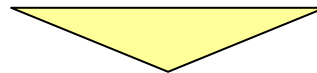
（１）●回目まで ●●点

（２）●回目以降 ●●点

・心不全治療による再入院予防を推進する観点から、呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に、地域連携に係る要件を満たした医療機関が早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合の評価を新設

〔対象患者〕

- （１）慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの
 - ① 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること
 - ② 入院中に運動療法を実施していること
- （２）イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの
- （３）イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの



(新設) 心不全再入院予防継続管理料

慢性心不全の再入院予防
の評価の新設

改 定 案

〔算定要件〕

- (1) イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、**当該入院中●●回**に限り算定する。
- (2) ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、**初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回**に限り算定する。
- (3) ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、**初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回**に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、患者の心機能の評価、原因精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (5) ロについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (6) ハについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。

〔施設基準〕

- (1) 心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

人工腎臓

人工腎臓の評価の見直し

現 行	改 定 案
【J038 人工腎臓】 [算定要件] 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 <u>1,876点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>2,036点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>2,171点</u> 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4 時間未満の場合 <u>1,836点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>1,996点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>2,126点</u> 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 <u>1,796点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>1,951点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>2,081点</u> 4 その他の場合 <u>1,580点</u> 注 1～14 (略) (新設)	【J038 人工腎臓】 [算定要件] 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 <u>●●点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>●●点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>●●点</u> 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4 時間未満の場合 <u>●●点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>●●点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>●●点</u> 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 <u>●●点</u> ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>●●点</u> ハ 5 時間以上の場合 <u>●●点</u> 4 その他の場合 <u>●●点</u> 注 1～14 (略) <u>15 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行った場合には、腎代替療法診療体制充実加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>

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

人工腎臓

人工腎臓の評価の見直し

現 行	改 定 案
【J038 人工腎臓】 〔施設基準〕 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)～(7) (略) (新設) 〔施設基準通知〕 第57の2 人工腎臓 1～4 (略) (新設)	【J038 人工腎臓】 〔施設基準〕 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)～(7) (略) (8) 腎代替療法診療体制充実加算の施設基準 <u>イ 当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。</u> <u>ロ 当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。</u> <u>ハ 当該療法を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> 〔施設基準通知〕 第57の2 人工腎臓 1～4 (略) 5 腎代替療法診療体制充実加算の施設基準 (1) ア及びイを満たしていること。 <u>ア ハザードマップにより当該保険医療機関の災害発生時のリスクを把握した上で、災害対応に係るマニュアルを作成していること。</u> <u>イ 日本透析医会、日本透析医会支部又は都道府県等による災害時の情報伝達訓練に年に1回以上参加していること。</u>



人工腎臓

人工腎臓の評価の見直し

現 行	改 定 案
【J 0 3 8 人工腎臓】	【J 0 3 8 人工腎臓】 <u>(2) アを満たしているとともに、イ又はウを満たしていること。</u> <u>ア 腎代替療法に係る情報提供について、関係学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し必要な説明を行っていること。なお、患者に対する説明は、導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。</u> <u>イ「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で24回以上算定していること。</u> <u>ウ 腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者（日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。）が前年に2人以上いること。</u> <u>(3) 透析シャント閉塞等により経皮的シャント拡張術・血栓除去術等の治療を要する場合には、当該保険医療機関で治療を行う場合を除き、シャント閉塞等の治療を行う他の保険医療機関と事前に連携した上で必要に応じて診療情報の提供を行う体制が整備されていること。</u> <u>(4) 緩和ケアを必要とする患者に対し、患者の症状に応じた適切な治療及びケアを提供できる体制が整備されていることが望ましい。なお、緩和ケアについては、「腎不全患者のための緩和ケアガイドンス」（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）を参考にすること。</u>
5 届出に関する事項 (1)～(3) (略) (新設) (新設)	6 届出に関する事項 (1)～(3) (略) <u>(4) 腎代替療法診療体制充実加算の施設基準に係る届出は別紙●の様式●を用いること。</u> <u>(5) 腎代替療法診療体制充実加算の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、(1)のイの基準に該当するものとみなす。また、令和10年5月31日までの間に限り、(2)のイ及びウの基準に該当するものとみなす。</u>

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化

現 行	改 定 案
【K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 〔算定要件〕 1 初回 12,000点 (新設) 2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点 〔算定要件(通知)〕 (1)「1」については、3月に1回に限り算定する。 (新設) (新設) ・シャント閉塞及び高度なシャント狭窄とその他の場合の治療効果の違いを踏まえ、「1 初回」の、透析シャント閉塞の場合又は超音波検査においてシャント血流量が400ml以下若しくは血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合と、その他の場合で点数差を設定 (2)「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 透析シャント閉塞の場合 イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。) (3)(略)	【K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 〔算定要件〕 1 初回 イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合 ●●点 ロ その他の場合 ●●点 2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点 〔算定要件(通知)〕 (1)「1」については、3月に1回に限り算定する。また、次のいずれかに該当するものは「イ」を算定し、その他のものは「ロ」を算定する。なお、「イ」を算定する場合は、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 透析シャント閉塞の場合 イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。) (2)「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、(1)の ア又はイのいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、(1)の ア又はイのいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (削除) (削除) (3)(略)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅自己腹膜灌流指導管理料

医療機関間連携による腹膜透析管理の推進

現 行	改 定 案
【C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料】 〔算定要件〕 C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料 <u>4,000点</u> (新設) (新設) 注 1 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降 1 回につき 2,000 点を月 2 回に限り算定する。 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は J 0 4 2 に規定する腹膜灌流の 1 を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用は、算定しない。 3 (略) (新設)	【C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料】 〔算定要件〕 C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料 1 在宅自己腹膜灌流指導管理料 1 ●●点 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 ●●点 注 1 <u>在宅自己腹膜灌流指導管理料 1 については、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降 1 回につき 2,000 点を月 2 回に限り算定する。</u> 2 <u>当該指導管理料 1</u>を算定する同一月内に区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は J 0 4 2 に規定する腹膜灌流の 1 を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用は、算定しない。 3 (略) 4 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該指導管理料 1 を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき 2 回に限り算定する。
〔施設基準〕 ●の● 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 の施設基準 腹膜透析患者に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。	

・地域患者の医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、頻回に指導管理を行う必要がある在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者に、他の医療機関の求めを受けて、腹膜透析の導入を行う基幹病院が指導管理を行った場合の評価を新設

入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 第２部 入院料等 通則 １～８（略） ９ ７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき４０点を減算する。 ・身体的拘束の最小化に向けた取組を更に推進する観点から、身体的拘束を行った日の入院料の評価見直し 〔施設基準（告示）〕 八 身体的拘束最小化の基準 （新設） 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設）	〔算定要件〕 第２部 入院料等 通則 １～８（略） ９ ７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき４０点を減算する。<u>ただし、７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から１日につき●点を減算する。</u> 〔施設基準（告示）〕 八 身体的拘束最小化の基準 <u>（１）身体的拘束最小化の体制に係る基準</u> 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 <u>（２）身体的拘束最小化の実績等に係る基準</u> <u>身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。</u>

入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 1～6 （略） 7 身体的拘束最小化の基準 （新設） （1）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。 （2）（1）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。	〔施設基準（通知）〕 第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 1～6 （略） 7 身体的拘束最小化の基準 （1）身体的拘束最小化の体制に関する基準は（3）から（6）まで、身体的拘束最小化の実績等に関する基準（7）及び（8）をいうものであること。 （2）身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。 （3）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。 （4）（2）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

・身体的拘束最小化の基準に組織風土の重要性に関する要件を追加

入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] <u>(3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。</u> <u>(4) (略)</u> <u>(5) 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。</u> ア (略) イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や<u>(3)</u>に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが<u>望ましい</u>。 ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。	[施設基準（通知）] (削除) <u>(5) (略)</u> <u>(6) 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。</u> ア (略) イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や<u>(2)</u>に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むこと。 ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。<u>当該研修には、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。</u>

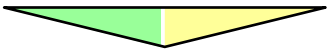
・身体的拘束最小化の基準に研修内容についての記載を追加

入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 （新設）	〔施設基準（通知）〕 <u>（７）以下のいずれかを満たすこと。</u> <u>ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、当該保険医療機関内で●割●分以下であること。</u> <u>イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、（イ）から（ハ）までの全ての取組みを継続して行っていること。</u> <u>（イ）身体的拘束最小化チームにおいて、身体的拘束の実施状況を踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を３か月に１回以上開催していること。</u> <u>（ロ）身体的拘束が行われている病棟に対し、次の取組のいずれかが行われていること。</u> <u>① 身体的拘束最小化チームによる病棟の巡回が定期的に行われ、病棟の職員とともに身体的拘束が行われている患者の解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。</u> <u>② 身体的拘束が行われている患者が生じる都度、病棟の複数の職員により解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。</u> <u>（ハ）当該保険医療機関内で、入院患者に関わる職員を対象として、患者の尊厳の保持の重要性及び身体的拘束の最小化に向けた具体的な方策や好事例の紹介を含む内容の研修が年に２回以上実施されていること。</u>

・身体的拘束最小化の実績や取組に関する要件を追加

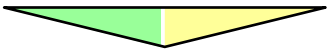


入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 （新設）	〔施設基準（通知）〕 （８）（７）のアに規定する身体的拘束の実施割合は、直近３か月における当該保険医療機関で入院料（「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301－4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児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、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303－2」新生児治療回復室入院医療管理料を除く。また、精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定に基づいて取り扱う場合には精神病床を除く。）を算定した日数のうち、身体的拘束を実施した日数を、当該入院料を算定した日数で除して得た割合をいう。ただし、実施した身体的拘束が以下のアからウまでのいずれかに該当する場合は、身体的拘束を実施した日数に含めない。なお、アからウまでに該当する場合であっても、常に身体的拘束の解除や代替策の導入について検討し、身体的拘束の最小化に努めること。 ア 衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合 イ 処置時や移動時に、患者本人又はその家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルトやミトンを使用する場合であって、職員が介助等のため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 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、患者本人又はその家族の同意を得た上で、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しない。）

・身体的拘束の実施日に
含まれない行為を明確化



入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 <u>(6)(1)</u>から<u>(5)</u>までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律25第123号）の規定による。 <u>(7)</u> 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り、<u>(1)</u> から<u>(5)</u> までの基準を満たしているものとする。 8 （略）	〔施設基準（通知）〕 <u>(9)(3)</u>から<u>(6)</u>まで及び(7)のイの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を当該法律の規定に基づいて取り扱う場合は、(3)から(6)まで及び(7)のイの規定を満たすものとみなす。 (10) 令和8年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和9年5月31日までの間に限り、(6)のイ及び(7)の基準を満たしているものとする。 8 （略）

入院料等通則（身体的拘束最小化）

身体的拘束最小化の取組
の更なる推進

改 定 案

（新） 身体的拘束最小化推進体制加算（１日につき） ●●点

・身体的拘束の最小化に向け、組織的に特に質の高い取組を行っている場合の体制評価を新設

〔対象患者〕

身体的拘束最小化について、管理者等を中心とした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保険医療機関において、**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、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料を算定している患者**

〔算定要件〕

注 1 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（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、身体的拘束最小化推進体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- （１）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。
- （２）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。
- （３）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。
- （４）（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。

認知症ケア加算

認知症ケア加算の見直し

現 行	改 定 案
【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 <u>180点</u> ロ 15日以上期間 <u>34点</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 <u>112点</u> ロ 15日以上期間 <u>28点</u> 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 <u>44点</u> ロ 15日以上期間 <u>10点</u> 〔算定要件〕 注 2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の<u>40</u>に相当する点数により算定する。	【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 <u>●●点</u> ロ 15日以上期間 <u>●●点</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 <u>●●点</u> ロ 15日以上期間 <u>●●点</u> 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 <u>●●点</u> ロ 15日以上期間 <u>●●点</u> 〔算定要件〕 注 2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の<u>●●</u>に相当する点数により算定する。

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

医療安全対策加算

医療安全対策地域連携加算 1

医療安全対策加算の見直し

現 行	改 定 案
【医療安全対策加算】 1 医療安全対策加算 1 <u>85点</u> 2 医療安全対策加算 2 <u>30点</u> 〔算定要件〕 注 1 （略） 2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 医療安全対策地域連携加算 1 <u>50点</u> ロ 医療安全対策地域連携加算 2 <u>20点</u>	【医療安全対策加算】 1 医療安全対策加算 1 <u>●●点</u> 2 医療安全対策加算 2 <u>●●点</u> 〔算定要件〕 注 1 （略） 2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（ロについては、特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 医療安全対策地域連携加算 1 <u>●●点</u> ロ 医療安全対策地域連携加算 2 <u>●●点</u>

・患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算の要件と評価を見直し

・医療安全対策地域連携加算1について、特定機能病院も算定可能とする

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔算定要件〕 (12)「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア（略） イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合をいう。 ① 退棟時又は退室時のF I M運動項目の得点から、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したもの。 ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔算定要件〕 (12)「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。 ア（略） イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室から退棟又は退室した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して●●を下回った場合をいう。 ① 退棟時又は退室時のF I M運動項目の得点から、入棟時又は入室時のF I M運動項目の得点を控除したもの。 <u>ただし、F I M運動項目のうち、「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」については、得点が入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上だった場合は、それぞれの項目の得点の当該控除したものに1点を加える。</u> ② 各患者の入棟又は入室から退棟又は退室までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの

・実績基準指数の見直し
・より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の算出方法について、加点要素を追加

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [計算例] ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にF I M運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にF I M運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とする、$(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$ ・加点される場合の計算例 ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、$(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$ 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝<u>33.3</u>となる。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [計算例] ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にF I M運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にF I M運動項目が40点、退棟時に65点であったものが20人とする、$(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$ <u>さらに、前記の退棟した患者のうちF I M運動項目の「歩行・車椅子」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上であったものが20人、「トイレ動作」が入棟時に5点以下、退棟時に6点以上だったものが30人とする、$1,400 + 1 \times 20 + 1 \times 30 = 1,450$</u> ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、$(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$ 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝<u>34.5</u>となる。

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の<u>30</u>を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るF I Mの測定を行うこと。 ・実績指数から除外できる患者の見直し（「80歳以上」削除など） ・除外患者割合の見直し ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの ④ <u>年齢が80歳以上のもの</u> ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日又は入室日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の●●を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、<u>入棟した月に算出対象から除外した場合であっても、①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める必要がある。また、次の④に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るF I Mの測定を行うこと。</u> ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの（削除） ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。 ・「F I M運動項目の得点が20点以下」で、リハビリテーションを1日平均6単位を超えたために、実績指数から除外対象でなくなった場合に経緯を記載することの要件追加 カ（略） キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。ただし、ウにおいて、①のうち入院中に、1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたために、除外できる患者でなくなった場合には、一覧性のある台帳に、その経緯が分かるように記載する。 カ（略） キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が●●以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

現 行	改 定 案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者（在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の<u>30</u>」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の<u>30</u>」と読み替えるものとする。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室を退棟又は退室した患者（在棟中又は在室中に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の●●」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の●●」と読み替えるものとする。

・除外患者割合の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

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

・公開することが求められる項目の公開方法を、院内掲示及びウェブサイトに掲載することと明確化

特定入院料・特定一般病棟入院料

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

現 行	改 定 案
【特定入院料の施設基準等】 〔施設基準〕 一 通則 (1)～(3) (略) (新設) (4) (略) 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等 (1)～(4) (略) (5) 特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準 イ～チ (略) リ 当該病室において、退院患者に占める、<u>自宅</u>等に退院するものの割合が七割以上であること。	【特定入院料の施設基準等】 〔施設基準〕 一 通則 (1)～(3) (略) <u>(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。</u> <u>(5)</u> (略) 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等 (1)～(4) (略) (5) 特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準 イ～チ (略) リ 当該病室において、退院患者に占める、<u>在宅</u>等に退院するものの割合が七割以上であること。

・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までと明確化
・在宅復帰率の計算対象の明確化

入院基本料等（在宅復帰率）

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

現 行	改 定 案
【病院の入院基本料等に関する施設基準】 4の4 急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) (略) (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。 ・在宅復帰率の計算で、他の入院料を算定する患者や短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象外とする ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「<u>通則5</u>」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数 イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「<u>通則5</u>」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。） （新設）	【病院の入院基本料等に関する施設基準】 4の4 急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) (略) (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、第2部「<u>通則5</u>」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「A400」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者は計算対象から除外する。 ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数のうち、自宅等に退院するものの数 イ 直近6か月間に退院した患者数 (3) 令和8年3月31日時点で現に急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟については、令和9年5月31日までの間、(1)及び(2)の規定に限り、なお従前の例によることができる。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

現 行	改 定 案
【病院の入院基本料等に関する施設基準】 9 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について (2) 次のいずれにも適合すること。 ア 当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。 (イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数	【病院の入院基本料等に関する施設基準】 9 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について (2) 次のいずれにも適合すること。 ア 当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。 (イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「A400」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数

・在宅復帰率の計算で、短期滞入手術等基本料を算定する患者は対象外とする

在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

現 行	改 定 案
【病院の入院基本料等に関する施設基準】 (□) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。） イ（略） (3)（略） （新設）	【病院の入院基本料等に関する施設基準】 (□) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「A400」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。） イ（略） (3)（略） (4) 令和8年3月31日時点で現に療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算に係る届出を行っている病棟については、令和9年5月31日までの間、(2)の規定に限り、なお従前の例によることができる。

・在宅復帰率の計算で、短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象外とする規定の経過措置

特定入院料

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

現 行	改 定 案
【特定入院料の施設基準等 通則】 特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 1～3 （略） （新設） （新設） 以下を、施設基準上も明確化 ・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 ・在宅復帰率の計算対象	【特定入院料の施設基準等 通則】 特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 1～3 （略） <u>4 一病棟において届け出ることができる特定入院料の種別は2までに限るものであること。</u> <u>5 在宅等に退院するものの割合その他の患者の割合の計算は、特に規定する場合を除き、特定入院料を算定する病棟内に他の特定入院料を算定する病床若しくは病室がある場合の当該病床又は病室に入院する患者及び「A400」に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を除いて行うこと。</u>

