

# 令和8年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課長 林 修一郎

# 令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

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

## 改定の基本的視点と具体的方向性

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

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性】

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

等

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

#### 【具体的方向性】

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

等

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性】

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

等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性】

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

等

# 令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

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

※1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

※6 うち、※1～5以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

## 2. 薬価等

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

## 3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

## 4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

# ■ 急性期病院

---

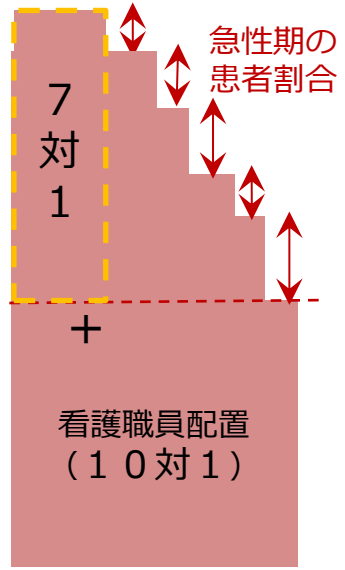
# 急性期における評価の見直し

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

## 現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

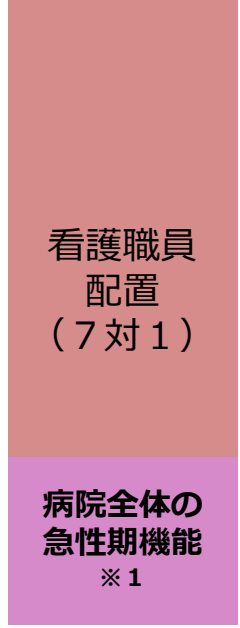
急性期一般入院料 1～6



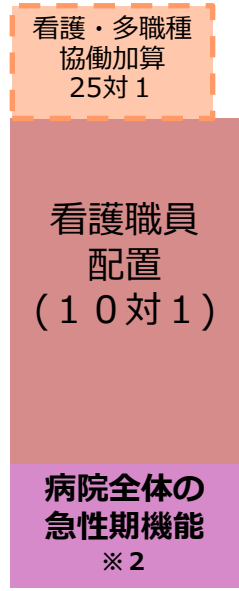
## 改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設 (急性期病院入院基本料)
- 看護・多職種協働の評価を新設

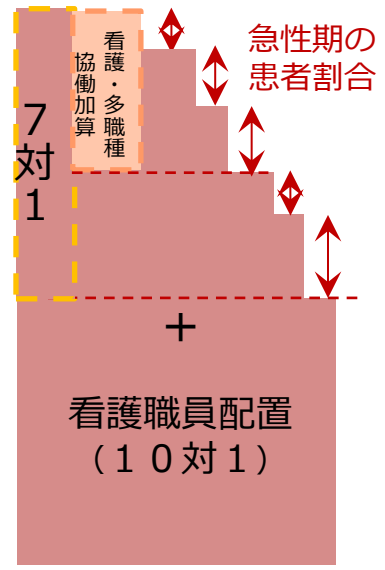
急性期病院A 一般入院料



急性期病院B 一般入院料



急性期一般入院料 1～6



実績等に応じ医療機関が選択可能

※ 1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件  
 ※ 2 4つのうちいずれか (救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院 (救急搬送1000件以上)、離島地域の最大救急搬送病院)

\* 看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

# 急性期病院一般入院基本料等の新設

## 急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。

### (新) 急性期病院一般入院基本料

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

### (新) 急性期病院精神病棟入院基本料

イ 急性期病院A精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,519点
(2) 13対1入院基本料	1,162点
(3) 15対1入院基本料	966点
ロ 急性期病院B精神病棟入院料	
(1) 10対1入院基本料	1,502点
(2) 13対1入院基本料	1,145点
(3) 15対1入院基本料	949点

### [病院の機能に係る主な施設基準]

- (1) 共通の施設基準
  - ア **データ提供加算に係る届出を行っている**保険医療機関であること。
  - イ **DPC対象病院**であること。
  - ウ **地域包括医療病棟の届出を行っていない**保険医療機関であること。
  - エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
  - オ 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
- (2) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
  - ア 入院を要する**(第二次)救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センター**を設置している保険医療機関であること、又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
  - イ **地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)**の届出を行っていない保険医療機関であること。
  - ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
  - エ **救急搬送件数が年間で2,000件以上**(夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で1,200件以上**。
- (3) 急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
  - ア **第二次救急医療機関、救急病院**又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
  - イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
    - **救急搬送件数が年間で1,500件以上**
    - **救急搬送件数が年間で500件以上**であり、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で500件以上**
    - **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
    - **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること
  - ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

# 多職種が病棟で協働する体制の評価

## 看護・多職種協働加算の新設

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

### (新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

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



### [算定要件]

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

### [施設基準]

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

### 各職種が専門性を活かして行う業務の例

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

# 看護・多職種協働加算における職員配置の例

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

**[施設基準]**

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

## 配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

### 1病棟50床の場合



看護・多職種  
協働加算  
25対1

看護職員  
配置  
(10対1)

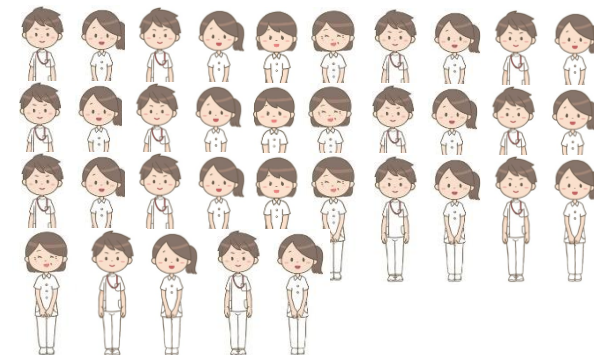


(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

### 1病棟50床の場合

看護職員  
配置  
(7対1)



看護職員  
約35人\*3

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

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

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

# 急性期病院一般入院基本料等の評価

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

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

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

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

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

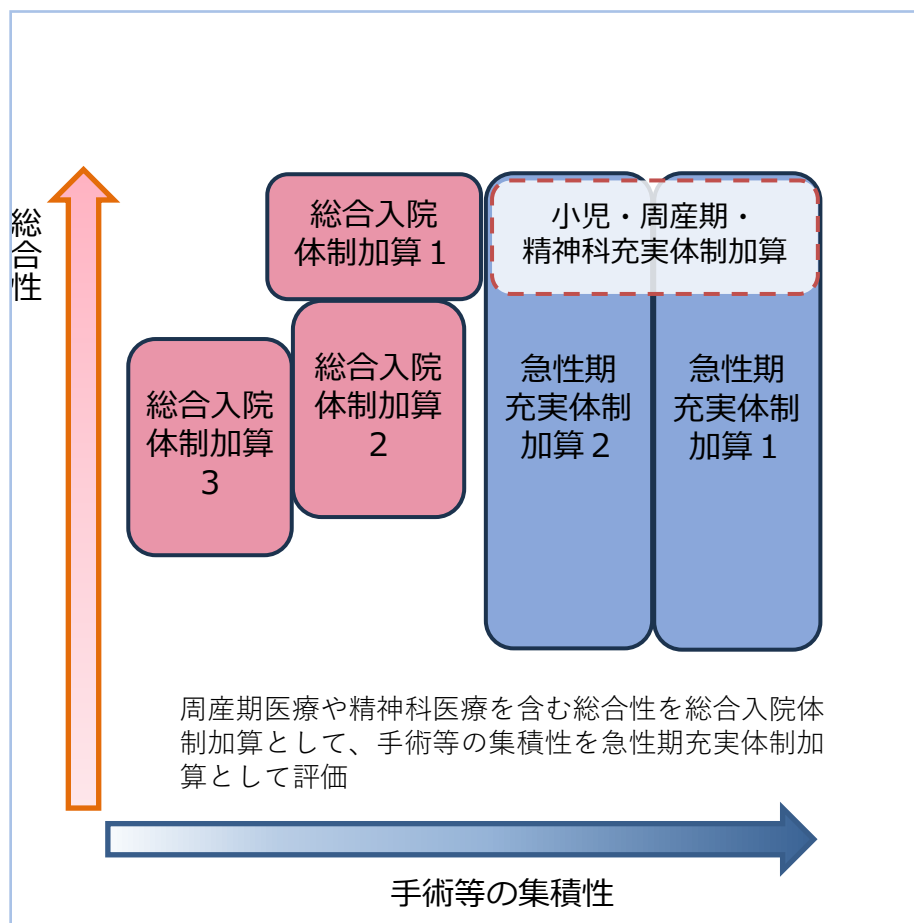
病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

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

## 急性期総合体制加算の新設①

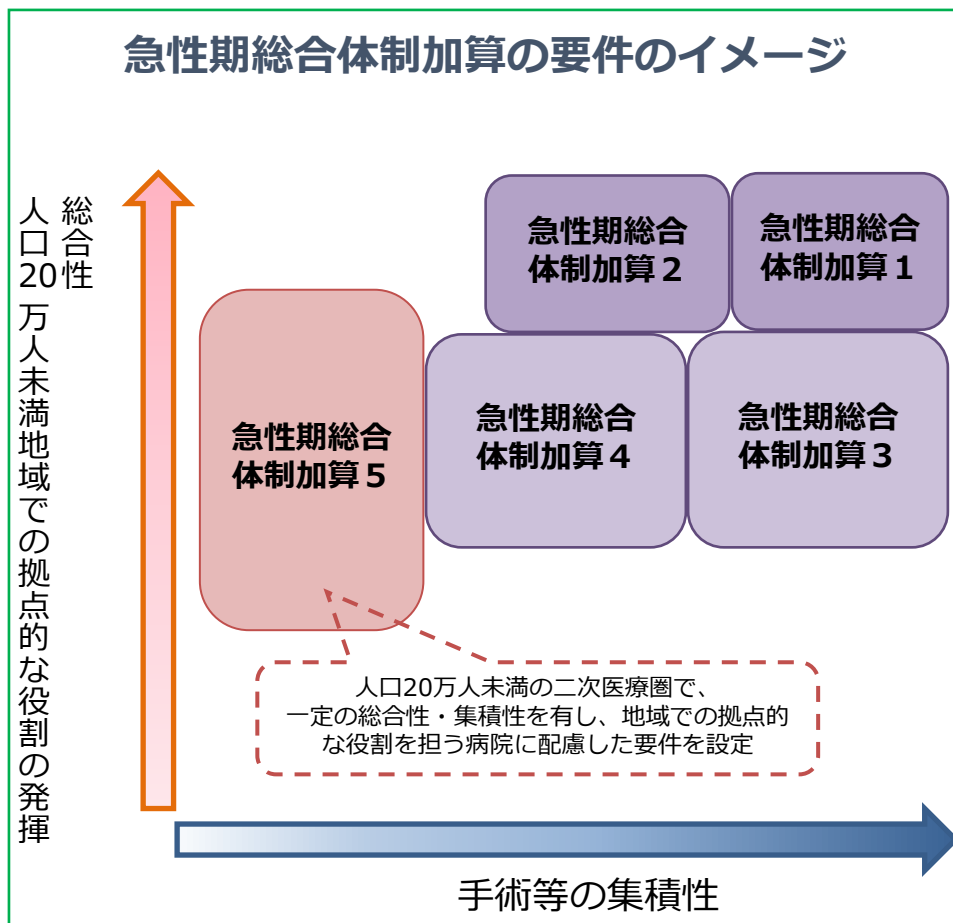
- 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに**急性期総合体制加算**として評価。
- **急性期総合体制加算5**の要件は、**人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院**の特性に配慮したものである。

### 現行



### 改定後

#### 急性期総合体制加算の要件のイメージ



## 急性期総合体制加算の新設②

### 急性期総合体制加算の新設

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

#### 現行

##### 【総合入院体制加算】

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

##### 【急性期充実体制加算】

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



#### 改定後

##### 【急性期総合体制加算】

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

- 急性期総合体制加算を算定可能な入院料は以下のとおり。

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

# 急性期総合体制加算の新設③

加算区分 (1-7日/8-11日/12-14日)	急性期総合体制加算1 (530点/290点/210点)	急性期総合体制加算2 (470点/230点/150点)	急性期総合体制加算3 (440点/200点/120点)	急性期総合体制加算4 (360点/150点/90点)	急性期総合体制加算5 (300点/120点/60点)
入院基本料の届出	・急性期病院A一般入院料を届け出ている(加算5については急性期病院B一般入院料の届出でも可)				
救急医療体制	・救急時医療情報閲覧機能を有している				
	救命救急センター又は 高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置等			
総合性	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。 (地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行っていない場合も良い。)				
	・精神科につき24時間対応できる体制があること				
	イ及びロを満たす	イ及びロを満たす			イ又はロを満たす
	・精神患者の入院受入体制がある				
	イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出			ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	
手術等の集積性 (年間の実績)	全身麻酔手術2000件以上			全身麻酔手術1200件以上	
	下記アからキのうち6つ以上 及びク、ケ	下記アからキのうち4つ以上 及びク又はケ	下記アからキのうち5つ以上	下記アからキのうち3つ以上 及びク又はケ	下記アからク及びロのうち 2つ以上
	ア 悪性腫瘍手術400件以上	イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上	ウ 心臓カテーテル法手術200件以上		
	エ 心臓胸部大血管手術60件以上(加算1及び3では100件)	オ 放射線治療(対外照射法)200例以上	カ 消化管内視鏡手術600件以上		
	キ 脳神経外科手術50件以上*	ク 6歳未満の手術40件以上			
	コ 医療提供機能連携加算の届出(地域最多救急病院が加算5を算定する場合に限る) *地域最多救急病院が加算5を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない				
医療提供機能に係る要件	・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している				
	・外来を縮小する体制を有する				
	・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等の治療室の届出				
	・院内迅速対応チームの設置、対応方法のマニュアルの整備等を行っている				
	・一般病棟における平均在院日数が14日以内				
	・感染対策向上加算1の届出				
	・一般病棟の退棟患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満				
	・日本医療機能評価機構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				
併届出等に係る要件	・療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っていない(地域最多救急病院等が加算5を算定する場合を除く)				
	・地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない				
	・特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない(令和6年3月31日以前に賃貸借関係にある場合を除く)				
	・同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない(平成30年3月に総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設を設置している場合を除く)				
	・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上				
その他共通の施設基準	・医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制整備				
	・入退院支援加算1又は2の届出			・敷地内禁煙に係る取組	
基準①割合指数(必要度I/II)	3割3分/3割2分	3割2分/3割1分	3割/2割9分	2割9分/2割8分	2割8分/2割7分
基準②割合指数(必要度I/II)	4割/3割9分	3割9分/3割8分	3割7分/3割6分	3割6分/3割5分	3割5分/3割4分

# 救急外来医療に係る評価の再編①

## 救急外来医学管理料の新設

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

### (新) 救急外来医学管理料

#### 1 救急搬送医学管理料

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

[算定要件]

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

#### 2 夜間休日救急医学管理料

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

[算定要件]

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

### (新) 救急外来緊急検査対応加算

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

[算定要件]

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



### (新) 時間外救急搬送加算

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

[算定要件]

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

### 精神科疾患患者等受入加算

400点

[算定要件]

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

# (参考) 救急外来医療に係る評価の再編のイメージ

現行

夜間・土曜・休日

救急搬送  
の場合



救急搬送看護体制加算  
1 400点 / 2 200点

夜間休日救急搬送医学管理料  
600点  
(初診患者のみ)

救急搬送以外  
の救急患者  
の場合



院内トリアージ実施料  
300点  
(トリアージを実施した患者のみ)

改定後

平日の日中

夜間・土曜・休日

救急外来緊急検査対応加算  
1 300点 / 2 200点

時間外救急搬送加算  
(休日等夜間 / 平日夜間 / 休日等日中)  
300点 / 250点 / 200点

救急搬送医学管理料  
1 800点 / 2 600点 / 3 200点  
(初診・再診患者)

救急外来緊急検査対応加算  
1 300点 / 2 200点

院内トリアージ実施体制加算  
50点  
(初診・再診患者)

夜間休日救急医学管理料  
1 600点 / 2 400点 / 3 50点  
(初診・再診患者)