〔経過措置〕

令和8年3月31日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第9の1の（4）に定める基準に該当するものとみなす。

精神病棟入院基本料

データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 〔施設基準〕 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 イ～ロ 略 ハ 十五対一入院基本料の施設基準 (新設) ニ 十八対一入院基本料の施設基準 (新設) ホ 二十対一入院基本料の施設基準 (新設)	【精神病棟入院基本料】 〔施設基準〕 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 イ～ロ 略 ハ 十五対一入院基本料の施設基準 ③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって十五対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u> ニ 十八対一入院基本料の施設基準 ③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設場合であって十八対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u> ホ 二十対一入院基本料の施設基準 ③ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設場合であって二十対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</u>

・データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の届出を必須とする入院料に、精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料）を追加

精神病棟入院基本料

診療実績データの提出に係る
評価の見直し

[経過措置]

令和8年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関については、令和10年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

令和8年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの

イ 精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの

生活習慣病管理料（Ⅰ）

診療実績データの提出に係る
評価の見直し

現 行	改 定 案
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注1～3（略） 4 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、<u>当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</u> （新設） （新設） （新設） ・提出データの簡素化等を踏まえた評価と評価体系の見直し	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注1～3（略） 4 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は、<u>当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> ・外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、データ提出医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設 <u>イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）</u> <u>（1）充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（2）充実管理加算 2（脂質異常症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（3）充実管理加算 3（脂質異常症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）</u> <u>（1）充実管理加算 1（高血圧症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（2）充実管理加算 2（高血圧症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（3）充実管理加算 3（高血圧症を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）</u> <u>（1）充実管理加算 1（糖尿病を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（2）充実管理加算 2（糖尿病を主病とする場合） ● ● 点</u> <u>（3）充実管理加算 3（糖尿病を主病とする場合） ● ● 点</u> ※ 生活習慣病管理料（Ⅱ）についても同様。

生活習慣病管理料（Ⅰ）

診療実績データの提出に係る
評価の見直し

現 行	改 定 案
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔施設基準〕 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準 (1) (略) (2) 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理（Ⅱ）の注4に規定する施設基準 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (新設)	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔施設基準〕 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ) 及び生活習慣病管理料(Ⅱ) の施設基準 (1) (略) (2) 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 イ 充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 ① 脂質異常症の管理につき、十分な実績を有していること。 ② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ 充実管理加算 2（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 ① 脂質異常症の管理につき、相当の実績を有していること。 ② イの②を満たすものであること。 ハ 充実管理加算 3（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 イの②を満たすものであること。

生活習慣病管理料（Ⅰ）

診療実績データの提出に係る
評価の見直し

現 行	改 定 案
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 〔施設基準〕 （新設） （新設）	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 <u>（3）生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注5に規定する充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イ 充実管理加算 1（高血圧症を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 高血圧症の管理につき、十分な実績を有していること。</u> <u>② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> <u>ロ 充実管理加算 2（高血圧症を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 高血圧症の管理につき、相当の実績を有していること。</u> <u>② イの②を満たすものであること。</u> <u>ハ 充実管理加算 3（高血圧症を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イの②を満たすものであること。</u> <u>（4）生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注5に規定する充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イ 充実管理加算 1（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 糖尿病の管理につき、十分な実績を有していること。</u> <u>② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> <u>ロ 充実管理加算 2（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 糖尿病の管理につき、相当の実績を有していること。</u> <u>② イの②を満たすものであること。</u> <u>ハ 充実管理加算 3（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イの②を満たすものであること。</u>
〔経過措置〕 令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、令和9年3月31日までの間に限り、第三の四の九の(2)のイの①、(3)のイの①又は(4)のイの①に該当するものとみなす。	

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び
終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

現 行	改 定 案
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 〔算定要件〕 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 <u>250点</u> 注1 (略) (新設) 2・3 (略) 〔施設基準〕 六の四の三 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準 (新設) (1)・(2) (略)	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 〔算定要件〕 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2,250点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 <u>●●点</u> 注1 (略) <u>2 2について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算として●●点を所定点数に加算する。</u> 3・4 (略) 〔施設基準〕 六の四の三 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準 <u>(1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準</u> <u>持続陽圧呼吸療法機器の使用時間等をモニタリング可能な体制を有し、適切な指導管理を行っていること。</u> (2)・(3) (略)

・質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 に、使用時間等をモニタリング可能な体制を有し、適切な指導管理を行っている場合の加算を新設

終夜睡眠ポリグラフィー

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び
終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

現 行	改 定 案
【終夜睡眠ポリグラフィー】 〔算定要件〕 1 携帯用装置を使用した場合 720点 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 250点 3 1 及び 2 以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの 4,760点 ロ その他のもの 3,570点 （新設） 注（略） （新設）	【終夜睡眠ポリグラフィー】 〔算定要件〕 1 携帯用装置を使用した場合 720点 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 250点 3 1 及び 2 以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの 4,760点 ロ 保険医療機関内又は訪問して実施するもの ●●点 ハ その他のもの ●●点 注1（略） 注2 検査に要した交通費は、患家の負担とする。

・質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、終夜睡眠ポリグラフィーの評価を、患者の自宅に医療従事者が訪問して検査装置の装着を行う場合と、その他の場合に分ける

(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (初診料)

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	改 定 案
医科診療報酬点数表 【A 0 0 0 初診料】 〔算定要件〕 注 1～14 (略) 15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、月 1 回に限り<u>1 点</u>を所定点数に加算する。 (新設) (新設) (新設) 16 <u>医療 D X 推進に係る体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 D X 推進体制整備加算として、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> イ～ハ (略)	医科診療報酬点数表 【A 0 0 0 初診料】 〔算定要件〕 注 1～14 (略) 15 <u>医療 D X 推進に係る体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 11 に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u> <u>イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 ●●点</u> <u>ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 ●●点</u> <u>ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3 ●●点</u> (削除) ・医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算と医療DX推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、電子的診療情報連携体制整備加算を新設

医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算は廃止

(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (再診料)

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	改 定 案
【A 0 0 1 再診料】 〔算定要件〕 注 1～10 (略) 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1 点を所定点数に加算する。 12～18 (略) 19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3 月に 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。 20 (略)	【A 0 0 1 再診料】 〔算定要件〕 注 1～10 (略) 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1 点を所定点数に加算する。 この場合において、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 15 及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 18 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。 12～18 (略) 19 医療 D X 推進に係る体制として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を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に 1 回に限り ● ● 点を所定点数に加算する。この場合において、注 11 に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。 20 (略)

・医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算は廃止
・算定間隔は「3か月に1回」から「月に1回に」に見直し

(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (外来診療料)

医療DX推進体制整備
加算等の見直し

現 行	改 定 案
【A 0 0 2 外来診療料】 〔算定要件〕 注1～9 (略) 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、<u>3月</u>に1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。 11 (略)	【A 0 0 2 外来診療料】 〔算定要件〕 注1～9 (略) 10 医療DX推進に係る体制として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を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、<u>月</u>に<u>1回</u>に限り●●点を所定点数に加算する。 11 (略)

・医療情報取得加算及び医療DX 推進体制整備加算は廃止
・算定間隔は「3か月に1回」から「月に1回に」に見直し

(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (外来共通)

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	
[施設基準] 三の七 医療情報取得加算の施設基準 (新設)	
イ：オンライン請求 ロ：明細書発行 ハ：オンライン資格確認体制 ニ：オンライン資格確認等システムを活用した診療体制 ホ：オンライン資格確認の実績	
改 定 案	
(法令番号は日医工（株）が省略)	
[施設基準] (削除) 三の七 医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準 (1) 電子的診療情報連携体制整備加算 1 の施設基準 イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療担規則」という。）に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則及び療担基準に規定する明細書を無償で交付することを要しない。 ハ 健康保険法に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ニ 医師又は歯科医師が、健康保険法に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 ホ 健康保険法に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。	

(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算 (外来共通)

医療DX推進体制整備加算等の見直し

改定案

(法令番号は日医工(株)が省略)

[施設基準]

- ヘ ロの体制に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- トへ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。
- チ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- リ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。
- ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。
- (2) 電子的診療情報連携体制整備加算2及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算1の施設基準
 - (1) のイからチまで及びリ又はヌのいずれかを満たすものであること。
- (3) 医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算2及び歯科再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準
 - (1) のイからチまでを満たすものであること。

ヘ：明細書発行体制、医療DX推進体制の掲示

ト：掲示事項のウェブサイト掲載

チ：患者からの健康管理相談対応体制

リ：電子処方箋発行体制又は電子処方箋システムによる院内処方情報の登録

ヌ：電子カルテ情報共有サービス

・加算1(初診料)はイ～ヌを満たす

・加算2(初診料)はイ～チ+リorヌを満たす

・加算3(初診料)、再診料の加算、外来診療料の加算はイ～チを満たす

診療録管理体制加算

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	改 定 案
【A 2 0 7 診療録管理体制加算】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表 1 診療録管理体制加算 1 <u>140点</u> 2 診療録管理体制加算 2 <u>100点</u> 3 診療録管理体制加算 3 <u>30点</u> 〔施設基準〕 七 診療録管理体制加算の施設基準 （1）診療録管理体制加算 1 イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。 <u>ヘ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u> （2）診療録管理体制加算 2 <u>（1）のイからホまでを満たすものであること。</u> （新設） （新設） （3）診療録管理体制加算 3	【A 2 0 7 診療録管理体制加算】 〔算定要件〕 医科診療報酬点数表 1 診療録管理体制加算 1 <u>●●点</u> 2 診療録管理体制加算 2 <u>●●点</u> （削除） 〔施設基準〕 七 診療録管理体制加算の施設基準 （1）診療録管理体制加算 1 イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。 （削除） （2）診療録管理体制加算 2 <u>イ（1）のイ、ロ及びニを満たすものであること。</u> <u>ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。</u> （削除）

・診療録管理体制加算の要件の見直しと区分3の削除

医療DX推進体制整備加算等
の見直し

・入院の加算として電子的診療情報
連携体制整備加算を新設

在宅医療DX情報活用加算

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	改 定 案
【在宅医療DX情報活用加算】 〔施設基準（通知）〕 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 （略） 3 届出に関する事項 （1）（略） （2）1の(5)については令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （3）令和8年5月31日までの間に限り、1の(6)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。	【在宅医療DX情報活用加算】 〔施設基準（通知）〕 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 （略） 3 届出に関する事項 （1）（略） （2）1の（5）については、当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。 (削除)

・電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長

(廃止) 医療情報取得加算

医療DX推進体制整備加算等の見直し

現 行	改 定 案
【調剤管理料】 〔算定要件〕 注1～5（略） 6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療情報取得加算として、1年に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u>	【調剤管理料】 〔算定要件〕 注1～5（略） （削除） ・医療情報取得加算を廃止

オンライン診療（初診料・再診料・外来診療料）

オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 〔施設基準〕 一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設） 〔施設基準（通知）〕 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （1）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。 ア～ウ （略） エ 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。 （新設） （新設）	【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 〔施設基準〕 一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （1）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （2）<u>向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。</u> 〔施設基準（通知）〕 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （1）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のアからエを満たすこと。 ア～ウ （略） エ <u>以下について、当該保険医療機関のウェブサイト</u>に掲示していること。 （イ）<u>情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと</u> （ロ）<u>当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト</u>

・オンライン診療の実態を踏まえ、施設基準に指針の遵守を確認するためのチェックリストをウェブサイトに掲載することや医療広告ガイドラインの遵守等を追加

オンライン診療（初診料・再診料・外来診療料）

オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 (新設)	【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 オ 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）を遵守していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にする。
(新設)	カ 向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うこと。ただし、電子処方箋システムを有していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

・オンライン診療で向精神薬を処方する場合には、電子処方箋システムによる重複投薬等のチェックを要件化

（新設）遠隔電子処方箋活用加算

オンライン診療における電子
処方箋の活用の推進

改 定 案

（新）遠隔電子処方箋活用加算 ●●点

〔対象患者〕

情報通信機器を用いた医学管理等を算定する患者

〔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、情報通信機器を用いた診療の際に電子処方箋を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

〔算定要件（通知）〕

遠隔電子処方箋活用加算は、情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウまでの全てを満たした場合に月に●回に限り算定できる。

ア 電子処方箋システムにより薬剤情報を確認し、重複投薬等チェックを実施すること

イ 患者に対し事前に調剤する保険薬局を聴取し、当該保険薬局の電子処方箋の対応状況を確認すること

ウ 電子処方箋（引換番号が印字された紙の処方箋を除く。）を発行すること。

〔施設基準〕

電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

・オンライン診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方薬を評価する観点から、オンライン診療による医学管理を行った際に重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行した場合の評価を新設

在宅患者訪問看護・指導料、 同一建物居住者訪問看護・指導料

D to P with N のオンライン
診療の評価の明確化

現 行	改 定 案
【C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5－１－２ 同一建物居住者訪問看護・指導料】 〔算定要件（通知）〕 （１）～（３５）（略） （新設）	【C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5－１－２ 同一建物居住者訪問看護・指導料】 〔算定要件（通知）〕 （１）～（３５）（略） <u>（３６）訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険 医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、C 0 0 5 及びC 0 0 5－１－２は算定できる。なお、この場合 においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保する こと。</u>

・D to P with N によるオンライン診療の適正な推進の観点から、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルール（算定可であるが、訪問看護・指導の実施時間を十分に確保すること）を明確化

(新設) 訪問看護遠隔診療補助料

D to P with N のオンライン
診療の評価の明確化

改定案

(新) C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料（１日につき） ●●点

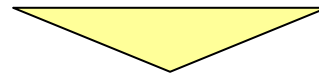
[算定要件]

- (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保険医療機関の医師が、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、情報通信機器を用いた診療を行う際に、看護師等が患者と同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、当該保険医療機関の看護師等が行う訪問看護・指導又は別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの看護師等が、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、**月に●回**に限り算定する。
- (２) 訪問看護遠隔診療補助に要した交通費は、患家の負担とする。

[算定要件（通知）]

- (１) 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場合で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、**月に●回**に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

・D to P with N によるオンライン診療の適正な推進の観点から、訪問看護を同時に実施しない場合で、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師）が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設

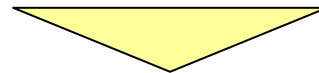


(新設) 訪問看護遠隔診療補助料

D to P with N のオンライン
診療の評価の明確化

改 定 案

- (2) 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうち以下のア又はイの場合における看護師等による訪問について評価するものである。
- ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合
- イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合（ただし、医療保険の訪問看護の対象の患者であって、訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付したもののについて、訪問看護指示書の有効期間内に行う場合は、訪問看護ステーションによる訪問に要する費用は、訪問看護療養費として訪問看護ステーションに直接支払われるため、当該点数の対象とならない。）
- (3) 算定に際しては、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。また、当該看護師等は、医師の指示及び当該指示に基づき行った診療の補助の日時、内容の要点並びに対応状況を看護記録等に記録すること。
- (4) 当該点数を算定する場合、「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料、「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C 0 0 7」訪問看護指示料、「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C 0 0 5－2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- (5) 当該点数については、オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。また、オンライン指針において、「初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う。」とされていることを踏まえ、診療前相談を実施し、情報通信機器を用いた診療を行う保険医が、看護師等による患家への訪問の必要性を認めた場合に限り算定できることとし、その必要性について診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。



(新設) 訪問看護遠隔診療補助料

D to P with N のオンライン
診療の評価の明確化

改 定 案

(7) 注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。

ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書を交付する必要はない。

イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。

ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護

ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

エ 第3部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

(8) 注2に規定する交通費は実費とする。

(9) 同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、看護師等が2人以上の患者の診療の補助を行った場合は、2人目以降の患者については訪問看護遠隔診療補助料を算定せず、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、訪問看護遠隔診療補助料を算定する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(新設) 看護師等遠隔診療検査実施料 (新設) 看護師等遠隔診療注射実施料

D to P with N のオンライン
診療の評価の明確化

現 行	改 定 案
【第３部 検査】 〔算定要件〕 通則 １～６（略） （新設） ・D to P with N によるオンライン診療について、検査及び処置等の算定方法を明確化し、D to P with N による検査及び処置の評価を新設 【第６部 注射】 〔算定要件〕 通則 １～９（略） （新設）	【第３部 検査】 〔算定要件〕 通則 １～６（略） <u>７ 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第３節又は第４節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第３節又は第４節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。</u> <u>イ １種類の場合 ●●点</u> <u>ロ ２種類以上の場合 ●●点</u> 【第６部 注射】 〔算定要件〕 通則 １～９（略） <u>１０ 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、１日につき、●●点を算定する。ただし、第９部通則第９号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。</u>

(新設) 看護師等遠隔診療処置等実施料

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化

現 行	改 定 案
【第 9 部 処置】 〔算定要件〕 通則 1 ～ 8 （略） （新設）	【第 9 部 処置】 〔算定要件〕 通則 1 ～ 8 （略） <u>9 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第 6 部の第 1 節第 1 款の注射又は第 1 節の処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置等実施料として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを算定する。</u> <u>イ 1 種類の場合 ●●点</u> <u>ロ 2 種類以上の場合 ●●点</u>

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B005－11 遠隔連携診療料】 1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点 (新設) [算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>対面診療</u>を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<u>診断</u>を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>対面診療</u>を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<u>治療を行うこと</u>を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、<u>3月に1回</u>に限り算定する。	【B005－11 遠隔連携診療料】 1 外来診療の場合 ●●点 2 訪問診療の場合 ●●点 3 入院診療の場合 ●●点 [算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。

・在宅医療において主治医の求めを受けてオンライン診療を実施する場合と入院患者に対するオンライン対診の評価を新設

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 (新設) 〔算定要件（通知）〕 (1) 注1については、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の診断を行うことを目的として、患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。 (新設)	【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 <u>3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。</u> 〔算定要件（通知）〕 (1) 注1については、<u>以下のアからオのいずれかに該当する患者の診断及び治療管理</u>を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>以下のアからオまでのいずれかに該当する患者</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。 <u>ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u>

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の
拡大

現 行	改 定 案
【B005－11 遠隔連携診療料】 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (2) 注2については、<u>指定難病又はてんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、指定難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</u>	【B005－11 遠隔連携診療料】 <u>イ てんかん（外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>ウ 希少がんの患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>エ 児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u> <u>オ 医療的ケア児（者）</u> <u>カ「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する保険医療機関を受診した悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者、膠原病（治療中のものに限る。）の患者及び慢性維持透析の患者</u> (2) 注2については、<u>以下のアからウのいずれかに該当する患者の治療管理</u>を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>以下のアからウまでのいずれかに該当する患者の治療</u>に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、<u>計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、</u>ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、<u>●月に●回に限り算定する。</u>

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B005－11 遠隔連携診療料】 (新設) (新設) (新設) (新設) (3)～(4) (略)	【B005－11 遠隔連携診療料】 <u>ア 主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関が診療を求めた傷病</u> <u>イ 医療的ケア児（者）</u> <u>ウ「B001」の「24」外来緩和ケア管理料の対象患者</u> <u>(3) 注3については、以下のアからオまでのいずれかに該当する患者の治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、以下のアからオまでのいずれかに該当する患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。</u> <u>ア 指定難病の患者</u> <u>イ 希少がんの患者</u> <u>ウ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者</u> <u>エ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者</u> <u>オ 当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者</u> (4)～(5) (略)

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B005－11 遠隔連携診療料】 <u>(5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」(平成29年4月14日健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知)に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528第1号)に定めるてんかん診療拠点機関であること。</u> (新設) (新設) (新設) (新設)	【B005－11 遠隔連携診療料】 <u>(6) 当該他の保険医療機関は、以下のアからオまでのいずれかに該当すること。</u> <u>ア (1) ア及び(3) アの患者を診療する場合は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」(平成29年4月14日付け健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知)に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院であること。</u> <u>イ (1) イの患者を診療する場合は、「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528第1号)に定めるてんかん診療拠点機関であること。</u> <u>ウ (1) ウ、(3) イ及びウの患者を診療する場合は、特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院であること。</u> <u>エ (1) エ及び(3) ウの患者を診療する場合は、特定機能病院又は「A307」の「1」小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関であること。</u>

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 (新設) (新設) (6)～(8) (略) (新設) (新設)	【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 <u>オ (2) ウの患者を診療する場合は、「B 0 0 1」の「24」外 来緩和ケア管理料の施設基準を届け出ていること。</u> <u>カ (1) カ、(2) ア及び (3) オの患者を診療する場合 は、当該保険医療機関と同一の都道府県内に所在する保険 医療機関であること。</u> <u>(7)～(9) (略)</u> <u>(10) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診 察による特別の料金の徴収はできない。</u> <u>(11) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の 運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ない サービス等の費用として別途徴収できる。</u>



本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B005－11 遠隔連携診療料】 九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等 (1) 遠隔連携診療料の施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (新設) (2) 遠隔連携診療料の注1に規定する対象患者 イ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の疑いがある患者 ロ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)	【B005－11 遠隔連携診療料】 九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等 (1) 遠隔連携診療料の施設基準 イ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ (2)のへからちまで及び(4)の二に該当する患者を診療する場合は、基本診療料の施設基準等別表第●の●に掲げる地域に所在する保険医療機関であること。 (2) 遠隔連携診療料の注1に規定する対象患者 イ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者 (疑いのものを含む。) ロ てんかん（外傷性のてんかん (診断を目的とする場合に限る。) 及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者 (疑いのものを含む。) ハ 希少がんの患者 (疑いのものを含む。) ニ 児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）の患者 (疑いのものを含む。) ホ 悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者 ホ 医療的ケア児（者） ヘ 悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者 ト 膠原病（治療中のものに限る。）の患者 チ 慢性維持透析の患者

・施設基準の規定

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料の評価の拡大

現 行	改 定 案
【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者 イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。） □ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者 （新設）	【B 0 0 5－11 遠隔連携診療料】 (3) 遠隔連携診療料の注2に規定する対象患者 <u>イ 主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関が診療を求めた傷病</u> □ <u>医療的ケア児（者）</u> <u>ハ 区分番号B 0 0 1－2 4に掲げる外来緩和ケア管理料の対象患者</u> (4) 遠隔連携診療料の注3に規定する対象患者 <u>イ 指定難病の患者</u> <u>□ 希少がんの患者</u> <u>ハ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者</u> <u>ニ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者</u> <u>ホ 当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者</u>

・施設基準の規定

外来栄養食事指導料

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

現 行	改 定 案
【外来栄養食事指導料】 [算定要件] 9 外来栄養食事指導料 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 ① 対面で行った場合 260点 ② 情報通信機器等を用いた場合 235点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 200点 ② 情報通信機器等を用いた場合 180点 (新設) □ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 ① 対面で行った場合 250点 ② 情報通信機器等を用いた場合 225点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 190点 ② 情報通信機器等を用いた場合 170点 (新設)	【外来栄養食事指導料】 [算定要件] 9 外来栄養食事指導料 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 ① 対面で行った場合 260点 ② 情報通信機器を用いた場合 235点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 200点 ② 情報通信機器を用いた場合 180点 ③ <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合</u> ●●点 □ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 ① 対面で行った場合 250点 ② 情報通信機器を用いた場合 225点 (2) 2回目以降 ① 対面で行った場合 190点 ② 情報通信機器を用いた場合 170点 ③ <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合</u> ●●点

・オンラインでの外来栄養食事指導を推進する観点から2回目以降にオンライン又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設

外来栄養食事指導料

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

現 行	改 定 案
【外来栄養食事指導料】 注1～3（略） 4 イの（1）の②及び（2）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 5（略） 6 ロの（1）の②及び（2）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 （新設）	【外来栄養食事指導料】 注1～3（略） 4 イの（1）の②及び（2）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 5（略） 6 ロの（1）の②及び（2）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 <u>7 イの（2）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの（1）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、イの（2）の①又は②を算定した同一月は算定できない。</u>



外来栄養食事指導料

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

現 行	改 定 案
【外来栄養食事指導料】 (新設) ・オンライン指導の実施に当たり、事前に対面指導とオンライン指導を組み合わせた指導計画を作成し、計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又はオンライン指導のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化 〔算定要件（通知）〕 (12)「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。 ア（略） イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。 ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。 エ・オ（略）	【外来栄養食事指導料】 <u>８ 口の（２）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によって</u> <u>口の（１）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、口の（２）の①又は②を算定した同一月は算定できない。</u> 〔算定要件（通知）〕 (12)「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。 ア（略） イ 外来受診と同日に外来栄養食事指導を実施する場合は必ず対面にて指導を行うこと。 ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面若しくは情報通信機器のいずれかによる指導計画又は対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。 エ・オ（略）

外来栄養食事指導料

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

現 行	改 定 案
【外来栄養食事指導料】 （新設）	【外来栄養食事指導料】 <u>(13)「注7」及び「注8」については、管理栄養士が（1）の患者に対し、対面又は情報通信機器による指導を実施した上で、2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行う。必要な指導が行われれば、指導時間については問わない。</u>

・2回目以降の指導は概ね20分以上の実施が求められているが、追加的な指導の場合は必要な指導が行われれば、時間の規定はない

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

・オンライン診療における不随意運動症に対する脳深部刺激療法の有用性や、「脳深部刺激療法（DBS）における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料にオンライン診療を行った場合の評価の新設

プログラム医療機器等指導管理料

情報通信機器等を用いた
外来栄養食事指導料の見直し

現 行	改 定 案
【プログラム医療機器等指導管理料】 〔算定要件〕 (新設) 〔施設基準〕 九の七の六 プログラム医療機器等指導管理料の施設基準 プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【プログラム医療機器等指導管理料】 〔算定要件〕 <u>注3 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、プログラム医療機器等指導管理料を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、●●点を算定する。</u> 〔施設基準〕 九の七の六 プログラム医療機器等指導管理料の施設基準 <u>(1) プログラム医療機器等指導管理料の注1の施設基準</u> プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 <u>(2) プログラム医療機器等指導管理料の注3の施設基準</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u>

・オンライン診療における不随意運動症に対する脳深部刺激療法の有用性や、「脳深部刺激療法（DBS）における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料にオンライン診療を行った場合の評価の新設

在宅療養指導管理料

情報通信機器を用いた
療養指導の見直し

現 行	改 定 案
【在宅療養指導料】 13 在宅療養指導料 <u>170点</u> [算定要件] 注 1 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後 1 月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者 1 人につき月 1 回（初回の指導を行った月にあっては、月 2 回）に限り算定する。 ・オンラインと対面と組み合わせた療養指導の実施を適切に推進することで、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料算定患者のうち、在宅自己注射指導管理料算定患者と慢性心不全の患者の 2 回目以降の指導をオンラインで実施した場合の評価を新設 2 （略）	【在宅療養指導料】 13 在宅療養指導料 イ 初回 対面で行った場合 ●●点 □ 2 回目以降 （1）対面で行った場合 ●●点 （2）情報通信機器を用いた場合 ●●点 [算定要件] 注 1 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後 1 月以内の慢性心不全の患者（<u>□の（2）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料のうち C 1 0 1 在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後 1 月以内の慢性心不全の患者に限る。</u>）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、<u>□については月 1 回（イを算定する月にあっては、イと□を合算して月 2 回）</u>に限り算定する。 2 （略）
【施設基準（告示）】二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等 （6）の 6 在宅療養指導料の注 1 の□の（2）に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

退院時リハビリテーション指導料

退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

現 行	改 定 案
【退院時リハビリテーション指導料】 〔算定要件〕 注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	【退院時リハビリテーション指導料】 〔算定要件〕 注 患者の退院時に当該患者（<u>当該保険医療機関での入院中に、区分番号A 2 3 3に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号A 3 0 1の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A 3 0 1-2の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A 3 0 1-3の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A 3 0 1-4の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A 3 0 4の注10に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第7部リハビリテーションの第1節の各区分のいずれかを算定したものに限る。</u>）又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

・退院時リハビリテーション指導料の目的を踏まえた適切な患者への指導を推進する観点から、対象患者を当該医療機関での入院中に、疾患別リハビリテーション料等を算定した患者に限定すると見直し

リハビリテーション（通則）

医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

現 行	改 定 案
【第 7 部 リハビリテーション（通則）】 〔算定要件〕 6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。 また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1 日に 3 単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。	【第 7 部 リハビリテーション（通則）】 〔算定要件〕 6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。 また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、<u>1 日に 3 単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、1 日に 3 単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院において、合計 3 単位（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については 6 単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</u>なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

・より質の高い生活機能回復に資する取組を促進する観点から、医療機関外での疾患別リハビリテーション料の上限実施単位数（1日3単位まで）について、一連の入院において合計 3 単位（別に定める患者については 6 単位）に限り、更に疾患別リハビリテーションとみなすことができると見直し

リハビリテーション（通則）

疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

現 行	改 定 案
【第7部 リハビリテーション】 〔施設基準〕 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。） 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、A D Lの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、<u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u>又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの	【第7部 リハビリテーション】 〔施設基準〕 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。） 脳血管疾患等の患者のうち発症日、手術日又は急性増悪の日から六十日以内のもの 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、A D Lの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

- 適切な疾患別リハビリテーション料の算定を推進する観点から、疾患別リハビリテーション料の算定単位数の上限が緩和される対象患者について、明確化（発症後60日以内⇒発症日、手術日又は急性増悪の日から60日以内
- 運動器リハビリテーション（Ⅰ）算定患者を、算定単位数の上限緩和の対象患者から削除

疾患別リハビリテーション料

医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

現 行	改 定 案
【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） イ 理学療法士による場合 205点 ロ 作業療法士による場合 205点 ハ 医師による場合 205点 ニ 看護師による場合 205点 ホ 集団療法による場合 205点 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） イ 理学療法士による場合 125点 ロ 作業療法士による場合 125点 ハ 医師による場合 125点 ニ 看護師による場合 125点 ホ 集団療法による場合 125点 （新設）	【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） イ 理学療法士による場合 205点 ロ 作業療法士による場合 205点 ハ 医師による場合 205点 ニ 看護師による場合 205点 ホ 集団療法による場合 205点 2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） イ 理学療法士による場合 125点 ロ 作業療法士による場合 125点 ハ 医師による場合 125点 ニ 看護師による場合 125点 ホ 集団療法による場合 125点 注7 1及び2について、イからホまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

・より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、離床を伴わずに行う場合の区分を新設

疾患別リハビリテーション料

医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

現 行	改 定 案
【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1)～(16) (略) (新設)	【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1)～(16) (略) <u>(17)「注7」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。</u>
<u>ア「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301－4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児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、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303－2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001－2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料並びに「H003」呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。</u> <u>イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。</u> <u>ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> <u>(18) (17) に該当する患者に対して、離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。</u> <u>※ 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。</u>	

リハビリテーション総合実施計画評価料

リハビリテーション総合実施
計画評価料の見直し

現 行	改 定 案
【リハビリテーション総合計画評価料】 〔算定要件〕 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 <u>300点</u> (新設) (新設) 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 <u>240点</u> (新設) (新設)	【リハビリテーション総合計画評価料】 〔算定要件〕 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 <u>イ 初回の場合 ●●点</u> <u>ロ 2回目以降の場合 ●●点</u> 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 <u>イ 初回の場合 ●●点</u> <u>ロ 2回目以降の場合 ●●点</u>

・リハビリテーションに係る書類の簡素化の観点から、リハビリテーションに係る複数の計画書の様式を統一し、リハビリテーション総合実施計画料の評価を見直し

(廃止) 目標設定等・支援管理料

リハビリテーション総合実施
計画評価料の見直し

現 行	改 定 案
【目標設定等・支援管理料】 [算定要件] H 0 0 3－４ 目標設定等支援・管理料 １ 初回の場合 250点 ２ ２回目以降の場合 100点 注 区分番号H 0 0 1に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H 0 0 1－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H 0 0 2に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	【目標設定等・支援管理料】 [算定要件] (削除) ・脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料において、介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する目標設定等支援・管理料等を廃止

現 行	改 定 案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 7 注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にH 0 0 3－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] (削除) ※ 廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

リンパ浮腫複合的治療料

リンパ浮腫複合的治療料の
評価の見直し

現 行	改 定 案
【リンパ浮腫複合的治療料】 〔算定要件〕 1 重症の場合 <u>200点</u> （新設） （新設） 2 1 以外の場合 <u>100点</u>	【リンパ浮腫複合的治療料】 〔算定要件〕 1 重症の場合 <u>イ 60分以上 ●●点</u> <u>ロ 40分以上60分未満 ●●点</u> 2 1 以外の場合 <u>●●点</u>

・より実態に即した評価を行う観点から、重症患者に複合的治療を行った場合
の評価を実施した時間に応じた評価に見直し

早期リハビリテーション加算

発症早期のリハビリテーションの更なる推進
及び休日のリハビリテーションの適切な評価

現 行	改 定 案
【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<u>発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数</u>に加算する。 3・4（略） （新設） ・入院直後における早期リハビリテーション介入の推進と効果的なリハビリテーションを推進する観点から、入院した日から起算して3日目以内は増点し、4日目以降は減点する評価に見直し ・加算可能な期間の短縮（入院した日から起算して14日目までとする）	【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕 2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、<u>入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき●●点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき●●点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。</u> 3・4（略） 5 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対して、<u>休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。</u> ※ 廃用症候群リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

・土日祝のリハビリ実施を評価する観点から、休日リハビリテーション加算を新設

早期リハビリテーション加算

発症早期のリハビリテーションの更なる推進
及び休日のリハビリテーションの適切な評価

現 行	改 定 案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔算定要件〕 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。</u> 3・4（略） （新設） ・入院直後における早期リハビリテーション介入の推進と効果的なリハビリテーションを推進する観点から、入院した日から起算して3日目以内は増点し、4日目以降は減点する評価に見直し ・加算可能な期間の短縮（入院した日から起算して14日目までとする） ・土日祝のリハビリ実施を評価する観点から、休日リハビリテーション加算を新設	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔算定要件〕 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、<u>入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき●●点（起算日から4日目以降は1単位につき●●点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。</u> 3・4（略） 5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、<u>休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき●●点を所定点数に加算する。</u> ※ 運動器リハビリテーション料についても同様。

救急外来医学管理料

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 (新設) ・夜間休日救急搬送医学管理料等を見直し、救急外来医療を24時間提供するための人員や設備に応じた評価を新設 (新設) ・救急車による緊急搬送でない患者の診療時間外の救急対応の評価 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、<u>区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。</u> (新設)	【救急外来医学管理料】 救急外来医学管理料 1 救急搬送医学管理料 イ 救急搬送医学管理料 1 ●●点 ロ 救急搬送医学管理料 2 ●●点 ハ 救急搬送医学管理料 3 ●●点 2 夜間休日救急医学管理料 イ 夜間休日救急医学管理料 1 ●●点 ロ 夜間休日救急医学管理料 2 ●●点 ハ 夜間休日救急医学管理料 3 ●●点 注 1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</u> <u>2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。以下この項において同じ。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</u>

救急外来緊急検査対応加算（救急外来医学管理料）

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 （新設） ・救急外来での検査・処方等が可能な体制を有する加算の新設 2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。 3 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、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 救急搬送看護体制加算 1 400点 ロ 救急搬送看護体制加算 2 200点	【救急外来医学管理料】 3 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、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、<u>区分番号D006に掲げる出血・凝固検査、区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D011に掲げる免疫血液学的検査、区分番号D018に掲げる細菌培養同定検査、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）又は第6部第1節第1款注射実施料（区分番号G001に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号G002に掲げる静脈内注射を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> イ 救急外来緊急検査対応加算 1 ●●点 ロ 救急外来緊急検査対応加算 2 ●●点 4 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。 （削除）

救急時医療情報取得加算・時間外救急搬送加算 (救急外来医学管理料)

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 (新設) ・意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能と電子処方箋システムを活用し患者の診療情報を取得した場合の評価を新設 (新設) ・診療時間外に救急車等により緊急送対応された患者の対応を行った場合の加算	【救急外来医学管理料】 5 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、注1又は注2に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に1回に限り、●●点を所定点数に加算する。 6 1について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合 ●●点 ロ 土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合 ●●点 ハ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合 ●●点