# 救急外来医学管理料の主な施設基準等

		救急外来医学管理料		
		救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急医学管理料 1 救急外来緊急検査対応加算 1	救急搬送医学管理料 2 夜間休日救急医学管理料 2 救急外来緊急検査対応加算 2	救急搬送医学管理料 3 夜間休日救急医学管理料 3
対象患者	(救急搬送医学管理料) 救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより緊急に搬送された患者 (夜間休日救急医学管理料) 時間外、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）			
	(緊急検査対応加算) 血液検査、細菌培養検査、注射（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）、処置（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）、CT検査、MRI検査を実施した患者			
施設基準	病院の機能・実績等	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる第二次救急医療機関、第三次救急医療機関又は精神科救急医療施設である</li> <li>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</li> <li>救急搬送件数が年1,500件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年1,200件）以上である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送件数が年800件（別表に掲げる人口の少ない地域においては、年640件）以上である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所である</li> </ul>
	職員の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直可）が常時、救急外来近くに勤務。勤務シフトには救急外来診療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。</li> <li>専任の看護師が常時、救急外来内に勤務。時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置が望ましい</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、医療機関内に配置されている</li> <li>院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師（宿日直可）が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来近くに勤務。</li> <li>専任の看護師が、救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来内に勤務。</li> <li>院内の職員に対して、救急に関する教育コースを年1回以上実施又は当該コースの受講推奨を職員に周知し、受講状況を年1回以上把握</li> </ul> <p>※施設基準の体制を取る時間以外の時間帯に救急外来診療を実施した場合には、管理料2は算定できない。</p>	
	救急外来の施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>救急外来診療を行うための区画に必要な救急蘇生装置等を常時備えている（ICU等と隣接している等の要件を満たせば、共用でも可）</li> <li>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影、MRI撮影を実施できる体制が常時確保されている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT撮影を実施できる体制が確保されている（CT撮影を実施する従事者は緊急呼出し当番でも可）</li> </ul>	
	地域の救急医療に関する取組等	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>以下のいずれか二つ以上を満たしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以下のいずれかを満たしている</li> </ul>	
		<p>ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議への参加</p> <p>イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査への協力</p> <p>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</p> <p>エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関、消防機関等）との間で、定期的に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</p> <p>オ 救急救命士の病院実習の受け入れ</p> <p>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</p>		

# 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

## 地域医療体制確保加算の見直し

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

### 現行

#### 【地域医療体制確保加算】

- ・地域医療体制確保加算 (新設) 620点

#### [施設基準]

##### 1 地域医療体制確保加算の施設基準

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

- ア 令和6年度においては、1,785時間以下
- イ 令和7年度においては、1,710時間以下 (新設)

### 改定後

#### 【地域医療体制確保加算】

- 1 地域医療体制確保加算 1 620点
- 2 地域医療体制確保加算 2 720点

#### [施設基準]

##### 1 地域医療体制確保加算 1 の施設基準

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

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

##### 2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準

- ・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
- ・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
  - ア 手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
  - イ 専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
  - ウ 特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
- ・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
  - ア 医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
  - イ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

## 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

### 外科医療確保特別加算の新設

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

#### (新) 外科医療確保特別加算 (1回につき)

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

■ 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟



# 地域包括医療病棟入院料の見直し

## 地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

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

### 現行

#### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

#### 【算定要件】

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



### 改定後

#### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

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

#### 【算定要件】

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

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

# 地域包括医療病棟入院料の見直し

## 地域包括医療病棟の施設基準の見直し

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

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

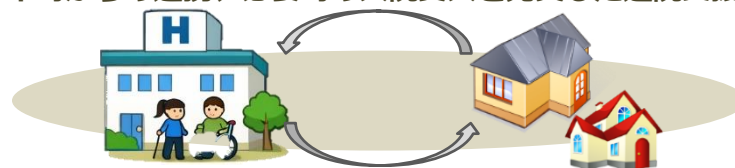
# 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

## 包括期充実体制加算の新設

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

**(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点**

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



[算定要件]

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

[施設基準]

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

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績

施設後方支援の体制（※）	原則 <b>3以上の施設の協力医療機関</b> になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの <b>緊急入院</b> が <b>直近3か月</b> で <b>15件以上</b> ② <b>在宅患者緊急入院診療加算1～3</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>12回以上</b> 又は <b>協力対象施設入所者入院加算1・2</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>4回以上</b>
救急医療の実績	<b>救急搬送及び下り搬送からの入院</b> が全入院患者の <b>8%以上</b>
入退院支援の実績	<b>退院時共同指導料2</b> と <b>介護支援等連携指導料2</b> の算定回数が <b>直近3か月</b> で合わせて <b>3回以上</b>

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

# ■ 回復期リハ病棟

---

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等（イメージ）

## 現行

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

## 改定後

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

重症患者の該当範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げる。

特に質の高い取組を行っている場合



**(新)回復期リハビリテーション強化体制加算 80点**  
※実績指数48以上 等

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

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

※2：入院料2及び4について、令和8年9月30日までに限り、リハビリテーション実績指数に係る施設基準を満たすものとする。

## 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

### 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

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

**(新)** 回復期リハビリテーション強化体制加算 **80点**

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

# リハビリテーション実績指数の基準等の見直し

## リハビリテーション実績指数の基準の見直し

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

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

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

## FIMの測定に関する研修会開催に係る要件の見直し

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

# リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

## リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

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

<実績指数の算出方法（改定後）>

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

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

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

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

## リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

### リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

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

#### 現行

##### 【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの
- ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

##### 【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の30を超えない範囲



#### 改定後

##### 【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの  
※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。
- 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

##### 【実績指数の算出から除外できる患者割合】

**100分の20を超えない範囲**

### 「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

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

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

# ■ 慢性期

---

# 療養病棟入院基本料の見直し

## 医療区分の見直し

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

## 求める医療区分2・3割合の見直し

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

### 現行

#### 【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**五割以上**であること。



### 改定後

#### 【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割以上**であること。

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


# 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

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

# ■ 入院料に関する話題

- 看護必要度のあり方
- 急性期リハと看護・多職種協働加算
- 摂食と排泄の重要性
- ICT活用による人員配置の柔軟化等
- 身体的拘束の最小化

# ■ 重症度、医療・看護必要度



# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

## 重症度、医療・看護必要度の見直し

- **救急搬送症例や手術なし症例について適切な評価を進める観点から、以下の見直しを行う。**
  - **A項目「専門的な治療・処置」**の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」、**C項目「救命等に係る内科的治療**」、「**別に定める検査**」、「**別に定める手術**」について、**対象となる治療等を追加**する。
  - 急性期一般入院料等で使用する一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり**救急搬送受入件数等に応じた係数を加えた指数**を用いる。

### 病棟における患者の該当割合

+

### 救急患者応需係数

=

### 基準患者割合に係る指数 (割合指数)

#### A、B、C項目を用いた基準

(例：急性期一般1の割合①ではA 3点以上、C 1点以上のいずれか)

#### を満たす患者の割合

#### A項目：モニタリング及び処置等

#### 悪性腫瘍剤を追加

(ホリナートカルシウム、ラスブリカーゼ)

#### B項目：患者の状況等

#### C項目：手術等の医学的状況

#### 新たな治療等を追加

(例：腰椎穿刺、内視鏡的胃・十二指腸ステント留置術等)

#### 1病床あたりの救急搬送受入件数/年 × 0.005

※入院しなかった場合の件数を含む  
※割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、入院した救急搬送患者の比率に応じて受入件数を按分(救急患者応需係数の上限は1割)

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

#### 上記以外では引き続き病棟における患者の該当割合を使用

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

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

入院 1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目 8日目 9日目 10日目 11日目 12日目 13日目 14日目(退院)

現行  
改定後  
改定後は上下いずれの方法も可

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★  
★ ★ ★ ★ → → → → → → ★ → → → ★

この期間に少なくとも1回は測定を行う (最も遅くて11日目)。 退院日は必ず測定

(凡例) ★★：測定日、→：測定せず直前の測定日の評価を用いる日

※5日目以降の測定は、7日以内に行っていれば、**病棟で曜日を一括して行うことも可能**。  
※途中で患者の状態に明らかな変化があった場合は、7日を待たずに測定することが望ましい。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

## 重症度、医療・看護必要度の見直し

- A項目・C項目への対象コードの処置等の追加、該当患者割合への救急患者応需係数の加算に伴い、該当患者割合に係る基準を見直す。

現行		
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1
急性期一般入院料1	割合①：21% 割合②：28%	割合①：20% 割合②：27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	-	割合①：20% 割合②：27%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
地域包括医療病棟	割合①：16%	割合①：15%