救急外来医学管理料

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 〔施設基準〕 四の五 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等 （１）夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準 休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）	【救急外来医学管理料】 〔施設基準〕 四の五 救急外来医学管理料の施設基準等 （１）<u>救急搬送医学管理料 1、夜間休日救急医学管理料 1 及び救急外来医学管理料の注 3 に規定する救急外来緊急検査対応加算 1 の施設基準</u> <u>イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。</u> <u>ロ 救急医療に係る実績を十分有していること。</u> <u>ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</u> <u>ニ 救急外来診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> （２）<u>救急搬送医学管理料 2、夜間休日救急医学管理料 2 及び救急外来医学管理料の注 3 に規定する救急外来緊急検査対応加算 2 の施設基準</u> <u>イ 休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。</u> <u>ロ 救急医療に係る相当の実績を有していること。</u> <u>ハ 救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</u> <u>ニ 救急外来診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u>

- ・施設基準の詳細はP433-439参照
（実績基準の比較）
- ・管理料 1、救急外来緊急検査対応加算 1 （十分な実績P434参照）
- ・管理料 2、救急外来緊急検査対応加算 2 （相当の実績P437参照）
- ・管理料 3 （実績要件なし）

救急外来医学管理料

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 (新設) (2) <u>夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1の施設基準</u> イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。 □ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。 (3) <u>夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算2の施設基準</u> イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。 □ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること。 (新設)	【救急外来医学管理料】 <u>(3) 救急搬送医学管理料3及び夜間休日救急医学管理料3の施設基準</u> <u>休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。</u> (削除) (削除) <u>(4) 救急外来医学管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>イ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。</u> <u>□ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u>

・救急時医療情報取得加算の施設基準（詳細はP440）

救急外来医療に係る評価
の再編

救急外来医学管理料 1、 夜間休日救急医学管理料 1、救急外来緊急検査対応加算 1

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 第6の5 夜間休日救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準 （1）休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている~~と認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている~~第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。 ア <u>地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）</u> イ <u>救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所</u> ウ <u>「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院</u> なお、精神科救急医療施設の運営については、<u>平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知</u>に従い実施されたい。	〔施設基準（通知）〕 第6の5 救急外来医学管理料 1 救急搬送医学管理料 1、夜間休日救急医学管理料 1 及び救急外来医学管理料の注3に掲げる救急外来緊急検査対応加算 1に関する施設基準 （1）休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている~~と認められる~~第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。 なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

救急外来医療に係る評価
の再編

救急外来医学管理料 1、 夜間休日救急医学管理料 1、救急外来緊急検査対応加算 1

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] <u>(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。</u> <u>(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。</u> (新設) ・十分な実績：救急搬送件数年間1,500件以上 (地方では1,200件以上) (新設)	[施設基準（通知）] (削除) <u>(2) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。</u> <u>(3) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。））又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で1,500件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で1,200件以上であること。</u> <u>(4) 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けていること。</u>

救急外来医療に係る評価
の再編

救急外来医学管理料 1、 夜間休日救急医学管理料 1、救急外来緊急検査対応加算 1

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] （新設） (5)救急蘇生装置、除細動器、心電計、呼吸循環監視装置を常時配備 (6)専任医師の常時勤務（救急外来診療経験5年以上の医師2名以上を含むこと） (7)専任看護師の常時勤務（複数名配置が望ましい） (8)専任の救命救急士の院内研修の実施（望ましい） (9)緊急手術を開始できる体制の常時確保 (10)血液検査又はCT撮影又はMRI撮影の実施体制を常時確保 (11)薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師の常時配置 （新設）	[施設基準（通知）] <u>(5) 救急外来診療を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該区画内に常時備えていること。</u> <u>ただし、当該区画が救命救急治療室、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室又は新生児治療回復室（以下「救命救急治療室等」という。）と隣接しており、これらの装置及び器具を当該救命救急治療室等と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。</u> <u>ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット及び人工呼吸装置等）</u> <u>イ 除細動器</u> <u>ウ 心電計</u> <u>エ 呼吸循環監視装置</u> <u>(6) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。当該専任の医師に、救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。</u> <u>(7) 専任の看護師が常時、当該区画内に勤務していること。また、専任の看護師について、時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置を行うことが望ましいこと。</u> <u>(8) 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましいこと。</u> <u>(9) 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されていること。</u> <u>(10) 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（C T 撮影）又は磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）を実施できる体制が常時確保されていること。</u> <u>(11) 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されていること。</u>

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救急外来医療に係る評価
の再編

救急外来医学管理料 1、 夜間休日救急医学管理料 1、救急外来緊急検査対応加算 1

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] （新設） （新設） （新設）	[施設基準（通知）] <u>(12) 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育等をいう。）の提供を年 1 回以上実施していること。</u> <u>(13) 業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年 1 回以上実施していること。</u> <u>(14) 地域の救急医療に関する取組として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。</u> <u>ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。</u> <u>イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。</u> <u>ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。</u> <u>エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。</u> <u>オ 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。</u> <u>カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。</u>

(12)職員に救急に関する教育コースの提供を年1回以上実施
(13)BCPの策定と災害訓練年1回以上実施

(14)地域の救急医療に関する取組を2つ以上（令和8年12月31日まで経過措置）

- ・メディカルコントロール協議会等への参加
- ・ウツタイン様式調査への協力
- ・勤務医師による救命救急士からの特定行為の指示要請への対応
- ・地域の関係機関との定期的な連携体制の構築と向上を目的とした検討会の開催
- ・救命救急士の病院実習の受入
- ・在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場への参加（情報共有ルールの策定等）

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救急外来医療に係る評価
の再編

救急外来医学管理料 2、 夜間休日救急医学管理料 2、救急外来緊急検査対応加算 2

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] （新設）	[施設基準（通知）] 2 救急搬送医学管理料 2、夜間休日救急医学管理料 2 及び救急外来医学管理料の注 3 に掲げる救急外来緊急検査対応加算 2 に関する施設基準 （1）救急外来医学管理料 1 の（1）、（2）、（4）、（5）及び（13）を満たすこと。 （2）救急搬送件数が、年間で800件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で640件以上であること。 （3）当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。 （4）当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が当該区画内に勤務していること。 （5）当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びコンピューター断層撮影（CT撮影）を実施できる体制が確保されていること。なお、コンピューター断層撮影については、当該検査を実施する医療従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制であっても差し支えない。 （6）院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年 1 回以上実施していること、又は当該コースの受講を推奨することを院内の職員に向けて周知し、その受講状況を年 1 回以上把握していること。

・相当の実績：救急搬送件数年間800件以上
（地方では640件以上）

救急外来医学管理料 2、
夜間休日救急医学管理料 2、救急外来緊急検査対応加算 2
救急医学管理料 3、夜間休日救急医学管理料 3

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
[施設基準（通知）] （新設）	[施設基準（通知）] （7）地域の救急医療に関する取組として、次のいずれかを満たしていること。 <u>ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。</u> <u>イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。</u> <u>ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。</u> <u>エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。</u> <u>オ 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。</u> <u>カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルール策定等を行っていること。</u> 3 救急搬送医学管理料 3 及び夜間休日救急医学管理料 3 に関する施設基準救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第 8 号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所であること。
（新設）	

・（7）令和8年12月31日まで経過措置

〔経過措置〕
救急外来医学管理料に係る届出を行う保険医療機関については、令和 8 年12月31日までの間に限り、1 の(14)又は2 の(7)に該当するものとみなす。



救急外来医療に係る評価
の再編

救急時医療情報取得加算（救急外来医学管理料）

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 （新設） ・院外処方時は原則、電子処方箋を発行 ・院内処方時は原則、電子処方箋管理システムに処方情報の登録 ・電子処方箋対応医療機関であることのウェブサイト掲示 ・救急医療情報閲覧機能	〔施設基準（通知）〕 4 救急外来医学管理料の「注5」に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準 （1）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。 ア 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。 イ 院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること ウ 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること （2）救急時医療情報閲覧機能を有していること。

（廃止）院内トリアージ実施料 （新設）院内トリアージ実施体制加算

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料 300点 <u>注 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、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。</u> 【夜間休日救急搬送医学管理料】 （新設）	[施設基準（通知）] （削除） 【救急外来医学管理料】 <u>7 2について、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は、院内トリアージ実施体制加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>

・院内トリアージ実施料を廃止し、時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている医療機関で、救急搬送患者以外の患者に対する加算を新設

(廃止) 院内トリアージ実施料 (新設) 院内トリアージ実施体制加算

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
〔施設基準（告示）〕 【院内トリアージ実施料】 <u>四の四 院内トリアージ実施料の施設基準等</u> <u>(1) 院内トリアージ実施料の施設基準</u> <u>イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> <u>ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u> <u>ハ ロ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。</u> <u>(2) 院内トリアージ実施料に規定する時間</u> <u>当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）</u> 【夜間休日救急搬送医学管理料】 (1)～(4)（略） (新設)	〔施設基準（告示）〕 (削除) ・施設基準（詳細はP444） 【救急外来医学管理料】 (1)～(4)（略） <u>(5) 救急外来医学管理料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> <u>ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u> <u>ハ ロ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。</u>

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(廃止) 院内トリアージ実施料 (新設) 院内トリアージ実施体制加算

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
〔施設基準（通知）〕 【院内トリアージ実施料】 第6の4 院内トリアージ実施料 1 院内トリアージ実施料に関する施設基準 (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。 ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間 イ トリアージ分類 ウ トリアージの流れ なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。 (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。 (3) (2) 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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。 (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。	〔施設基準（通知）〕 (削除)



(新設) 院内トリアージ実施体制加算

救急外来医療に係る評価
の再編

現 行	改 定 案
【夜間休日救急搬送医学管理料】 第6の5 <u>夜間休日救急搬送医学管理料</u> 1～4 (略) (新設)	【救急外来医学管理料】 第6の5 <u>救急外来医学管理料</u> 1～4 (略) 5 救急外来医学管理料の注7に掲げる院内トリアージ実施体制加算に関する施設基準 (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。 ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間 イ トリアージ分類 ウ トリアージの流れ なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。 (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。 (3) (2) 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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。 (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の医師又は看護師は、1 (6) 及び (7) 並びに2の (3) 及び (4) に係る専任の医師又は看護師を兼ねることができる。 ※ 地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料についても同様。

- ・院内トリアージ実施基準の設定と定期的な見直し
- ・患者への院内トリアージの説明と掲示による周知
- ・掲示事項のウェブサイト掲載
- ・専任医師又は3年以上の経験のある専任看護師の配置
(院内トリアージ実施料と同じ施設基準)

救急患者連携搬送料

救急患者連携搬送料の見直し

現 行	改 定 案
【救急患者連携搬送料】 (新設) (新設) 1 入院中の患者以外の患者の場合 1,800点 2 入院初日の患者の場合 1,200点 3 入院2日目の患者の場合 800点 4 入院3日目の患者の場合 600点 (新設) ・高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施と受入を更に推進する等の観点から、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価の引き上げ (新設) ・搬送先医療機関で入院医療を行う場合の評価を新設	【救急患者連携搬送料】 <u>1 救急患者連携搬送料 1</u> <u>イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u> (1) 入院中の患者以外の患者の場合 ●●点 (2) 入院初日の患者の場合 1,200点 (3) 入院2日目の患者の場合 800点 (4) 入院3日目の患者の場合 600点 <u>□ その他の場合</u> (1) 入院中の患者以外の患者の場合 ●●点 (2) 入院初日の患者の場合 ●●点 (3) 入院2日目の患者の場合 ●●点 (4) 入院3日目の患者の場合 ●●点 <u>2 救急患者連携搬送料 2</u> <u>イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u> ●●点 <u>□ その他の場合 ●●点</u>

救急患者連携搬送料

救急患者連携搬送料の
見直し

現 行	改 定 案
【救急患者連携搬送料】 〔算定要件〕 注 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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。 (新設)	【救急患者連携搬送料】 〔算定要件〕 注 1 1のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料及び1のロについては別に算定できない。 2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、当該患者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定する。



救急患者連携搬送料

救急患者連携搬送料の見直し

現 行	改 定 案
【救急患者連携搬送料】 (新設) ・搬送元医療機関の医師等が同乗せず、搬送の調整を行ったうえで患者を搬送する際に、搬送先医療機関の医師等が同乗し、自院へ搬送・入院させた場合の評価を新設 (新設) (新設)	【救急患者連携搬送料】 <u>3 2のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。</u> <u>4 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。</u> <u>5 1のイ又は2のイに規定する場合であって、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>

・搬送時間が長期間となる場合でも円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して30分を超える搬送を行った場合の加算を新設

救急患者連携搬送料

救急患者連携搬送料の
見直し

現 行	改 定 案
【救急患者連携搬送料】 〔施設基準〕 二の三 救急患者連携搬送料に規定する施設基準 (新設) (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。 (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。 (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の状態について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。 (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。 (新設)	【救急患者連携搬送料】 〔施設基準〕 二の三 救急患者連携搬送料に規定する施設基準 (1) 救急患者連携搬送料 1 の施設基準 <u>イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。</u> <u>□ 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。</u> <u>ハ 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の状態について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。</u> <u>ニ 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。</u> (2) 救急患者連携搬送料 2 の施設基準 <u>イ 特定機能病院、都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している保険医療機関及び区分番号 A 2 0 0 に掲げる急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。</u> <u>□ 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。</u>

・搬送先医療機関の施設基準
イ：特定機能病院等以外の医療機関であること
□：連携医療機関と予め協議

総合周産期特定集中治療室管理料

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【総合周産期特定集中治療室管理料】 (1) (略) (2) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。<u>なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。</u> ア 合併症妊娠 イ 妊娠高血圧症候群 ウ 多胎妊娠 エ 胎盤位置異常 オ 切迫流早産 カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの (新設) (3)～(7) (略)	【総合周産期特定集中治療室管理料】 (1) (略) (2) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦 <u>(産褥婦を含む。)</u>は、次に掲げる疾患<u>若しくは状態</u>のため母体若しくは胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる<u>者又は分娩時若しくは分娩後に重篤な合併症を来した者</u>であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。 ア 合併症妊娠 イ 妊娠高血圧症候群 ウ 多胎妊娠 エ 胎盤位置異常 オ 切迫流早産 カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの <u>キ 産科異常出血</u> (3)～(7) (略)

・産科異常出血は分娩前のリスク因子にかかわらず生じうるもので、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に「産科異常出血」を追加

総合周産期特定集中治療室管理料

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【総合周産期特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 六の二 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等 （１）総合周産期特定集中治療室管理料１の施設基準 イ～ニ （新設） ホ （略） 1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 （１）母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア （略） イ 以下のいずれかを満たすこと ① 専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする	【総合周産期特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 六の二 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等 （１）総合周産期特定集中治療室管理料１の施設基準 イ～ニ ホ 妊産婦の診療を行うにつき十分な実績を有していること。 △ （略） 1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 （１）母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア （略） イ 以下のいずれかを満たすこと ① 専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上（ただし、母体・胎児集中治療室の届出病床数が６床以下である保険医療機関であって、当該医師とは別に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が緊急呼出し当番により、30分以内に当該治療室での診療を開始できる体制が確保されている場合にあつては１名以上）当該保険医療機関内に勤務し、母体・胎児集中治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。

・実績基準の追加
(詳細は次ページ)

・医師配置要件の緩和

総合周産期特定集中治療室管理料

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【総合周産期特定集中治療室管理料】 (新設) ・いずれか3つ以上を満たす 妊産婦の救急搬送受入件数年間10件以上 多胎妊娠の分娩件数年間10件以上 帝王切開分娩件数年間50件以上 早産（妊娠週数22週以上34週未満）分娩件数年間10件以上 ウ～ケ（略）	【総合周産期特定集中治療室管理料】 ウ 以下の①から④までのうち、いずれか3つ以上を満たすこと。 ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる妊産婦（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和8年●月●日保医発●第●号）の別添1第1章第2部第3節「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の（2）に規定する「妊産婦」をいう。）の搬送受入件数が、年間で10件以上であること。 ② 多胎妊娠の分娩件数が、年間で10件以上であること。 ③ 帝王切開術による分娩件数が、年間で50件以上であること。 ④ 分娩時の妊娠週数が22週以上34週未満である分娩件数が、年間で10件以上であること。 エ～コ（略）

[経過措置]
令和8年3月31日の時点で、現に総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和9年5月31日までの間に限り、1の（1）のウを満たしているものとみなす。

新生児特定集中治療室管理料

新生児特定集中治療室管理料の見直し

現 行	改 定 案
【新生児特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 2 新生児特定集中治療室管理料 2 に関する施設基準 (4) <u>直近 1 年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。</u> (新設) (新設)	【新生児特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕 2 新生児特定集中治療室管理料 2 に関する施設基準 (4) <u>次のいずれかの基準を満たしていること。</u> <u>ア 直近 1 年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。</u> <u>イ「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(令和 5 年 3 月 31 日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであって、直近 1 年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が25件以上であること。</u>

・都道府県により総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、新生児特定集中治療室管理料 2 の低出生体重児の新規入院患者数の実績基準を緩和 (30件以上⇒25件以上)

難病外来指導管理料

小児の成人移行期医療に係る受入の推進

現 行	改 定 案
【難病外来指導管理料】 7 難病外来指導管理料 <u>270点</u> （新設） （新設） 〔算定要件〕 注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。 （新設） <u>2～6</u> （略）	【難病外来指導管理料】 7 難病外来指導管理料 <u>1 難病外来指導管理料 1 270点</u> <u>2 難病外来指導管理料 2 270点</u> 〔算定要件〕 注1 <u>1については、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u> <u>2 2については、小児科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする入院中以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して5年以内の患者に限る。）に対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。</u> <u>3～7</u> （略）

・成人移行期の小児について、良質な医療の継続を推進する観点から、小児科療養指導料の対象となる疾患・状態の患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介で、小児科以外の医療機関を受診する場合に、紹介を受けてから5年以内に限り、難病外来指導管理料を算定可能とする

がんゲノムプロファイリング検査（特定入院料）

小児医療に係る高額な
検査・薬剤への対応

現 行	改 定 案
【救命救急入院料】 〔算定要件〕 注 7 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 6 部注射、第 9 部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ・ロ（略） ハ 第 2 章第 3 部の各区分の検査（同部第 1 節第 2 款の検体検査判断料を除く。） ニ～チ（略）	【救命救急入院料】 〔算定要件〕 注 7 第 1 章基本診療料並びに第 2 章第 3 部検査、第 6 部注射、第 9 部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ・ロ（略） ハ 第 2 章第 3 部の各区分の検査（<u>区分番号 D 0 0 6－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）</u>及び同部第 1 節第 2 款の検体検査判断料を除く。） ニ～チ（略） ※ <u>特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料についても同様。</u>

・がんゲノムプロファイリング検査のうち、造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合は、その検査料が高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に高いこと等を踏まえ、小児入院医療管理料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料を算定する病棟について、当該検査に係る検査料及び評価提供料を包括から除外し算定可能とする

小児科外来診療料

小児医療に係る高額な
検査・薬剤への対応

現 行	改 定 案
【小児科外来診療料】 (2) 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。 〔施設基準〕 三 小児科外来診療料の注2に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 <u>パリビズマブ</u>	【小児科外来診療料】 (2) 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブ又は<u>ニルセビマブ</u>を投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。 〔施設基準〕 三 小児科外来診療料の注2に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤

・「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である「ニルセビマブ」が令和6年5月に薬価収載されたことを踏まえ、ニルセビマブの注射当日の診療は、従来の「パリビズマブ」における取扱いと同様に、小児科外来診療料の算定対象から除外する（成分名から薬効分類名に記載を変更）

(新設) 産科管理加算

産科管理加算の新設

改 定 案

(新) 産科管理加算（1日につき）

1 病院の場合 ●●点

2 有床診療所の場合 ●●点

〔対象患者〕

分娩を伴う入院中の患者

〔算定要件〕

母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備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するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- (1) 産科又は産婦人科を標榜し分娩を取扱う保険医療機関であること。
- (2) 母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関に母子保健及び福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
- (4) 産科管理加算の1については、産前産後の妊産婦及び新生児を管理する病棟であるとともに、当該病棟に助産師が常時1人以上配置されていること。

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

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料
の見直し

現 行	改 定 案
【外来腫瘍化学療法診療料】 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 800点 (新設) (2) 4回目以降 450点 (新設) □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 600点 (新設) (2) 4回目以降 320点 (新設) □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 540点 (新設) (2) 4回目以降 280点 (新設) □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点	【外来腫瘍化学療法診療料】 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> 800点 <u>(2) 初回から3回目まで (その他の場合) ●●点</u> <u>(3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) 450点</u> <u>(4) 4回目以降 (その他の場合) ●●点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> 600点 <u>(2) 初回から3回目まで (その他の場合) ●●点</u> <u>(3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) 320点</u> <u>(4) 4回目以降 (その他の場合) ●●点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> 540点 <u>(2) 初回から3回目まで (その他の場合) ●●点</u> <u>(3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) 280点</u> <u>(4) 4回目以降 (その他の場合) ●●点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点

・必要な診療体制を整備した上で皮下注射により外来化学療法を実施した場合の評価を新設

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料
の見直し

現 行	改 定 案
【外来腫瘍化学療法診療料】 〔算定要件〕 注１（略） ２ １のイの（１）、２のイの（１）及び３のイの（１）については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。 ３ １のイの（２）、２のイの（２）及び３のイの（２）については、１のイの（１）、２のイの（１）又は３のイの（１）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。	【外来腫瘍化学療法診療料】 〔算定要件〕 注１（略） ２ １のイの（１）、２のイの（１）及び３のイの（１）については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合（<u>区分番号G 0 0 0に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。</u>）に、<u>１のイの（２）、２のイの（２）及び３のイの（２）については、当該患者に対して、区分番号G 0 0 0に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u>に、月３回に限り算定する。 ３ １のイの（３）、２のイの（３）及び３のイの（３）については、１のイの（１）<u>若しくは（２）、２のイの（１）若しくは（２）又は３のイの（１）若しくは（２）</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>区分番号G 0 0 0に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、１のイの（４）、２のイの（４）及び３のイの（４）については、１のイの（１）若しくは（２）、２のイの（１）若しくは（２）又は３のイの（１）若しくは（２）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号G 0 0 0に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u>に、週１回に限り算定する。

・必要な診療体制を整備した上で皮下注射により外来化学療法を実施した場合の評価を新設

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料
の見直し

現 行	改 定 案
【外来腫瘍化学療法診療料】 4 1の□については、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 イ 1のイの（1）又は（2）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 □（略） 5 2の□及び3の□については、2のイの（1）若しくは（2）又は3のイの（1）若しくは（2）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 6・7（略） 8 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、1のイの（1）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。	【外来腫瘍化学療法診療料】 4 1の□については、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 イ 1のイの（1）から（4）までのいずれかを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 □（略） 5 2の□及び3の□については、2のイの（1）から（4）までのいずれか又は3のイの（1）から（4）までのいずれかを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 6・7（略） 8 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、1のイの（1）又は（2）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料
の見直し

現 行	改 定 案
【外来腫瘍化学療法診療料】 9 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、1のイの（1）を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方 の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 四の八の四 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等 （4）外来腫瘍化学療法診療料の注1に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法（新設） イ～ト（略） 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 （12）患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。	【外来腫瘍化学療法診療料】 9 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、1のイの（1）又は（2）を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方 の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 四の八の四 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等 （4）外来腫瘍化学療法診療料の注1に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法 イ 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち、皮下注射 ロ～チ（略） 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 （12）患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていること。

がんゲノムプロファイリング検査・がんゲノムプロファイリング評価提供料

現 行	改 定 案
【がんゲノムプロファイリング検査】 <u>がんゲノムプロファイリング検査 44,000点</u> （新設） 【がんゲノムプロファイリング評価提供料】 [算定要件] (1) <u>がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者1人につき1回に限り算定する。（中略）</u> （新設） （新設） （新設） ・検査で得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験や治験等も含め存在しない場合等では、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合でも、算定できるよう見直し	がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る要件の見直し 【がんゲノムプロファイリング検査】 <u>1 固形腫瘍を対象とする場合 ●●点</u> <u>2 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合 ●●点</u> 【がんゲノムプロファイリング評価提供料】 [算定要件] (1) <u>がんゲノムプロファイリング評価提供料は、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」固形腫瘍を対象とする場合</u>を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者1人につき1回に限り算定する。（中略）<u>ただし、以下のア、イ及びウを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。この場合、イ及びウの判断に当たっては、がんゲノム情報管理センター（C-CAT）調査結果を参照すること。</u> <u>ア「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合</u> <u>イ C-CAT 調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合</u> <u>ウ 以下のいずれかを満たす場合</u> <u>① 検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合（検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。）</u> <u>② C-CAT 調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合</u>

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

強度変調放射線治療（IMRT）

人口減少地域におけるIMRTの
施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【強度変調放射線治療（IMRT）】 〔施設基準〕 第83の3 強度変調放射線治療（IMRT） 1 強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準 （1）（略） （2）放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。 また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名（放射線治療の経験を5年以上有する者1名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（IMRT）は年間50例を限度として実施できる。	【強度変調放射線治療（IMRT）】 〔施設基準〕 第83の3 強度変調放射線治療（IMRT） 1 強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準 （1）（略） （2）放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。 また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名（放射線治療の経験を5年以上有する者1名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（IMRT）は年間50例を限度として実施できる。



強度変調放射線治療（IMRT）

人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【強度変調放射線治療（IMRT）】 【施設基準】 （新設） ・地域における強度変調放射線治療（IMRT）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるIMRTについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直し ・放射線治療を専ら担当する常勤医師2名以上の要件について、がん医療圏内にIMRTが実施可能な施設が存在しない地域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療病院に対し、特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院に所属する医師が非常勤又は遠隔で共同して策定した場合に限り、放射線治療を専ら担当する常勤の医師を1名の配置により、要件を満たすこととする。	【強度変調放射線治療（IMRT）】 【施設基準】 （３）（２）の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は1名（放射線治療の経験を5年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。この場合について、放射線治療を行う施設は、次のアからカまでの全てを満たしていること。 ア 地域がん診療連携拠点病院又は体外照射を年間200症例以上実施している地域がん診療病院であること。 イ 当該保険医療機関が所在するがん医療圏に強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がないこと。 ウ 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。 ① 直線加速器 ② 治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム ③ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム ④ 第三者機関による直線加速器の出力線量の評価 エ 放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。 オ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。 カ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

強度変調放射線治療（IMRT）

人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【強度変調放射線治療（IMRT）】 [施設基準] （新設）	【強度変調放射線治療（IMRT）】 [施設基準] （４）（３）に規定する当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設は、次のアからカまでの全てを満たしていること。 ア 特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院であること イ 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち２名は５年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。 ウ 放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって５年以上の放射線治療の経験を有すること。複数名の医師が支援する場合は、届出に医師名を記載すること。なお、複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）１名につき、２施設までとする。 エ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。 オ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の放射線治療の遠隔支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。
・連携医療機関（特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院）の基準	

強度変調放射線治療（IMRT）

人口減少地域におけるIMRTの
施設基準の見直し

現 行	改 定 案
【強度変調放射線治療（IMRT）】 〔施設基準〕 （新設） (3)～(7)（略）	【強度変調放射線治療（IMRT）】 〔施設基準〕 <u>カ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施して いること。</u> (5)～(9)（略）

がん患者指導管理料イ

がん患者指導管理料の見直し

現 行	改 定 案
【がん患者指導管理料】 〔算定要件〕 注１ イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>がんと診断された患者であって継続して治療を行うもの</u>に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。	【がん患者指導管理料】 〔算定要件〕 注１ イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>がんと診断された患者であって継続して治療を行うもの</u>に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。 <u>ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に１回に限り算定できる。</u>

・悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、診療方針を大きく変更する必要がある場合等においても重要な意思決定が必要であることから、がん患者指導管理料イの算定回数を患者１人につき１回に加えてさらに１回に限り算定可能とする

BRCA1／2 遺伝子検査

遺伝性乳癌卵巣癌症候群
に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
【BRCA1／2 遺伝子検査】 〔算定要件〕 (2)「2」血液を検体とするものについては、転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。	【BRCA1／2 遺伝子検査】 〔算定要件〕 (2)「2」血液を検体とするものについては、転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（<u>乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「D006－18」の「2」に掲げるBRCA1／2 遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。</u>）の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

・遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌又は卵巣癌を発症していない患者で、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の家族歴がある患者を、BRCA1／2 遺伝子検査の対象患者に追加

がん患者指導管理料

遺伝性乳癌卵巣癌症候群
に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
【がん患者指導管理料】 〔算定要件〕 (4) がん患者指導管理料ニ ア 乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。 〔施設基準〕 (12) がん患者指導管理料の施設基準等 ハ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者	【がん患者指導管理料】 〔算定要件〕 (4) がん患者指導管理料ニ ア 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者 （乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「D006－18」の「2」に掲げるBRCA1／2遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。） に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。 〔施設基準〕 (12) がん患者指導管理料の施設基準等 ハ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者 （乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「D006－18」の「2」に掲げるBRCA1／2遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）

・遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌又は卵巣癌を発症していない患者で、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の家族歴がある患者を、がん患者指導管理料の対象患者に追加

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

（新設）投与時閉鎖式接続器具使用加算（無菌製剤処理料1）

閉鎖式接続器具を用いた
抗がん剤投与時の評価の新設

改 定 案

（新）投与時閉鎖式接続器具使用加算 ●●点

〔対象患者〕
無菌製剤処理料1の「イ」の対象患者

〔算定要件〕
閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

〔施設基準〕
（1）外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

・抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料1の対象患者に、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合の加算を新設

緩和ケア診療加算 外来緩和ケア管理料

非がん患者に対する緩和ケアの
評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】 〔算定要件（通知）〕 （１）緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 （２）（略） （新設） （新設） ・末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、対象に末期呼吸器疾患患者並と末期腎不全患者を加える （３）～（１０）（略）	【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】 〔算定要件（通知）〕 （１）緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、<u>末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者</u>のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 （２）（略） （３）<u>末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。</u> <u>ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。</u> <u>イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。</u> <u>ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。</u> （４）<u>末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。</u> <u>ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。</u> <u>イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、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。</u> <u>ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。</u> <u>エ Palliative Performance Scale（PPS）が40%以下である。</u> <u>オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。</u> （５）～（１２）（略） ※ 外来緩和ケア管理料についても同様。

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

緩和ケア診療加算 外来緩和ケア管理料

非がん患者に対する緩和ケアの
評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準等 （１）緩和ケア診療加算の施設 基準 イ（略） □ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ハ（略） （２）（略） （３）緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準 イ・ロ（略） ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ニ（略） （４）（略）	【A 2 2 6－2 緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準等 （１）緩和ケア診療加算の施設 基準 イ（略） □ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ハ（略） （２）（略） （３）緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準 イ・ロ（略） ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ニ（略） （４）（略）

在宅麻薬等注射指導管理料

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

現 行	改 定 案
【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】 〔算定要件〕 1 悪性腫瘍の場合 1,500点 2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 注1～2（略） 3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】 〔算定要件〕 1 悪性腫瘍の場合 1,500点 2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 3 心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合 1,500点 注1～2（略） 3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

・末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、対象に末期腎不全患者を加える（末期呼吸器疾患患者は、現行でも対象のため、追加は末期腎不全患者のみ）

緩和ケア病棟入院料

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 1 緩和ケア病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 <u>5,135点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,582点</u> ハ 61日以上の間 <u>3,373点</u> 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 <u>4,897点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,427点</u> ハ 61日以上の間 <u>3,321点</u> 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緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。 2 (略)	【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 〔算定要件〕 1 緩和ケア病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 <u>●●点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> ハ 61日以上の間 <u>●●点</u> 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 <u>●●点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> ハ 61日以上の間 <u>●●点</u> 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緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。 2 (略)

・終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加

緩和ケア病棟入院料

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 3 診療に係る費用（注 2 及び注 4 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第 2 章第 2 部第 2 節在宅療養管理指導料、第 3 節薬剤料、第 4 節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号 C 1 0 8 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8－2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8－3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号 C 1 0 8－4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4 （略） ・終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア病棟入院料の包括範囲から、神経ブロックを除外（出来高で算定可能となる）	【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 3 診療に係る費用（注 2 及び注 4 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第 2 章第 2 部第 2 節在宅療養管理指導料、第 3 節薬剤料、第 4 節特定保険医療材料料、第11部第 2 節神経ブロック料、第 2 節神経ブロックに係る第 3 節薬剤料、第 2 節神経ブロックに係る第 4 節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号 C 1 0 8 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8－2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8－3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号 C 1 0 8－4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4 （略）

緩和ケア病棟入院料

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等 （１）緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準 イ 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。 ロ、ハ （略） ニ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ホ～ヲ （略） （２）～（３）（略）	【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等 （１）緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準 イ 主として悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群又は終末期の末期腎不全に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。 ロ、ハ （略） ニ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍又は終末期の末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ホ～ヲ （略） （２）～（３）（略）

緩和ケア病棟入院料

非がん患者に対する緩和ケアの
評価の見直し

現 行	改 定 案
【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 [算定要件] 1 緩和ケア病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 5,135点 □ 31日以上60日以内の期間 4,582点 ハ 61日以上 3,373点 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 4,897点 □ 31日以上60日以内の期間 4,427点 ハ 61日以上 3,321点	【A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料】 [算定要件] 1 緩和ケア病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 <u>●●点</u> □ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> ハ 61日以上 3,373点 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 <u>●●点</u> □ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> ハ 61日以上 3,321点

緩和ケア病棟入院料

非がん患者に対する緩和ケアの
評価の見直し

現 行	改 定 案
注1～2（略） 3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108－2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108－3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号C108－4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4（略）	注1～2（略） 3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第11部第2節神経ブロック料、第2節神経ブロックに係る第3節薬剤料、第2節神経ブロックに係る第4節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108－2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108－3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号C108－4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4（略）

(新設) 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神病棟入院基本料)

精神病床における多職種協働の推進

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注 1 ～ 6 （略） (新設)	【精神病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注 1 ～ 6 （略） <u>7 2 又は 3 において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。</u> <u>イ 精神病棟看護・多職種協働加算（13対 1 入院基本料の場合） ●●点</u> <u>ロ 精神病棟看護・多職種協働加算（15対 1 入院基本料の場合） ●●点</u>

・多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、精神病棟入院基本料に、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価を新設

(新設) 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神病棟入院基本料)

精神病床における多職種協働の推進

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 〔施設基準〕 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)～(8) (略) (新設) イ (13対1入院基本料の場合) ① 病棟で1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の数が、常時、10対1以上 ② ①の規定にかかわらず、病棟の作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数が1以上 ③ 病棟入院患者の平均在院日数が●●日以内 ロ (15対1入院基本料の場合) ① 病棟で1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の数は、常時、13対1以上 ② ①の規定にかかわらず、病棟の作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数が、1以上 ③ 病棟入院患者の平均在院日数が●●日以内	【精神病棟入院基本料】 〔施設基準〕 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)～(8) (略) (9) 精神病棟入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 精神病棟看護・多職種協働 (13対1入院基本料の場合) の施設基準 ① <u>当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。</u> ② <u>①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。</u> ③ <u>当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。</u> ロ 精神病棟看護・多職種協働 (15対1入院基本料の場合) の施設基準 ① <u>当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。</u> ② <u>①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。</u> ③ <u>当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。</u>

(新設) 精神病棟看護・多職種協働加算 (特定機能病院入院基本料)