改定後（割合指数の基準）		
	必要度Ⅰ※2	必要度Ⅱ※2
急性期病院A一般入院料 急性期病院B一般入院料 急性期一般入院料1 看護・多職種協働加算	割合①：28% 割合②：35%	割合①：27% 割合②：34%
急性期一般入院料2	28%	27%
急性期一般入院料3	24%	23%
急性期一般入院料4	20%	19%
急性期一般入院料5	15%	14%
7対1入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	-	割合①：27% 割合②：34%
急性期総合体制加算1	割合①：33% 割合②：40%	割合①：32% 割合②：39%
急性期総合体制加算2	割合①：32% 割合②：39%	割合①：31% 割合②：38%
急性期総合体制加算3	割合①：30% 割合②：37%	割合①：29% 割合②：36%
急性期総合体制加算4	割合①：29% 割合②：36%	割合①：28% 割合②：35%
急性期総合体制加算5	割合①：28% 割合②：35%	割合①：27% 割合②：34%
地域包括医療病棟	19%	18%

## 【該当患者の基準】

急性期病院※a、 急性期1※a、 看護・多職種 協働加算、 7対1入院基本 料(特定)※a、 急性期総合※a	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上  割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期 2～5	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括 医療病棟※ab	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上

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

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準

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

# ■ 急性期リハと看護・多職種協働加算



# 多職種が病棟で協働する体制の評価

## 看護・多職種協働加算の新設

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

### (新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

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



### [算定要件]

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

### [施設基準]

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

### 各職種が専門性を活かして行う業務の例

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

# リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

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

# 発症早期のリハビリテーションの更なる推進

## 早期リハビリテーション加算の改定

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

### 現行

(例) 【心大血管リハビリテーション料】  
早期リハビリテーション加算  
25点 (30日目まで)

#### [算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。

### 改定後

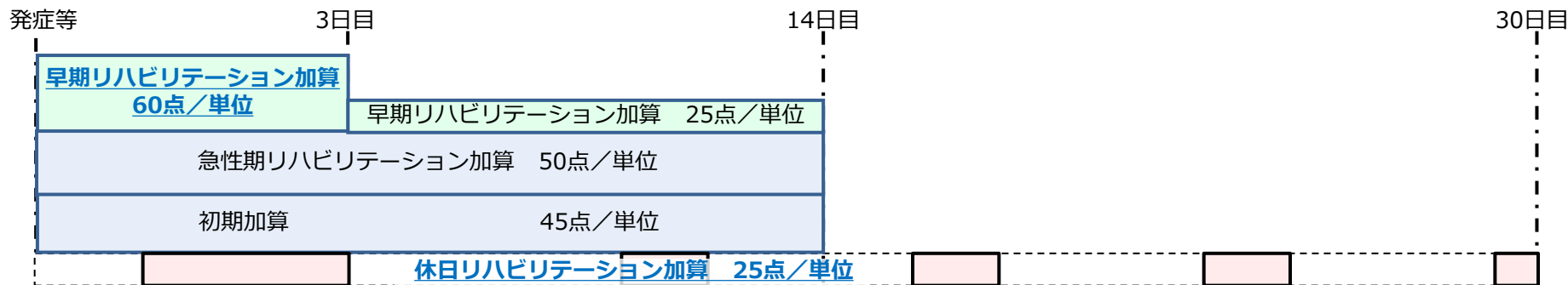
(例) 【心大血管リハビリテーション料】  
早期リハビリテーション加算  
60点 / 1単位 (入院初日から3日目まで)  
25点 / 1単位 (入院4日目から14日目まで)

#### [算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。  
ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様

### [算定イメージ]



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

# 休日のリハビリテーションの適切な評価

## 休日リハビリテーション加算の新設

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

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

### 【疾患別リハビリテーション料】

#### [算定要件]

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

疾患別リハビリテーション料	休日リハ加算の対象者	休日リハ加算の起算日
心大血管疾患リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院中のもの</li> </ul>	発症、手術若しくは急性増悪から7日目 又は治療開始日のいずれか早いもの
脳血管疾患等リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院中のもの</li> <li>• 入院中の患者以外の患者 (脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。)</li> </ul>	発症、手術又は急性増悪
廃用症候群リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院中のもの</li> </ul>	発症、手術若しくは急性増悪 又は当該患者の廃用症候群の急性増悪
運動器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院中のもの</li> <li>• 入院中の患者以外の患者 (大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。)</li> </ul>	発症、手術又は急性増悪

# 疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

## 疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

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

### 【疾患別リハビリテーション料】

#### [施設基準]

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

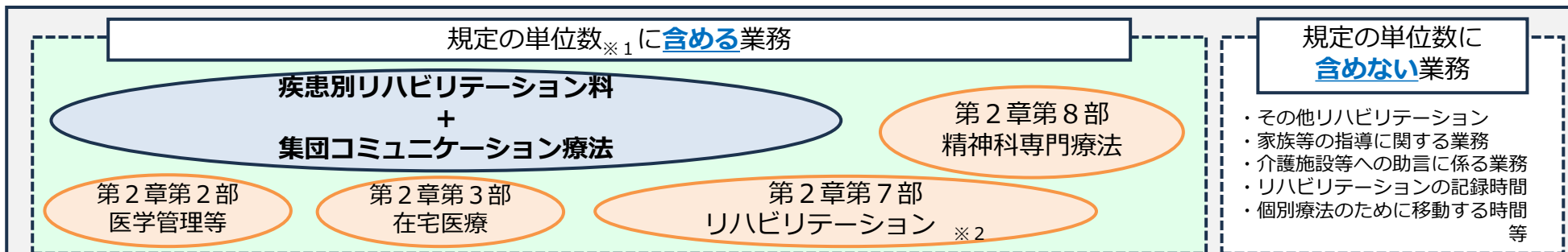
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

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

<疾患別リハビリテーション料の専従者と他の専従者との兼任>

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

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



※1 1日当たり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、1日当たりの実施単位数として24単位までが上限。

※2 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料に係る計画書の作成及び説明時間は除く。

# ■ 摂食と排泄の重要性



# 入院時の食事療養に係る見直し①

## 嚥下調整食の評価

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

### 現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

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

(新設)

おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食(イメージ)



学会コード(日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)

嚥下調整食 1 j	嚥下調整食 2-1	嚥下調整食 2-2	嚥下調整食 3	嚥下調整食 4
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600µのメッシュに通し、なめらかにしたもの	カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	棒々鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

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

### 改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

#### (一) 治療食

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

#### (二) 嚥下調整食

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

#### [主な算定要件]

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

#### [主な施設基準]

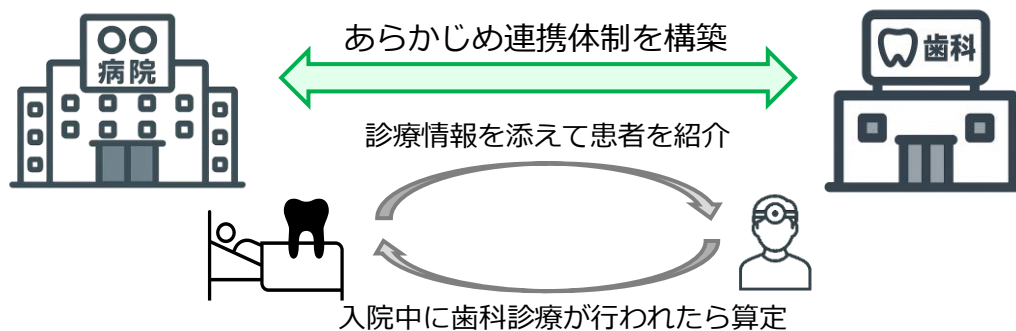
- 検査が毎日行われるとともに、**定期的に多職種による試食会やカンファレンス**が開催されていること。
- **責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士**であること。

## 歯科医療機関との連携の推進

### 口腔管理連携加算の新設

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

**(新) 口腔管理連携加算 600点**



#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

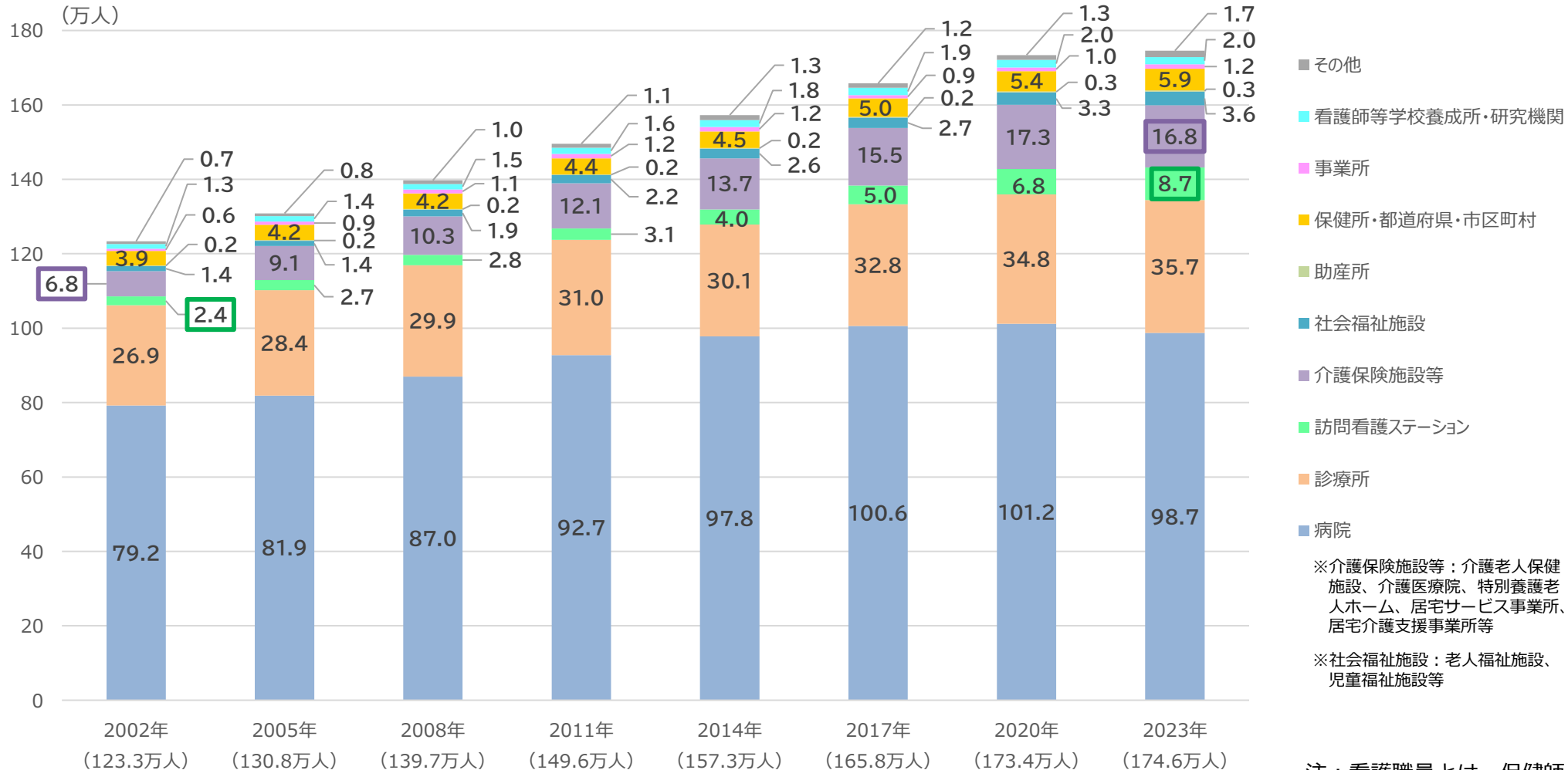
- **歯科診療を行わない保険医療機関**であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と**入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築**していること。歯科訪問診療を依頼する方法等について文書により提供を受けていること。
- 連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示及びウェブサイトに掲載**していること。
- 過去1年間に以下の実績を有すること。
  - ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から**歯科訪問診療を受けた実績が3件以上**
  - イ 退院時に「B009」の注14に規定する**歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上**
- 入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

# ■ ICT活用による人員配置の柔軟化等



# 就業場所別看護職員の推移

○ 看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2023年：16.8万人）での増加傾向となっている。



※介護保険施設等：介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所等  
 ※社会福祉施設：老人福祉施設、児童福祉施設等

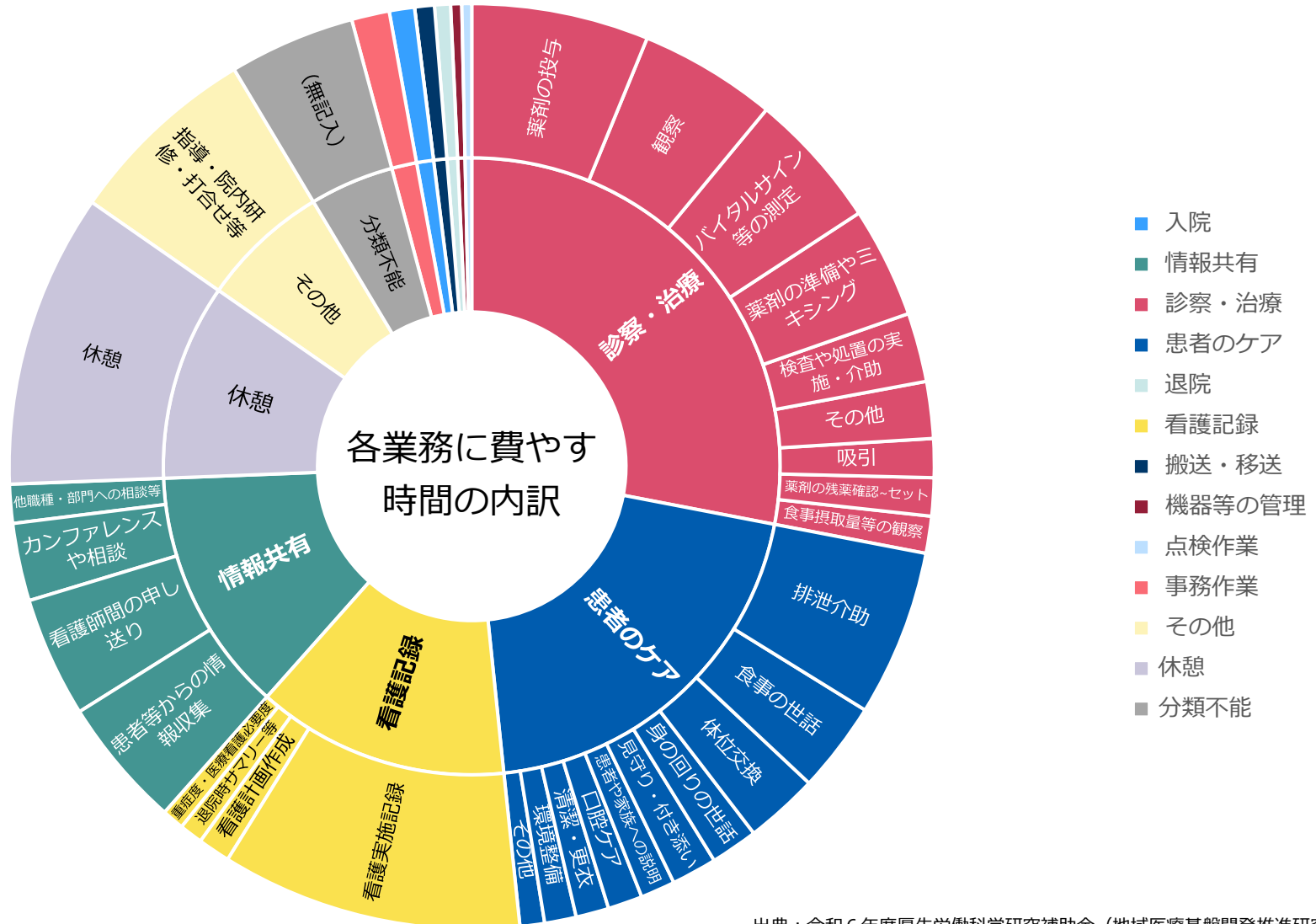
注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。 ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。  
 ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

# 病棟における看護業務の全体像

○ 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



# ICT等の活用による看護業務効率化の推進

## ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

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




[対象となる入院料を算定する病棟] 急性期一般入院料1～6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1～4  
特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

### [算定要件 (概要)]

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

### [施設基準 (概要)]

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

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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の機器</li> <li>・ 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる</li> </ul> <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、多人数の職員間で情報共有を効率的に実施できる機器</li> </ul> <p>(例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能</p> 