精神病床における
多職種協働の推進

現 行	改 定 案
【特定機能病院入院基本料】 〔算定要件〕 注1～10 (略) (新設) ・多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、特定機能病院精神病棟（13対1、15対1）に、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価を新設 〔施設基準〕 五 特定機能病院入院基本料の施設基準等（1）～（9）（略） (新設) ・前ページのイ（13対1入院基本料の場合）参照 ・前ページのロ（15対1入院基本料の場合）参照	【特定機能病院入院基本料】 〔算定要件〕 注1～10 (略) <u>11 3のハ又はニにおいて、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u> <u>イ 精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院13対1入院基本料の場合） ●●点</u> <u>ロ 精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院15対1入院基本料の場合） ●●点</u> 〔施設基準〕 五 特定機能病院入院基本料の施設基準等 <u>（1）～（9）（略）</u> <u>（10）特定機能病院入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>イ 精神病棟看護・多職種協働（特定機能病院13対1入院基本料の場合）の施設基準</u> <u>四の二の（9）のイを満たすものであること。</u> <u>ロ 精神病棟多職種配置加算（特定機能病院15対1入院基本料の場合）の施設基準</u> <u>四の二の（9）のロを満たすものであること。</u>

(新設) 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神科急性期治療病棟入院料 2)

精神病床における多職種
協働の推進

現 行	改 定 案
【精神科急性期治療病棟入院料】 〔算定要件〕 注1～3 (略) (新設) ・多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、精神科急性期治療病棟入院料 2 に、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価を新設 〔施設基準〕 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1)～(5) (略) (新設) ・□ (15対1入院基本料の場合) ① 病棟で1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の数は、常時、13対1以上 ② ①の規定にかかわらず、病棟の作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数が、1以上	【精神科急性期治療病棟入院料】 〔算定要件〕 注1～3 (略) 4 精神科急性期治療病棟入院料 2 において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、次に掲げる点数をそれぞれ 1 日につき所定点数に加算する。 イ 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神科急性期治療病棟入院料 2 の場合) 30日以内の期間 ●●点 ロ 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神科急性期治療病棟入院料 2 の場合) 31日以上60日以内の期間 ●●点 ハ 精神病棟看護・多職種協働加算 (精神科急性期治療病棟入院料 2 の場合) 61日以上90日以内の期間 ●●点 〔施設基準〕 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1)～(5) (略) (6) 精神科急性期治療病棟入院料の注 4 に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準 四の二の(9)のロの①及び②を満たすものであること。

（新設）精神科地域密着多機能体制加算

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 小規模多機能病院に係る評価の新設

改 定 案

（新）精神科地域密着多機能体制加算（1日につき）

- 1 精神科地域密着多機能体制加算 1 ●●点
- 2 精神科地域密着多機能体制加算 2 ●●点
- 3 精神科地域密着多機能体制加算 3 ●●点

〔対象患者〕

精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定するものに限る。）又は精神科急性期治療病棟入院料を算定している患者

〔算定要件〕

精神科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域密着多機能体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準〕

（1）通則

- イ 当該保険医療機関において、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につき十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該保険医療機関における許可病床数が●●床以下であること。
- ハ 当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、●●以上であること。
- ニ 当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が●●名以上配置されていること。
- ホ 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- ヘ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。

・精神病床入院患者数が減少する中で、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将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、評価を新設

（新設）精神科地域密着多機能体制加算

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 小規模多機能病院
に係る評価の新設

改 定 案

（2）精神科地域密着多機能体制加算 1 の施設基準

- イ 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以下であること。
- ロ 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。
- ハ 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。
- ニ 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- ホ 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士が●●名以上配置されていること。
- ヘ 当該保険医療機関に常勤の作業療法士が●●名以上配置されていること。
- ト 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が●●名以上配置されていること。
- チ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること

（3）精神科地域密着多機能体制加算 2 の施設基準

- イ 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。
- ロ 次のいずれかに該当すること。
 - ① 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以上●●床以下であること。
 - ② 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以上●●床以下であり、以下のいずれも満たすこと。
 - (a) 以下で算出される値が●●以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/届出前月から●●年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者数
 - (b) 届出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が●●以下であること。
当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から●●年前の日の属する年度の1日あたりの精神病床における入院料算定患者数
- ハ 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。
- ニ 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- ホ 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士が●●名以上配置されていること。
- ヘ 当該保険医療機関に常勤の作業療法士が●●名以上配置されていること。
- ト 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が●●名以上配置されていること。
- チ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること

(新設) 精神科地域密着多機能体制加算

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 小規模多機能病院
に係る評価の新設

改 定 案

(4) 精神科地域密着多機能体制加算 3 の施設基準

イ 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

ロ 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以下であり、以下のいずれも満たすこと。

(a) 以下で算出される値が●●以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/届出前月から●●年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者数

(b) 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から1年が経過することにより以下で算出される数値が●●以下であること。

当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から●●年前精神病床の許可病床数

ハ 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき適切な体制及び実績を有していること。

ニ 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。

ホ 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師が合計●●名以上配置されていること。

(廃止) 精神科地域包括ケア病棟入院料

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 小規模多機能病院
に係る評価の新設

現 行	改 定 案
【精神科地域包括ケア病棟入院料】 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 1,535点 (新設) ・精神科地域包括ケア病棟入院料の廃止（精神科急性期治療病棟入院料2への移行を想定した経過措置の設定） (新設)	【精神科地域包括ケア病棟入院料】 （削除） 〔経過措置〕 （算定要件） <u>第1章の規定にかかわらず令和8年3月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っていた病棟が、令和8年6月1日までに精神科急性期治療病棟入院料2に係る届出を行った場合は、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定した期間と通算して●●日を限度としてA311－2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料2の八を算定できるものとする。</u> （施設基準） <u>令和8年3月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、基本診療料の施設基準等の第九の十五の（1）並びに（3）のイ及び二からへまでを満たすこととする。</u>

精神科リエゾンチーム加算

精神科リエゾンチーム加算の見直し

現 行	改 定 案
【精神科リエゾンチーム加算】 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 300点 （新設） （新設） 〔算定要件〕 <u>注</u> 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、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 4 7に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。 （新設）	【精神科リエゾンチーム加算】 精神科リエゾンチーム加算 1 認知症又はせん妄の場合 ●●点 2 それ以外の場合 ●●点 〔算定要件〕 <u>注1</u> 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、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 4 7に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。 2 2について、週●回以上精神科リエゾンチームによる診療を行った場合は、複数回診療加算として、週1回に限り●●点を加算する。

・様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、認知症やせん妄以外の患者に対する診療の評価を見直し、週に一定回数以上診療を行うことを加算で評価

（新設）精神科慢性身体合併症管理加算

精神科慢性身体合併症
管理加算の新設

改 定 案

（新）精神科慢性身体合併症管理加算 ●●点

〔対象患者〕

糖尿病の患者

特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

〔算定要件〕

（１）精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科慢性身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、●月に１回に限り、所定点数に加算する。当該加算を算定した日においては、区分番号Ａ２３０－３に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。

（２）当該保険医療機関において、「Ｉ００１」入院精神療法又は「Ｉ００２」通院・在宅精神療法を行った医師が診察をした場合は、当該加算は別に算定できない。

〔施設基準〕

（１）精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。

（２）当該病棟に内科の医師が配置されていること。

（３）精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療を行うにつき十分な体制を有していること。

・精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、精神科以外の医師による診察が行われた場合の評価を新設

精神科救急急性期入院料 等

精神疾患の特定入院料に
おける包括範囲の見直し

現 行	改 定 案
【精神科救急急性期医療入院料】 〔算定要件〕 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 ・維持透析を必要としながら精神病床への入院が必要な患者への対応を推進する観点から、精神科系の特定入院料の包括範囲から人工腎臓と腹膜灌流を除外し出来高で算定可能に	【精神科救急急性期医療入院料】 〔算定要件〕 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。
※ 精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料についても同様。	

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

精神科救急医療体制加算（精神科救急急性期医療入院料）

精神科救急医療体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【精神科救急急性期医療入院料】 〔算定要件〕 注1～4（略） 5 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は、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 精神科救急医療体制加算1 600点 ロ 精神科救急医療体制加算2 590点 ハ 精神科救急医療体制加算3 500点 (18)「注5」に規定する精神科救急医療体制加算を算定する病棟の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。ただし、令和4年3月31日時点で、現に旧医科点数表の精神科救急入院料を算定している病棟において、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に対し、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合に限り、同時点で精神科救急入院料を算定する病棟の病床数を上限として算定することができる。ただし、この場合にあっては、120床を超えていない病床数も含め、それぞれの所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。	【精神科救急急性期医療入院料】 〔算定要件〕 注1～4（略） 5 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は、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 精神科救急医療体制加算1 ●●点 ロ 精神科救急医療体制加算2 ●●点 （削除） (18)「注5」に規定する精神科救急医療体制加算を算定する病棟の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。 ・充実した精神科救急医療体制の構築を更に推進する観点から、救急受入実績に基づく評価に見直し ・120床を超えて届出を行う場合の特例廃止

精神科救急医療体制加算（精神科救急急性期医療入院料）

精神科救急医療体制加算
の見直し

現 行	改 定 案
【精神科救急急性期医療入院料】 〔施設基準〕 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 （6）精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ 精神科救急医療体制加算1の施設基準 ① 当該病棟における病床数が百二十床以下であること。<u>ただし、（7）に該当する場合においては、この限りでない。</u> ② （略） ③ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ④ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 □ 精神科救急医療体制加算2の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 （新設） ② 精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ 精神科救急医療体制加算3の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。 （7）精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める場合 <u>当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められるとき</u>	【精神科救急急性期医療入院料】 〔施設基準〕 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 （6）精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ 精神科救急医療体制加算1の施設基準 ① 当該病棟における病床数が百二十床以下であること。 ② （略） ③ 精神科救急医療に係る十分な実績を有していること。 ④ 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。 □ 精神科救急医療体制加算2の施設基準 ① イの①、②及び④を満たすものであること。 <u>② 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。</u> （削除） （削除） （削除） （削除）

精神科救急急性期医療入院料 精神科救急・合併症入院料

精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し

現 行	改 定 案
【精神科救急急性期医療入院料】 【施設基準】 (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。	【精神科救急急性期医療入院料】 【施設基準】 (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上のものであること。 【経過措置】 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であることとする。 ※ 精神科救急・合併症入院料についても同様。

・非自発的入院を促進しないよう配慮を行う観点から、施設基準の措置入院等による新規入院患者割合を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標（精神科救急等病棟必要性チェックリスト3点以上）に見直し

精神科救急急性期医療入院料

精神科救急急性期医療入院料等の
見直し

現 行	改 定 案
別表第十 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者 一 精神科救急急性期医療入院料の対象患者 (1)・(2) (略) (新設)	別表第十 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者 一 精神科救急急性期医療入院料の対象患者 (1)・(2) (略) (3) (1) 及び (2) 以外の患者であって、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者 (4) 精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1) から (3) まで以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科救急急性期医療入院料の算定対象患者に、I C U等を持つ病院の精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加	
(3) 精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1) 又は (2) 以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの	



精神科救急・合併症入院料

精神科救急急性期医療入院料等の
見直し

現 行	改 定 案
別表第十 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者 二 (略) 三 精神科救急・合併症入院料の対象患者 (1)～(3) (略) (新設)	別表第十 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者 二 (略) 三 精神科救急・合併症入院料の対象患者 (1)～(3) (略) (4) (1) から (3) まで以外の患者であって、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟又は病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者 (5) 精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1) から (4) まで以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科救急・合併症入院料の算定対象患者に、I C U等を持つ病院の精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加	
(4) 精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1) 、 (2) 又は (3) 以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの	

精神病棟入院基本料

精神病棟入院基本料の見直し

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 1～3 （略） 4 18対1入院基本料 <u>753点</u> （新設） （新設） 5 20対1入院基本料 <u>697点</u> （新設） （新設）	【精神病棟入院基本料】 1～3 （略） 4 18対1入院基本料 <u>イ 1年未満の場合 753点</u> <u>ロ 1年以上の場合 ●●点</u> 5 20対1入院基本料 <u>イ 1年未満の場合 697点</u> <u>ロ 1年以上の場合 ●●点</u>

・長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更に推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神病棟入院基本料（18対1、20対1）に、1年以上入院している患者への評価の見直し

精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 精神科急性期医師配置加算 1 の施設基準 イ (略) □ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を相当程度有していること。 ハ (略) ニ (略) (3)・(4) (略) (5) 精神科急性期医師配置加算 3 の施設基準 イ (略) □ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を一定程度有していること。 ハ (略)	【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 精神科急性期医師配置加算 1 の施設基準 イ (略) □ <u>当該保険医療機関において</u>治療抵抗性統合失調症患者に対する治療に係る実績を相当程度有していること。 ハ (略) ニ (略) (3)・(4) (略) (5) 精神科急性期医師配置加算 3 の施設基準 イ (略) □ <u>当該保険医療機関において</u>治療抵抗性統合失調症患者に対する治療に係る実績を一定程度有していること。 ハ (略)

・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者、治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置加算 1 及び 3 について、クロザピンの新規導入件数を、加算算定病棟での実績から、医療機関全体における実績に見直し



精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
【精神病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注1～5（略） 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～エ（略） ヒ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。） モ～ン（略） 7～10（略） 【特定機能病院入院基本料】 〔算定要件〕 注1～7（略） 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イリ（略） イヌ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。） イル～イカ（略）	【精神病棟入院基本料】 〔算定要件〕 注1～5（略） 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～エ（略） ヒ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定するものに限る。） モ～ン（略） 7～10（略） 【特定機能病院入院基本料】 〔算定要件〕 注1～7（略） 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イリ（略） イヌ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟に限る。） イル～イカ（略）

・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者等への医療提供体制の普及を更に推進する観点から、加算2のイの算定対象となる入院料に、精神病棟入院基本料と特定機能病院入院基本料の精神病棟の15：1入院基本料を追加

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準 イ 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。 ロ・ハ (略) (4)・(5) (略)	【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準 イ 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本料又は十五対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟であること。 ロ・ハ (略) (4)・(5) (略)

通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法の見直し

現 行	改 定 案
【通院・在宅精神療法】 1 通院精神療法 イ (略) □ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、<u>60分以上</u>行った場合 (新設) (1) 精神保健指定医による場合 <u>600点</u> (2) (略) (新設) ハ (略) 2 在宅精神療法 イ (略) □ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、<u>60分以上</u>行った場合 (新設) (1) 精神保健指定医による場合 <u>640点</u> (2) (略) (新設) ハ (略)	【通院・在宅精神療法】 1 通院精神療法 イ (略) □ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>●●点</u> ② (略) (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 <u>●●点</u> ハ (略) 2 在宅精神療法 イ (略) □ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 (1) 60分以上行った場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>●●点</u> ② (略) (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 <u>●●点</u> ハ (略)

・質の高い精神医療の提供を推進する観点から、精神保健指定医が30分以上の初診を実施した場合の評価を新設し、60分以上初診について、評価を見直し

通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法の見直し

現 行	改 定 案
【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注1～12（略） （新設） ・精神保健指定医でない医師による場合の評価見直し 〔施設基準〕 （新設） （新設）	【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注1～12（略） 13 1の口の（1）の②、1の八の（1）の②、1の八の（2）の②、2の口の（1）の②、2の八の（1）の②、2の八の（2）の②及び2の八の（3）の②において、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注9に規定する「心理支援加算」は別に算定できない。 〔施設基準〕 一の一の九 通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準別表第●●に掲げる要件 別表第●● 通院・在宅精神療法の注13に規定する別に厚生労働大臣が定める要件 次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。 一 精神科救急医療を行う体制が整備されている医療機関で実施されていること。 二 精神医療に十分な経験をもつ医師により行われていること。

精神保健福祉士配置加算
(精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、
児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料、
地域移行機能強化病棟入院料)

精神保健福祉士の病棟の
専従要件の見直し

現 行	改 定 案
【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】 【施設基準】 (1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。 ・同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟専従の精神保健福祉士が、病棟患者の支援を目的として医療機関外に付き添う等、病棟外で業務を行うことは差し支えない ・業務に影響のない範囲で、病棟に入棟予定又は病棟から退棟・退院した患者への支援に関するものであれば、病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない	【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】 【施設基準】 (1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。<u>当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。</u> ※ <u>精神療養病棟入院料の「注5」に掲げる精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料、及び地域移行機能強化病棟入院料についても同様。</u>

心理支援加算

心理支援加算の見直し

現 行	改 定 案
【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り<u>250点</u>を所定点数に加算する。 (24)「注9」に規定する心理支援加算は、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。 ・神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に対する公認心理師による心理支援を推進する観点から、対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大 ・実施者の勤務要件と施設基準を新設（施設基準は次ページ参照）	【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注9 <u>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、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り●●点を所定点数に加算する。</u> (24)「注9」に規定する心理支援加算は、心理に関する支援を要する<u>神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者</u>に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた<u>精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）</u>において、<u>週●●日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週●●時間以上の勤務を●●年以上行った経験のある</u>公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。

心理支援加算

心理支援加算の見直し

現 行	改 定 案
【通院・在宅精神療法】 <u>ア 対象となる患者は、外傷体験（身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等をいう。以下この項において同じ。）を有し、心的外傷に起因する症状（侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう。以下この項において同じ。）を有する者として、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断したものに限る。</u> <u>イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認した上で、当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。</u> 〔施設基準〕 一の一の六 通院・在宅精神療法の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者 <u>心的外傷に起因する症状を有する患者</u>	【通院・在宅精神療法】 （削除） （削除） 〔施設基準〕 一の一の六 通院・在宅精神療法の注 9 に規定する施設基準 当該保険医療機関内に専任の常勤の精神保健指定医が●名以上配置されていること。

・施設基準（専任の常勤精神保健指定医 ● 名以上配置）

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 1 医師による場合 <u>480点</u> 2 医師及び看護師が共同して行う場合 <u>350点</u> (新設) ・精神疾患を有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援の評価を新設 〔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保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。 ・医師及び看護師が共同して行う場合の、「面接後に毎回医師が患者と5分以上面接」要件を廃止 (1) (略) (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により<u>5分以上の面接が行われた場合を含む。</u>）に算定する。 (3)～(11) (略)	【認知療法・認知行動療法】 1 医師による場合 <u>●●点</u> 2 医師及び看護師が共同して行う場合 <u>●●点</u> 3 <u>公認心理師による心理支援を伴う場合 ●●点</u> 〔算定要件〕 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、<u>医師若しくは看護師が認知療法・認知行動療法を行った場合又は公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援を行った場合</u>に、一連の治療について16回に限り算定する。 (1) (略) (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われた場合を含む。）及び「3」において<u>公認心理師により心理支援に係る30分を超える面接が行われた場合</u>に算定する。 (3)～(11) (略)