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

# やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

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

## 現行

### [施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

### [施設基準(通知)](概要)

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

## 改定後

### [施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

### [施設基準(通知)](概要)

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

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

### 看護職員の確保に係る取組

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

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月に一時的な変動から回復  
引き続き、元の入院料を算定

元の入院料が算定できる期間

報告(9月) ※有効な求人票を添付

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月も変動が継続  
12月中に届出内容の変更  
1月から変更後の入院料を算定

元の入院料が算定できる期間

報告(9月) ※有効な求人票を添付

届出(12月)

変更後の入院料を算定する期間

## 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

### 事務等の簡素化・効率化

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

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

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

## 様式9の見直し

### 病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

- 入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直す。

#### 【施設基準】

(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

- キ **保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は**、病棟内として勤務時間数に算入してよい。
- ク **病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は**、勤務時間数に算入してよい。

#### 【別紙5】病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

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

### 小数点以下の処理方法の見直し

- 小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理し、可能な限り統一する。

#### 現行

##### 様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

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

#### 改定後

- 1日平均入院患者数〔A〕  $\frac{\quad}{\quad}$  人  
 （算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）  
 ※**小数第1位を切り上げ**（小数第1位までの数、例：12.34 → 12.4）
- 月平均1日当たり看護職員配置数  $\frac{\quad}{\quad}$  人  
 〔月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)〕 ※小数点以下第2位以下切り捨て  
 （参考）  
 1日看護職員配置数(必要数) :  $\frac{\quad}{\quad} = \{ (A / \text{配置区分の数}) \times 3 \}$   
 ※**小数第1位を切り上げ**
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数  
 ※**小数第1位を切り上げ**

# ■ 身体的拘束の最小化

---

## 身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

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

#### 身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

#### 身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

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



#### 身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

以下のいずれかを満たすこと。

ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。

イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。

(イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。

(ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。

① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討

② 病棟内の複数人の職員が協働して検討

(ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

## 身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

### 身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

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

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に**含めない**。

ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合

（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

イ **処置時や移動時に**、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合

（使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ）

ウ 患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合

（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

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

「A300」救命救急入院料

「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

# 身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

## 身体的拘束最小化推進体制加算の新設

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

### **(新)** **身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき）** **40点**

#### [対象病棟]

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



#### [施設基準（抜粋）]

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

# ■ 外来医療

---

# 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

## 紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる。**

	紹介割合の基準	逆紹介割合の基準
特定機能病院		
地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	（現行）50%未満 → （改定後）50%未満	（現行）30%未満 → （改定後）50%未満
紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）		
許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）	（現行）40%未満 → （改定後）40%未満	（現行）20%未満 → （改定後）40%未満

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。**

### 現行

#### 【外来診療料】

#### 【算定要件】

- 減算の対象となる患者

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（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。

※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、減算分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。

### 改定後

#### 【外来診療料】

#### 【算定要件】

- 減算の対象となる患者

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（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）  
 ※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、減算分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 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（同一日の複数科受診によるもの以外）を算定した患者ただし、次の患者を除く

- ① 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者
- ② 緊急その他やむを得ない事情がある患者
- ③ 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

※②又は③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。

※イに該当する患者は、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。

### （参考）紹介状なしで受診する場合等の患者定額負担 <今改定では変更なし>

#### 【対象病院】

- ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）

#### 【定額負担の額】

- ・初診：医科 7,000円
- ・再診：医科 3,000円

#### 【対象患者】

- ・初診 他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者
- ・再診 当該病院等が逆紹介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

# 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し（全体概要）

➤ 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。

## 1. 包括範囲の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。**
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。**

## 2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

### **（新）眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）**



[算定要件]

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

### **（新）歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）**



[算定要件]

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

## 3. 生活習慣病管理料（Ⅰ）の要件見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、**必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件**とする。

## 4. 療養計画書の負担軽減

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、**患者の署名を受けるとを不要**とする。

## 5. 外来データ提出加算の見直し

- 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設する**とともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

# 生活習慣病管理料（Ⅱ）の包括範囲から除外される医学管理等

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

生活習慣病に関連する総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべき医学管理	<b>(参考)</b> 引き続き包括範囲外である医学管理料等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来栄養食事指導料</li> <li>・ 集団栄養食事指導料</li> <li>・ 糖尿病合併症管理料</li> <li>・ がん性疼痛緩和指導管理料</li> <li>・ 外来緩和ケア管理料</li> <li>・ 糖尿病透析予防指導管理料</li> <li>・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料</li> <li>・ ニコチン依存症管理料</li> <li>・ 療養・就労両立支援指導料</li> <li>・ プログラム医療機器等指導管理料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅰ）</li> <li>・ 電子的診療情報評価料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅱ）</li> <li>・ 診療情報連携共有料</li> <li>・ 連携強化診療情報提供料</li> <li>・ 薬剤情報提供料</li> </ul>
<u>下肢創傷処置管理料</u>	
生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（特定の疾病を主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
<u>特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料</u>	
時間外対応・救急対応に関する医学管理	
<u>地域連携夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、救急救命管理料</u>	
情報提供等に関連する評価	
<u>傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料</u>	

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

## 現行

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 【生活習慣病管理料（Ⅱ）】  
 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

[施設基準]  
 (新設)



## 改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 【生活習慣病管理料（Ⅱ）】  
 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、**別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、**区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

[施設基準]  
**生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める薬剤**

インスリン製剤  
グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト  
インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤  
チルゼパチド製剤

# 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

## 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

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

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

(参考) 引き続き要件である管理料等

- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 生活習慣病管理料 (I)
- 生活習慣病管理料 (II)



## 改定後

[算定要件]

**患者の状態に応じ、28日以上 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。**

[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。**

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

## 改定後

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



# 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

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



### 現行

#### 【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

#### 【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点
調剤時（12月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！  
マイナ保険証



### 改定後

#### 【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

#### 再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

#### 【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

#### 【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) **診療報酬明細書を患者に無償で交付**していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、**オンライン資格確認等システム**を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) **マイナ保険証利用率**が、**30%以上**であること。
- (6) 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。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) **電子処方箋**を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす**電子カルテを有していること**。
  - ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
  - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
  - ア 国等が提供する**電子カルテ情報共有サービス**により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
  - イ **地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク**であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
    - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
    - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
    - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
  - ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。
    - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
    - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算の評価を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

#### 現行

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



#### 改定後

- (削除)
- 【診療録管理体制加算1】 100点
- (削除)
- 【診療録管理体制加算2】 30点

### 入院基本料等加算

**（新） 電子的診療情報連携体制整備加算1**

**160点（入院初日）**

**（新） 電子的診療情報連携体制整備加算2**

**80点（入院初日）**

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

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



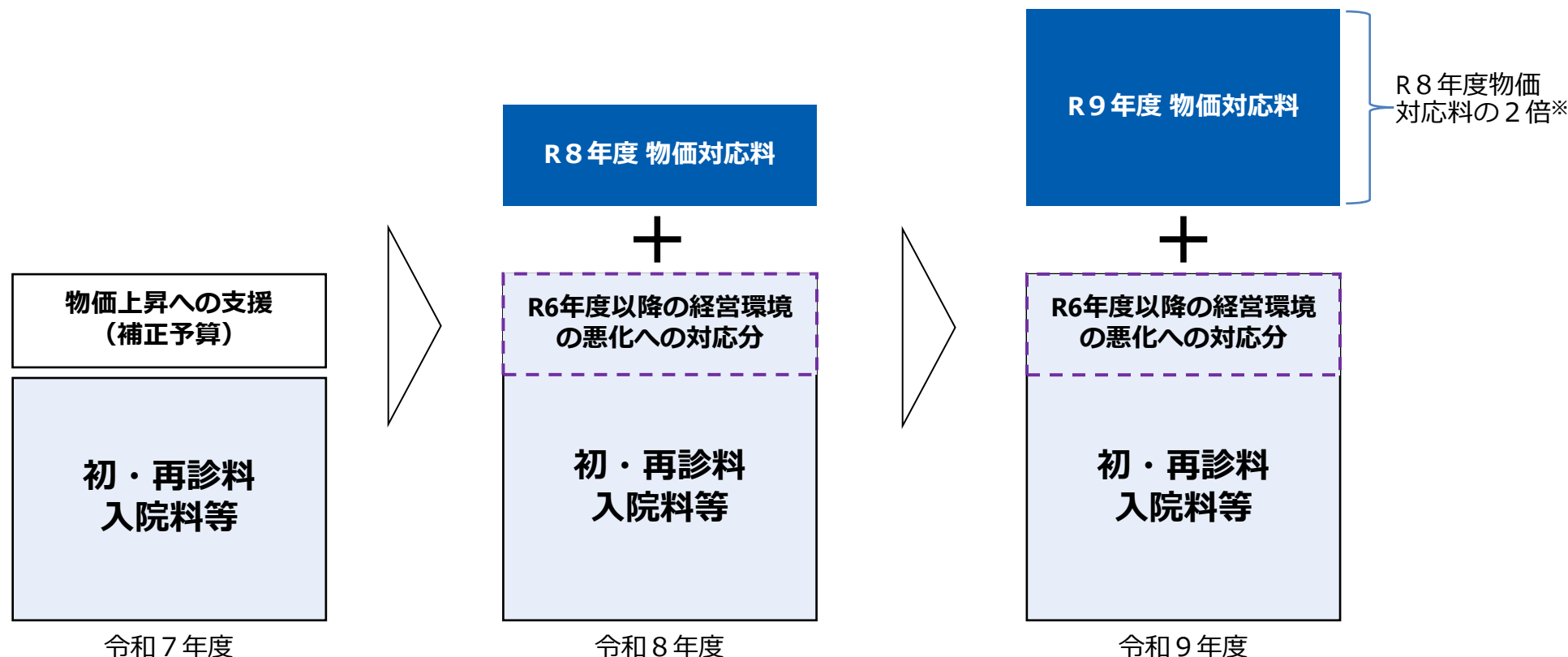
# ■ 物価・賃金

---

## 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

### 基本的な方針

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



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

## 物件費の高騰を踏まえた対応①

### 物価対応料の新設

- ▶ 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

#### (新) 物価対応料

##### 1 外来・在宅物価対応料

	R8年	R9年
イ 初診時	2点	4点
ロ 再診時等	2点	4点
ハ 訪問診療時	3点	6点

##### 2 入院物価対応料（1日につき）

イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
ニ 急性期一般入院料1を算定する場合	58点	116点
ヨ 療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合	18点	36点
イミ 精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	13点	26点
イス 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※1	84点	168点
ハケ 地域包括医療病棟入院料1を算定する場合	49点	98点
ハモ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合	19点	38点
二八 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内の期間）を算定する場合	27点	54点

#### [算定要件]

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

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

※2 その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

## 物件費の高騰等を踏まえた対応③

### 入院基本料等の見直し

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

#### 現行

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



#### 改定後

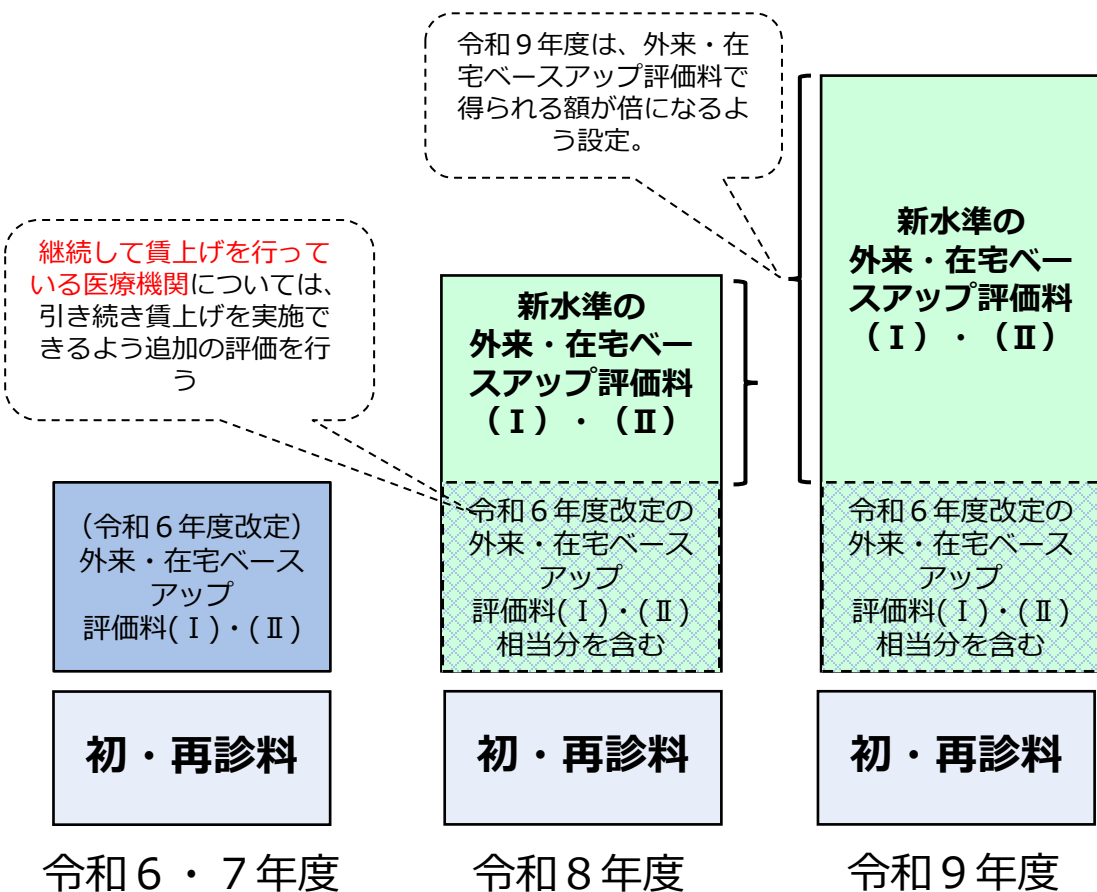
【初診料】	291点
【再診料】	<u>76点</u>
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	<u>1,874点</u>
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	<u>2,035点</u>
【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料 1	<u>1,471点</u>
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 7対1入院基本料（一般病棟）	<u>2,146点</u>
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料 1 入院料 1	<u>3,367点</u>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<u>2,346点</u>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

※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。

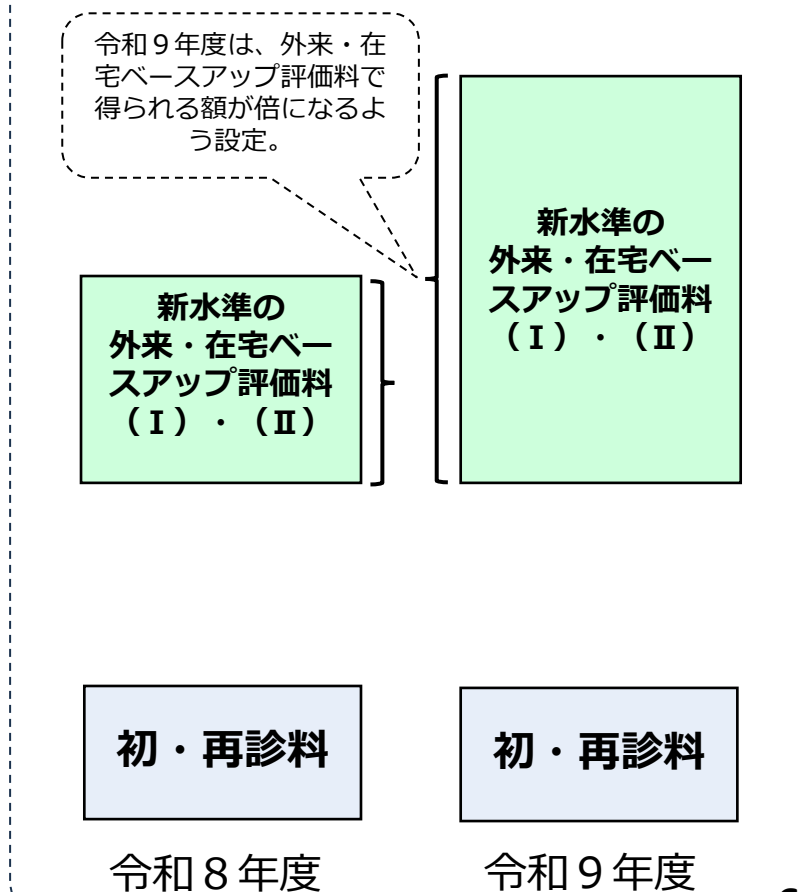
# 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