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 (12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。<u>ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。</u> ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。 イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。 ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。	【認知療法・認知行動療法】 (12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。 (削除) (削除) (削除) ・医師及び看護師が共同して行う場合の、「面接後に毎回医師が患者と5分以上面接」要件を廃止

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 (新設) ・公認心理師による場合に求められる内容 (新設)	【認知療法・認知行動療法】 <u>(13) 認知療法・認知行動療法の「3」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、医師が治療を行うに当たり必要と判断した場合、一連の治療に関する計画に基づき、認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を、認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関（他の認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、週●●日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週●●時間以上の勤務を●●年以上行った経験のある専任の公認心理師が実施した場合に算定する。</u> <u>(14) 認知療法・認知行動療法の「2」及び「3」を算定する場合にあっては、次の全てを満たすこと。</u> <u>ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師又は公認心理師が同席すること。</u> <u>イ 初回から治療を終了するまでの間の治療若しくは心理支援に係る面接は、初回時に同席した看護師又は公認心理師が実施すること。</u>



認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 (13) 認知療法・認知行動療法の「 1 」及び「 2 」は、一連の治 療において同一の点数を算定する。ただし、「 2 」の要件を満たす 場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った 日に限り、「 1 」の点数を算定できる。	【認知療法・認知行動療法】 (15) 認知療法・認知行動療法の「 1 」、「 2 」及び「 3 」は、一 連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「 2 」又は 「 3 」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師又は公認心理 師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「 1 」の点数を 算定できる。



本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 〔施設基準〕 一の四 認知療法・認知行動療法の施設基準 (1)・(2) (略) (新設) 2 認知療法・認知行動療法 2 に関する施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。 ア 認知療法・認知行動療法 1 の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。 イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。 (新設)	【認知療法・認知行動療法】 〔施設基準〕 一の四 認知療法・認知行動療法の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 認知療法・認知行動療法 3 にあつては、(1) の基準に加え、当該保険医療機関内に認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る経験等を有する専任の常勤公認心理師が1名以上配置されていること。 2 認知療法・認知行動療法 2 に関する施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤看護師が1名以上勤務していること。 ア 認知療法・認知行動療法 1 の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に●●回以上同席した経験があること。 イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に●●症例●●回以上実施していること。 3 認知療法・認知行動療法 3 に関する施設基準 (1) 1 を満たしていること。 (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が1名以上勤務していること。 ア 認知療法・認知行動療法 1 の届出医療機関における外来に●●年以上勤務し、治療に係る面接に●●回以上同席した経験があること。 イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に●●症例●●回以上実施していること。

・公認心理師による場合の施設基準：
経験を有する専任の常勤公認心理師1名以上配置

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法の
見直し

現 行	改 定 案
【認知療法・認知行動療法】 〔算定要件〕 (9) 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／PE療法〕(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」) に従って行った場合に限り、算定できる。	【認知療法・認知行動療法】 〔算定要件〕 (9) 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／PE療法〕(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」) <u>又は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「認知処理療法実施マニュアル」</u>に従って行った場合に限り、算定できる。

・精神疾患を有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法で、認知処理療法を行った場合の評価を新設

臨床心理技術者（経過措置）

臨床心理技術者に係る経過措置の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件〕 第１章第２部 入院料等 通則 17 平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。 ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者 〔施設基準〕 第１ 基本診療料の施設基準等 10 平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。 ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者	〔算定要件〕 第１章第２部 入院料等 通則 17 令和10年５月31日までの間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。 ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者 ※ D 2 8 5 に掲げる認知機能検査その他の心理検査及び第 8 部第 3 節経過措置においても同様。 〔施設基準〕 第１ 基本診療料の施設基準等 10 令和10年５月31日までの間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。 ア 平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者 ※ 特掲診療料の施設基準等においても同様。

・平成30年から試験が始まった公認心理師の養成状況が増加傾向にあることから、臨床心理技術者を公認心理師とみなす経過措置を令和10年5月末で終了とする

児童思春期支援指導加算

児童思春期支援指導加算
の見直し

現 行	改 定 案
【児童思春期支援指導加算】 〔算定要件〕 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であつて、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、<u>児童思春期支援指導加算</u>として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） <u>1,000点</u> ロ イ以外の場合 （1）当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点 （2）（1）以外の場合 250点 （新設） ・児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、初診を実施した20歳未満の患者数を見直した評価の新設	【児童思春期支援指導加算 <u>1及び2</u>】 〔算定要件〕 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であつて、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、<u>イの（1）及びロの（1）</u>については、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 <u>イ 児童思春期支援指導加算 1</u> （1）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） <u>●●点</u> （2）（1）以外の場合 ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 <u>●●点</u> ② ①以外の場合 <u>●●点</u> <u>ロ 児童思春期支援指導加算 2</u> （1）60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） <u>●●点</u> （2）（1）以外の場合 ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合 <u>●●点</u> ② ①以外の場合 <u>●●点</u>

児童思春期支援指導加算

児童思春期支援指導加算
の見直し

現 行	改 定 案
【児童思春期支援指導加算】 〔施設基準〕 一の一の七 通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要 な体制及び実績を有していること。 3 通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算の施設基 準 (1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修 を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されて いること。ただし、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所 定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常 勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務 時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている 場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、 看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健 福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置さ れており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精 神医療に係る適切な研修を修了した者であること。	【児童思春期支援指導加算 1及び2】 〔施設基準〕 一の一の七 通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要 な体制及び十分又は必要な実績を有していること。 3 通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算 1 及び 2 の施設基準 (1) 児童思春期支援指導加算 1 の施設基準 ア 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を 修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されてい ること。ただし、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所 定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非 常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤 務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されてい る場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができ る。 イ 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看 護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健 福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置さ れており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精 神医療に係る適切な研修を修了した者であること。



児童思春期支援指導加算

児童思春期支援指導加算
の見直し

現 行	改 定 案
【児童思春期支援指導加算】 <u>(3)</u> <u>(1)</u> 及び <u>(2)</u> における適切な研修とは以下のものをいうこと。 <u>ア</u> 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15時間以上の研修期間であるものに限る。）。 <u>イ</u> 講義及び演習により次の内容を含むものであること。 <u>(イ)</u> 児童・思春期の精神医療における診察 <u>(ロ)</u> 児童・思春期の精神医療における治療 <u>(ハ)</u> 家族面接 <u>(二)</u> 発達障害の支援 <u>(ホ)</u> 児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携 <u>ウ</u> 研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと。 <u>(4)</u> 当該保険医療機関が過去 6 か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均 8 人以上であること。 （新設）	【児童思春期支援指導加算 <u>1</u> 及び <u>2</u>】 <u>ウ ア</u> 及び <u>イ</u> における適切な研修とは以下のものをいうこと。 <u>(イ)</u> 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15時間以上の研修期間であるものに限る。）。 <u>(ロ)</u> 講義及び演習により次の内容を含むものであること。 <u>(a)</u> 児童・思春期の精神医療における診察 <u>(b)</u> 児童・思春期の精神医療における治療 <u>(c)</u> 家族面接 <u>(d)</u> 発達障害の支援 <u>(e)</u> 児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携 <u>(ハ)</u> 研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと。 <u>エ</u> 当該保険医療機関が過去 6 か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均 8 人以上であること。 <u>(2) 児童思春期支援指導加算 2</u> <u>ア (1) のアからウを満たすこと</u> <u>イ 当該保険医療機関が過去 ●● か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均 ●● 人以上であること。</u>

早期診療体制充実加算

早期診療体制充実加算の見直し

現 行	改 定 案
【早期診療体制充実加算】 〔算定要件〕 注11 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、通院・在宅精神療法を行った場合は、<u>早期診療体制充実加算</u>として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ 病院の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 <u>20点</u> (2) (1)以外の場合 <u>15点</u> ロ 診療所の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 <u>50点</u> (2) (1)以外の場合 <u>15点</u> (新設) ・精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、評価を3つに分け、それぞれ要件を新たに設定 〔施設基準〕 一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。 (新設) ・時間外対応体制の整備を追加	【早期診療体制充実加算】 〔算定要件〕 注11 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、通院・在宅精神療法を行った場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ <u>早期診療体制充実加算 1</u> (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 <u>●●点</u> (2) (1)以外の場合 <u>●●点</u> ロ <u>早期診療体制充実加算 2</u> (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 <u>●●点</u> (2) (1)以外の場合 <u>●●点</u> ハ <u>早期診療体制充実加算 3</u> (1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 ●●点</u> (2) (1)以外の場合 <u>●●点</u> 〔施設基準〕 <u>一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準</u> (1) <u>精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分又は必要な体制が確保されていること。</u> (2) <u>当該保険医療機関又は連携体制を有する病院において、休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。</u>

通院・在宅精神療法（オンライン診療）

情報通信機器を用いた精神療法の見直し

現 行	改 定 案
【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注12 1のハの（１）の①又は（２）の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。 〔施設基準〕 一の一の九 通院・在宅精神療法の注12に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設）	【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 注12 1の<u>ロ</u>の（１）若しくはハの（１）の①又は（２）の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ●●点、357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。 〔施設基準〕 一の一の九 通院・在宅精神療法の注12に規定する施設基準 （１） 情報通信機器を用いた精神療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２） 休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。

・「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法について評価を新設し、時間外対応体制の整備を施設基準に追加

脳死臓器提供管理料

脳死臓器提供管理料の見直し

現 行	改 定 案
【脳死臓器提供管理料】 〔算定要件〕 注 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。 (新設) ・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加算を新設 (新設) ・法的脳死判定に当たって実施される脳血流を判定する画像診断を行った場合の加算を新設 (新設) ・法的脳死判定後にも継続して用いられる補助循環装置に係る費用について、加算として設定	【脳死臓器提供管理料】 〔算定要件〕 注1 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。 2 臓器提供に関する専門の知識を有する者が臓器提供に係る説明等を行った場合は、<u>脳死臓器提供体制向上加算として、●●点を所定点数に加算する。</u> 3 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する判定（以下「<u>法的脳死判定</u>」という。）に当たって、次に掲げる画像診断を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。 イ 動脈造影カテーテル法 ●●点 ロ シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 ●●点 ハ コンピューター断層撮影（造影剤を使用した場合） ●●点 4 臓器提供者に法的脳死判定日以後も継続して次に掲げる手術を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。 イ 大動脈内バルーンパンピング法（IABP法） ●●点 ロ 人工心肺 ●●点 ハ 体外式膜型人工肺 ●●点 ニ 経皮的心肺補助法 ●●点 ホ 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの） ●●点 ヘ 補助人工心臓 ●●点 ト 小児補助人工心臓 ●●点 チ 植込型補助人工心臓 ●●点

(新設) 臓器移植実施体制確保加算

臓器移植手術に係る評価
の新設

改 定 案

(新) 臓器移植実施体制確保加算

[対象患者]

臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者

[算定要件]

区分番号 K 5 1 4 － 3、K 5 1 4 － 4、K 6 0 5 から K 6 0 5 － 4 まで、K 6 9 7 － 6、K 6 9 7 － 7、K 7 0 9 － 2 から K 7 0 9 － 6 まで、K 7 1 6 － 5、K 7 1 6 － 6、K 7 7 9 － 2 及び K 7 8 0 に掲げる手術について、臓器提供施設、臓器あっせん機関及び他の保険医療機関と連携して、当該手術を行った場合は、臓器移植実施体制確保加算として、それぞれ当該手術の所定点数の**100分の●●**に相当する点数を加算する。

・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、臓器あっせん機関又は他の保険医療機関と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合の加算を新設

造血幹細胞移植

← 臍帯血移植の見直し

現 行	改 定 案
【造血幹細胞移植】 〔算定要件〕 注 6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。	【造血幹細胞移植】 〔算定要件〕 注 6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。<u>ただし、組織適合性試験に当たってNGS－SBT法を用いた場合には、NGS－SBT法実施加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>

・質の高い造血幹細胞移植を推進する観点から、組織適合性試験にNGS－SBT法を用いた場合の加算を新設

自己抗体検査

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

現 行	改 定 案
【自己抗体検査】 〔算定要件〕 (29)「48」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、<u>輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるもの</u>に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	【自己抗体検査】 〔算定要件〕 (29)「48」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

・病歴から抗HLA抗体陽性が疑われる患者以外の移植待機患者においても、抗HLA抗体陽性患者が一定程度存在することを踏まえ、臓器生着率の向上に資する観点から、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者については、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるかにかかわらず、抗HLA抗体スクリーニング検査を算定可能とする

細菌薬剤感受性検査

感染症に係る検査の見直し

現 行	改 定 案
【細菌薬剤感受性検査】 〔算定要件〕 (新設) (1)～(3) (略)	【細菌薬剤感受性検査】 〔算定要件〕 (1) 細菌薬剤感受性検査は、原則として、細菌感染症に対する一連の治療につき1回に限り算定できる。ただし、細菌薬剤感受性検査の結果、カルバペネム系抗菌薬を含む通常の治療で用いられる抗菌薬に対する非感受性又は耐性が確認された場合であって、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌等、多剤耐性を有する細菌に対して有効な抗菌薬の適応判定を行う必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。 (2)～(4) (略)

・抗菌薬の適正使用を推進する観点から、厳格な抗菌薬適正使用が必要とされている抗菌薬の投与にあたり、追加的に薬剤感受性検査を実施した場合には、改めて薬剤感受性検査が算定できることを明確化

感染症免疫学的検査

感染症に係る検査の見直し

現 行	改 定 案
【感染症免疫学的検査】 (46) S A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 ア「50」のS A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。（中略） (51) S A R S－C o V－2・R Sウイルス抗原同時検出定性 ア「59」のS A R S－C o V－2・R Sウイルス抗原同時検出定性は、 COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はR Sウイルス感染以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。（中略） (52) S A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス・R Sウイルス抗原同時検出定性 ア「59」のS A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス・R Sウイルス 抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。（中略）	【感染症免疫学的検査】 (46) S A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 ア「50」のS A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 定性は、COVID-19及びインフルエンザウイルス感染症が疑われる患者 に対して、COVID-19及びインフルエンザウイルス感染症の診断を目的と して実施した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性で あったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断 がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。（中略） (51) S A R S－C o V－2・R Sウイルス抗原同時検出定性 ア「59」のS A R S－C o V－2・R Sウイルス抗原同時検出定性は、 COVID-19及びR Sウイルス感染症が疑われる患者に対して、 COVID-19及びR Sウイルス感染症の診断を目的として実施した場合 に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、 COVID-19又はR Sウイルス感染症以外の診断がつかない場合は、さら に1回に限り算定できる。（中略） (52) S A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス・R Sウイルス抗原同時検出定性 ア「59」のS A R S－C o V－2・インフルエンザウイルス・R Sウイルス 抗原同時検出定性は、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症及 びR Sウイルス感染症が疑われる患者に対して、COVID-19、インフル エンザウイルス感染症及びR Sウイルス感染症の診断を目的として実施 した場合に1回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったも の、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症又はR Sウイルス感 染症以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。（中 略）

・関係学会による提言も踏まえ、新型コロナウイルス感染症を含む感染症を同時に対象とする
検査の評価体系見直し

微生物核酸同定・定量検査

感染症に係る検査の見直し

現 行	改 定 案
【微生物核酸同定・定量検査】 <u>22 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点</u> 注 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。 <u>23 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含む。） 1,350点</u> （新設） （新設） （新設）	【微生物核酸同定・定量検査】 <u>23 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点</u> （削除） <u>24 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出</u> <u>イ SARS-CoV-2 核酸検出を含むもの 1,350点</u> <u>ロ SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの 963点</u> 注 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。

・関係学会による提言も踏まえ、新型コロナウイルス感染症を含む感染症を同時に対象とする検査の要件見直し

微生物核酸同定・定量検査

感染症に係る検査の見直し

現 行	改 定 案
【微生物核酸同定・定量検査】 [施設基準] 三の二の二 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）の施設基準等 (1) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）の施設基準 ☒ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。 ☐ 当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 核酸検出を含まないもの）の対象患者 次のいずれにも該当する患者 イ 重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者 □ 集中治療を要する患者	【微生物核酸同定・定量検査】 [施設基準] 三の二の二 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準等 (1) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。 (削除) (2) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者 次のいずれかに該当する患者 イ 重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者であって、集中治療を要する患者 □ 新型コロナウイルス感染症又はインフルエンザウイルス感染症等が疑われ、重症化のおそれが高い患者

感染対策向上加算

感染対策向上加算の見直し

現 行	改 定 案
【感染対策向上加算】 〔算定要件〕 注1・2（略） （新設） ・微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、感染対策向上加算1に、医療機関内に微生物学的検査室を有する場合の評価を新設 3～5（略） 〔施設基準（告示）〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 （1）～（4）（略） （新設） （5）～（7）（略） 〔施設基準（通知）〕 第21 感染対策向上加算 1～4（略） （新設） 5～8（略）	【感染対策向上加算】 〔算定要件〕 注1・2（略） <u>3 感染対策向上加算1を算定する場合について、院内感染防止対策及び抗菌薬の適正使用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は、微生物学的検査体制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。</u> 4～6（略） 〔施設基準（告示）〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 （1）～（4）（略） <u>（5）微生物学的検査体制加算の施設基準</u> <u>当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有していること。</u> （6）～（8）（略） 〔施設基準（通知）〕 第21 感染対策向上加算 1～4（略） <u>5 微生物学的検査体制加算の施設基準</u> <u>（1）感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>（2）当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有しており、1の（10）、（14）及び（21）に係る業務等に活用していること。</u> 6～9（略）

結核病棟入院基本料

結核に係る入院医療提供体制の確保

現 行	改 定 案
【結核病棟入院基本料】 〔算定告示〕 注1～3 （略） 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 <u>400点</u> （特別入院基本料等については、<u>320点</u>） ロ 15日以上30日以内の期間 <u>300点</u> （特別入院基本料等については、<u>240点</u>） ハ 31日以上60日以内の期間 <u>200点</u> （特別入院基本料等については、<u>160点</u>） ニ 61日以上90日以内の期間 <u>100点</u> 〔施設基準〕 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十四（略） （新設） ・結核患者の入院患者数が減少する中、結核医療の提供を持続的に確保するため、入院期間に応じた加算を増点 ・結核患者収容モデル事業によって指定された一般病床または精神病床（モデル病床）等の平均在院日数の算出対象から、結核患者を除外 （新設）	【結核病棟入院基本料】 〔算定告示〕 注1～3 （略） 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 <u>●●点</u> （特別入院基本料等については、<u>●●点</u>） ロ 15日以上30日以内の期間 <u>●●点</u> （特別入院基本料等については、<u>●●点</u>） ハ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> （特別入院基本料等については、<u>●●点</u>） ニ 61日以上90日以内の期間 <u>●●点</u> 〔施設基準〕 別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十四（略） 二十五 結核の治療が必要な者のうち、一般病床又は精神病床に入院する、次のいずれかに該当する結核を主病とする患者 （1）合併症が重症又は専門的高度医療若しくは特殊医療を必要とする患者 （2）合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある患者 （3）入院を要する精神障害者である患者 二十五の二 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第10条第5号の規定により、感染症病床に入院する、結核を主病とする患者

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

結核病棟入院基本料

結核に係る入院医療提供体制の確保

現 行	改 定 案
【結核病棟入院基本料】 [施設基準（通知）] 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～4（略） 4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （1）～（4）（略） （5）平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする	【結核病棟入院基本料】 [施設基準（通知）] 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 1～4（略） 4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （1）～（4）（略） （5）平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする



結核病棟入院基本料

結核に係る入院医療提供体制の確保

現 行	改 定 案
【結核病棟入院基本料】 (6) 評価に当たっては、<u>産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。</u>また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、<u>歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）</u>は、対象から除外すること。 (新設) (新設) (新設)	【結核病棟入院基本料】 (6) 評価に当たっては、<u>以下に掲げる患者は対象から除外すること。</u>また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、<u>歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）</u>は、対象から除外すること。 <u>ア 産科患者</u> <u>イ 15歳未満の小児患者</u> <u>ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）</u> <u>(イ)（5）において一般病棟及び結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合</u> <u>(ロ)「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日付け健医発1415号厚生省保健医療局長通知）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合</u> <u>(ハ) 医療法施行規則第10条第4号により感染症病床に入院する場合</u>

・結核患者収容モデル事業によって指定された一般病床または精神病床（モデル病床）等における、重症度、医療・看護必要度の評価の対象から、結核患者を除外

特定感染症入院医療管理加算

特定感染症入院医療管理加算及び
特定感染症患者療養環境特別加算
の見直し

現 行	改 定 案
【特定感染症入院医療管理加算】 〔算定要件（告示）〕 注 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症の患者、同条第5項に規定する四類感染症の患者、同条第6項に規定する五類感染症の患者及び同条第8項に規定する指定感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。	【特定感染症入院医療管理加算】 〔算定要件（告示）〕 注 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症の患者、同条第5項に規定する四類感染症の患者、同条第6項に規定する五類感染症の患者、同条第8項に規定する指定感染症の患者及び他者に感染させた場合に重症になるおそれがあるその他の感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

・院内感染対策において感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、標準予防策に加えて適切な感染対策を推進する観点から、対象疾病を追加



特定感染症入院医療管理加算

特定感染症入院医療管理加算及び
特定感染症患者療養環境特別加算
の見直し

現 行	改 定 案
〔算定要件（通知）〕 （１）特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア～ホ（略） （新設） （新設） （２）（１）のシ、セ、ナ、ニ、ノ、ヒ及びフについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。	〔特定感染症入院医療管理加算〕〔算定要件（通知）〕 （１）特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア～ホ（略） マ クロストリジオイデス・ディフィシル感染症 ミ 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症 （２）（１）のシ、セ、ナ、ニ、ノ、ヒ、フ、マ及びミについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。

・追加される疾病

特定感染症患者療養環境特別加算

特定感染症入院医療管理加算及び
特定感染症患者療養環境特別加算
の見直し

現 行	改 定 案
【特定感染症患者療養環境特別加算】 〔算定要件（告示）〕 注 保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。 イ～ハ（略） （新設）	【特定感染症患者療養環境特別加算】 〔算定要件（告示）〕 注 保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。 イ～ハ（略） ト その他個室管理が必要な感染症

・対象疾病を追加



特定感染症患者療養環境特別加算

特定感染症入院医療管理加算及び
特定感染症患者療養環境特別加算
の見直し

現 行	改 定 案
【特定感染症患者療養環境特別加算】 〔算定要件（通知）〕 （１）特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。 ア～フ（略） （新設） （新設） △～▽（略） （２）（１）のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ及びヒについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。	【特定感染症患者療養環境特別加算】 〔算定要件（通知）〕 （１）特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。 ア～フ（略） ハ クロストリジオイデス・ディフィシル感染症 ホ 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症 マ～ム（略） （２）（１）のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ、ヒ、ハ及びホについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。

・追加される疾病

一般名処方加算（処方箋料）

処方箋料の見直し

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

・後発医薬品の使用促進等の観点から、評価を見直し

一般名処方加算（処方箋料）

処方箋料の見直し

現 行	改 定 案
【処方箋料】 (12)「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。	【処方箋料】 (12)「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

・バイオ後続品のあるバイオ医薬品を対象に追加

処方箋料

処方箋料の見直し

現 行	改 定 案
【処方箋料】 (1)～(8) (略) (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	【処方箋料】 (1)～(8) (略) (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。<u>ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F 0 0 0」調剤料及び「F 1 0 0」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F 2 0 0」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</u> また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

- ・同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内処方し、他の薬剤を院外処方することは原則として認められていないが、緊急にやむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて明確化
- ・緊急やむを得ない事態 ⇒ 常時院外処方を行っている患者に、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内処方を行った場合
又は 常時院内処方を行っている患者に、医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方する場合
- ・緊急やむを得ない事態の取扱い ⇒ 調剤料と処方料は算定せず、院内処方分の薬剤料と処方箋料を算定し、レセプトの摘要欄に日付と理由を記載

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。	【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、退院の日に1回に限り所定点数に加算する。

・入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合は算定方法を明確化する観点から、算定日を入院初日から退院日に変更

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 〔施設基準〕 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算 (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。 (2) <u>直近一年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が百回を超えること。</u> (3) <u>当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、次のいずれにも該当すること。</u> <u>イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が八割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</u> ① エポエチン ② リツキシマブ ③ トラスツズマブ ④ テリパラチド	【バイオ後続品使用体制加算】 〔施設基準〕 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算 (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。 (2) <u>バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。</u> (削除) ・バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止 ・告示と通知にそれぞれ記載されていた実績要件の記載について、告示からは削除し通知のみの記載に変更

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 □ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が五割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。 ① <u>ソマトロピン</u> ② <u>インフリキシマブ</u> ③ <u>エタネルセプト</u> ④ <u>アガルシダーゼベータ</u> ⑤ <u>ベバシズマブ</u> ⑥ <u>インスリンリスプロ</u> ⑦ <u>インスリンアスパルト</u> ⑧ <u>アダリムマブ</u> ⑨ <u>ラニビズマブ</u> <u>(4)・(5) (略)</u>	【バイオ後続品使用体制加算】 ・告示と通知にそれぞれ記載されていた実績要件の記載について、告示からは削除し通知のみの記載に変更 <u>(3)・(4) (略)</u>

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) (2) <u>直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。</u> (3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。	【バイオ後続品使用体制加算】 第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算 1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準 (1) (略) (削除) (2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも1つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。

・バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも1つ以上の成分で、直近1年間に調剤数量の合計が50以上であることを要件に追加（直近1年間の調剤数量の合計が50未満の成分に限り、数量割合を満たしていなくても差し支えない）

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した<u>先発</u>バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。<u>ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</u> (イ)～(ニ) (略) (新設) (新設) (新設) (新設) イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した<u>先発</u>バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。<u>ただし、直近1年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。</u> (イ)～(チ) (略) (リ) ラニビズマブ ・80%基準に移行 (新設) (新設) (新設)	【バイオ後続品使用体制加算】 ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した<u>先行</u>バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ80%以上であること。 (イ)～(ニ) (略) ・50%基準から移行 (ホ) ラニビズマブ (ハ) インスリングラルギン (ト) ダルベポエチン ・(ハ)～(チ)追加 (チ) フィルグラスチム イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した<u>先行</u>バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が<u>それぞれ</u>50%以上であること。 (イ)～(チ) (略) (リ) アフリベルセプト ・追加 (ヌ) ウステキヌマブ (ル) ペグフィルグラスチム (ヲ) トシリズマブ

バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品使用体制加算の見直し

現 行	改 定 案
【バイオ後続品使用体制加算】 (4) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (5) (略)	【バイオ後続品使用体制加算】 (3) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に <u>行っている旨</u> を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (4) (略)

・掲示内容に「バイオ後続品導入の説明を積極的に行っている旨」の追加

〔経過措置〕
令和8年3月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(2)のアの(ホ)から(チ)まで及びイの(リ)から(ヲ)までに掲げる成分について、1の(2)のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの(イ)から(二)まで及びイの(イ)から(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50以上である必要がある。

(新設) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (入院)

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

改定案

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 ●●点

地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 ●●点

地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 ●●点

・後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、医療機関で追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設し、後発医薬品使用体制加算を廃止

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

〔施設基準〕

(1) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ 次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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

（新設）地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院）

医薬品の安定供給に資する
体制に係る評価の新設

改 定 案

（２）地域支援・医薬品供給対応体制加算２の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●**以上**であること。

ハ（１）の八からへまでの要件を満たしていること。

（３）地域支援・医薬品供給対応体制加算３の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●**以上**であること。

ハ（１）の八からへまでの要件を満たしていること。

〔施設基準（通知）〕

（１）病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算１にあつては●●**%以上**、地域支援・医薬品供給対応体制加算２にあつては●●**%以上●●%未満**、地域支援・医薬品供給対応体制加算３にあつては●●**%以上●●%未満**であること。

・通知（１）～（７）は後発医薬品使用体制加算の基準として設定されていた内容
・短冊には、カットオフ値基準に関する記載はない（3月発出予定の通知で要確認）

（新設）地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院）

医薬品の安定供給に資する
体制に係る評価の新設

改 定 案

（３）後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

（４）入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（５）医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

（６）（５）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（７）（４）及び（６）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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（８）個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

（９）医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

（１０）厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

（１１）医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

・通知（８）～（１１）は流通改善ガイドラインの内容を踏まえた要件

(新設) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 (外来)

医薬品の安定供給に資する
体制に係る評価の新設

改 定 案

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 ●●点

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 ●●点

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3 ●●点

・後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、医療機関で追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設し、外来後発医薬品使用体制加算を廃止

〔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投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準〕

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**●●以上**であること。
- ハ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ホ ニ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。
- ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(新設) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 (外来)

医薬品の安定供給に資する
体制に係る評価の新設

改 定 案

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●**以上**であること。

ハ (1)の八からへまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●**以上**であること。

ハ (1)の八からへまでの要件を満たしていること。

〔施設基準 (通知) 〕

(1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成20年厚生労働省告示第60号) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量 (以下「規格単位数量」という。) に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあつては●●**%以上**、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあつては●●**%以上●●%未満**、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあつては●●**%以上●●%未満**であること。

・通知 (1) ～ (7) は後発医薬品使用体制加算の基準として設定されていた内容
・短冊には、カットオフ値基準に関する記載はない (3月発出予定の通知で要確認)

(新設) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 (外来)

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

改定案

(3) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

・通知(8)～(11)は流通改善ガイドラインの内容を踏まえて追加された要件

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤、イノラス配合経腸用液及びイノソリッド配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬(薬効分類番号510)

④ 漢方製剤(薬効分類番号520)

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)

(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(5) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

(6) (5)の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(7) (4)及び(6)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

(8) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

(9) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

(10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

療担（バイオ後続品）

バイオ後続品使用促進に係る
薬局体制整備の推進

現 行	改 定 案
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条（略） 二 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）</u>（以下「<u>後発医薬品</u>」という。）の使用を考慮するとともに、患者に<u>後発医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>後発医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条（略） 二 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

・バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加

療担（バイオ後続品）

バイオ後続品使用促進に係る
薬局体制整備の推進

現 行	改 定 案
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （新設） （新設） ・バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加 ホ～ト（略） 三（略） 四 注射 イ（略） □ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （１）<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）</u> （２）<u>遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）</u> ホ～ト（略） 三（略） 四 注射 イ（略） □ 注射を行うに当たっては、後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。

長期収載品の選定療養

長期収載品の選定療養の
更なる活用

現 行		改 定 案	
【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二		【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二	
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に <u>四分の一</u> を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄において単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に <u>二分の一</u> を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

・（告示） 特別の料金を「差額の4分の1」から「差額の2分の1」に見直し

長期収載品の選定療養

長期収載品の選定療養の
更なる活用

現 行	改 定 案
【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(以下「先発医薬品」という。)の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額	【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(以下「先発医薬品」という。)の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

・（療担） 特別の料金を「差額の4分の1」から「差額の2分の1」に見直し

検査

実勢価格等を踏まえた
検体検査等の評価の適正化

現 行	改 定 案
【評価を見直す検査の例】 【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 <u>179点</u> 【S A R S－C o V－2 核酸検出】 <u>700点</u>	【評価を見直す検査の例】 【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 <u>●●点</u> 【S A R S－C o V－2 核酸検出】 <u>●●点</u>

・衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査の評価を見直し

薬剤総合評価調整加算

(廃止) 退院時薬剤情報連携加算

薬剤総合評価調整加算の見直し

現 行	改 定 案
【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <u>100点</u> 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合	【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <u>●●点</u> 注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合
【退院時薬剤情報連携加算】 注 2 <u>保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u>	【退院時薬剤情報連携加算】 (削除) ・ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件に、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を追加し、評価を見直し ・退院時薬剤情報連携加算（退院時薬剤情報管理指導料の加算）は廃止

本資料は、2026年1月30日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

処方箋様式

残薬対策の推進に向けた
処方箋様式の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
 - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
 - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
 - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

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

長期処方・リフィル処方箋の活用
に係る医学管理料等の見直し

現 行	改 定 案
【特定疾患療養管理料】 注 1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 ～ 5 （略） 〔算定要件（通知）〕 （1）～（11）（略） （新設） （12）（略）	【特定疾患療養管理料】 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月 2 回に限り算定する。 2 ～ 5 （略） 〔算定要件（通知）〕 （1）～（11）（略） （12）患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。 （13）（略）

・長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することを要件に追加

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

長期処方・リフィル処方箋の活用
に係る医学管理料等の見直し

現 行	改 定 案
【特定疾患療養管理料】 [施設基準] (新設) [施設基準（通知）] 第1 特定疾患療養管理料 (新設) ・掲示についても要件に追加 <u>1 ～ 2</u> （略）	【特定疾患療養管理料】 [施設基準] <u>一の● 特定疾患療養管理料の注1に規定する施設基準 特定疾患療養管理を行うにつき必要な体制が整備されてい ること。</u> [施設基準（通知）] 第1 特定疾患療養管理料 <u>1 特定疾患療養管理料に関する施設基準 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又 はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能 であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する こと。</u> <u>2 ～ 3</u> （略） ※ 皮膚科特定疾患指導管理料、婦人科特定疾患治療管理 料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、二次性骨折予防継 続管理料及び小児科外来診療料についても同様。

病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算の
評価の見直し

現 行	改 定 案
【病棟薬剤業務実施加算】 (新設) 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) 120点 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) 100点 [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保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り100点を所定点数に加算する。	【病棟薬剤業務実施加算】 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) ●●点 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (週 1 回) 120点 3 病棟薬剤業務実施加算 3 (1 日につき) 100点 [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保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 から病棟薬剤業務実施加算 3 までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 及び病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 3 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り100点を所定点数に加算する。

・薬剤総合評価調整加算と退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設

病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算の
評価の見直し

現 行	改 定 案
【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準 (新設)	【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準 (1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準 イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。 ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。 ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。 ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。 ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。
イ：病棟ごとに専任の薬剤師配置 ロ：病棟薬剤業務について勤務医の負担軽減や薬物療法の有効性・安全性に資するための十分な時間の確保 ハ：DI室 ニ：院内の医薬品使用状況の把握と安全性に関する重要な情報を把握した際に速やかに必要な措置を講じる体制の整備 ホ：薬剤管理指導料の届出 ヘ：薬剤総合評価調整業務と退院時薬剤情報管理指導の十分な実績 (具体的な要件は短冊に記載なし、3月発出見込みの通知で要確認)	(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準 (1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。 (削除) (3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準 イ～ホ (略) (4) (略)
(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準 (新設) イ～ホ (略) (2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準 イ～ホ (略) (3) (略)	

医薬品の保険給付（たん白アミノ酸製剤）

栄養保持を目的とした医薬品の
保険給付の適正化

現 行	改 定 案
【第5部 投薬】 通則 （新設）	【第5部 投薬】 通則 6 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

・保険給付の適正化の観点から、薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を処方する場合について、保険給付の対象を明確化する（処方箋とレセプトに理由の記載が必要）

手術後の患者
経管により栄養補給を行っている患者
疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者



日医工がお届けする
医療行政情報

ステージ
Stu-GE

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定に関連する速報情報
- 調剤報酬改定に関連する速報情報
- 認定薬局制度等（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の情報
- DPC／PDPS制度に関連する情報
- その他 医療行政に関連する情報など

会員登録は **無 料**

いますぐ、会員登録を!!

QRコードからスマートフォンで簡単登録



URLからパソコンで簡単入力

<http://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>

会員特典①

メールマガジンの配信
(希望者)

会員特典②

会員限定コンテンツ
の閲覧