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

## 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



## 令和8年度から賃上げを行う医療機関



# 賃上げに向けた評価の見直し①

## 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

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

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



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

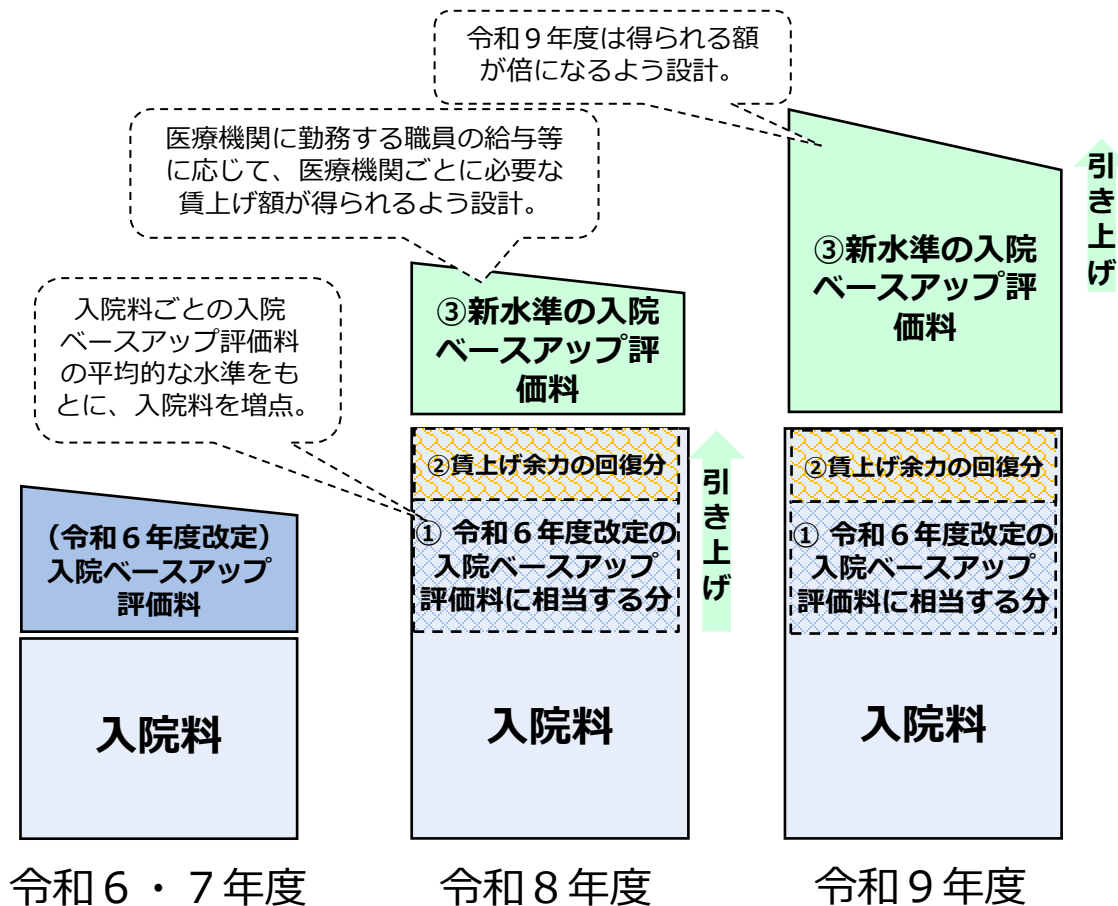
- 全てのベースアップ評価料について、**令和8年度及び令和9年度において段階的な評価**とする。
- **継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価**を行う。

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

# 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和6年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和9年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

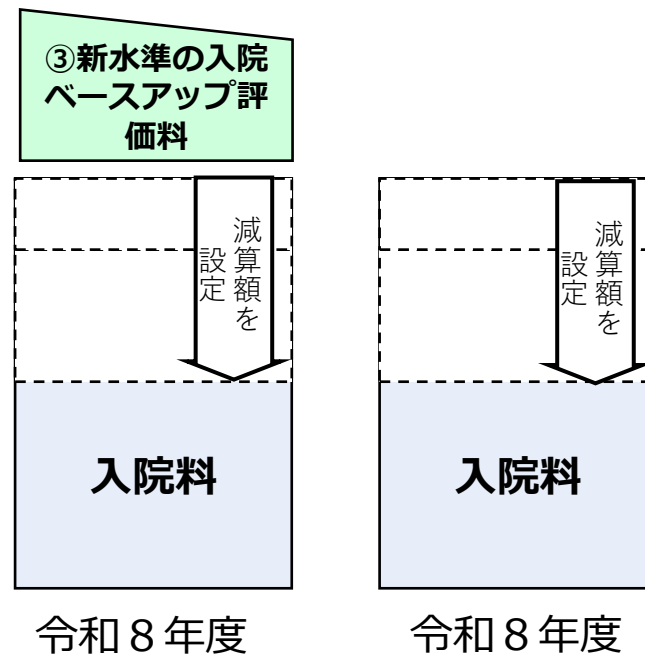
## 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



## 令和8年度から賃上げを行う医療機関

## 賃上げを行わない医療機関

令和6・7年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満たしていない一部の医療機関については、入院料を減算。



## 賃上げに向けた評価の見直し③

### 入院ベースアップ評価料の見直し

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

#### 現行

【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
～		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

〔算定要件〕(抜粋)  
注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。



#### 改定後

【入院ベースアップ評価料】		
1	入院ベースアップ評価料 1	1点
～		
	<b>250※</b> 入院ベースアップ評価料 <b>250</b>	<b>250点</b>

※令和9年6月以降は、500区分まで拡大する。

〔算定要件〕(抜粋)  
注 **当該保険医療機関において勤務する職員**の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。

### 入院料の見直し及び減算規定の新設

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

#### 現行

(例) 【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点



#### 改定後

(例) 【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	<b>1,874点</b>

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

**〔例〕急性期一般入院料1の場合 121点減算(1日あたり)**

〔施設基準〕以下のいずれかを満たす保険医療機関以外は、減算の対象となる。

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

# ベースアップ評価料に関する主な変更点① (内容)

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

## 現行

- 賃上げの目標  
令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す
- 対象となる施設  
保険医療機関、訪問看護ステーション
- 対象となる職員  
主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。）  
例) 薬剤師・看護師・看護補助者 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法  
(入院B U評価料の場合)  
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3%  
  
(外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪看B U評価料(Ⅱ))の場合)  
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲  
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料  
「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分

## 改定後

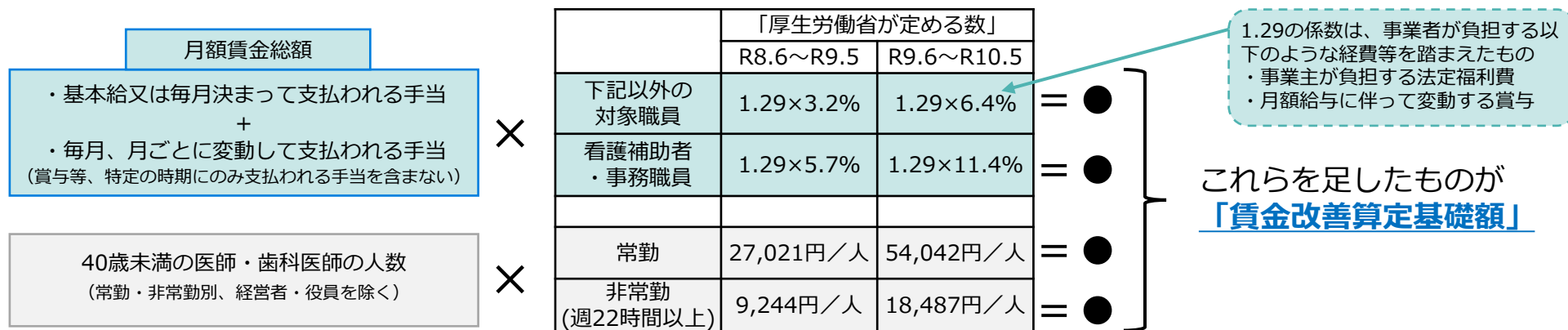
- 賃上げの目標  
**令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す**
- 対象となる施設  
保険医療機関、**保険薬局**、訪問看護ステーション
- 対象となる職員  
**当該保険医療機関に勤務する職員**（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。）  
例) 左記の対象職員に加え、**40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員** 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法  
(入院B U評価料の場合) 以下を合計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



# ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

## ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

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



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

## ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

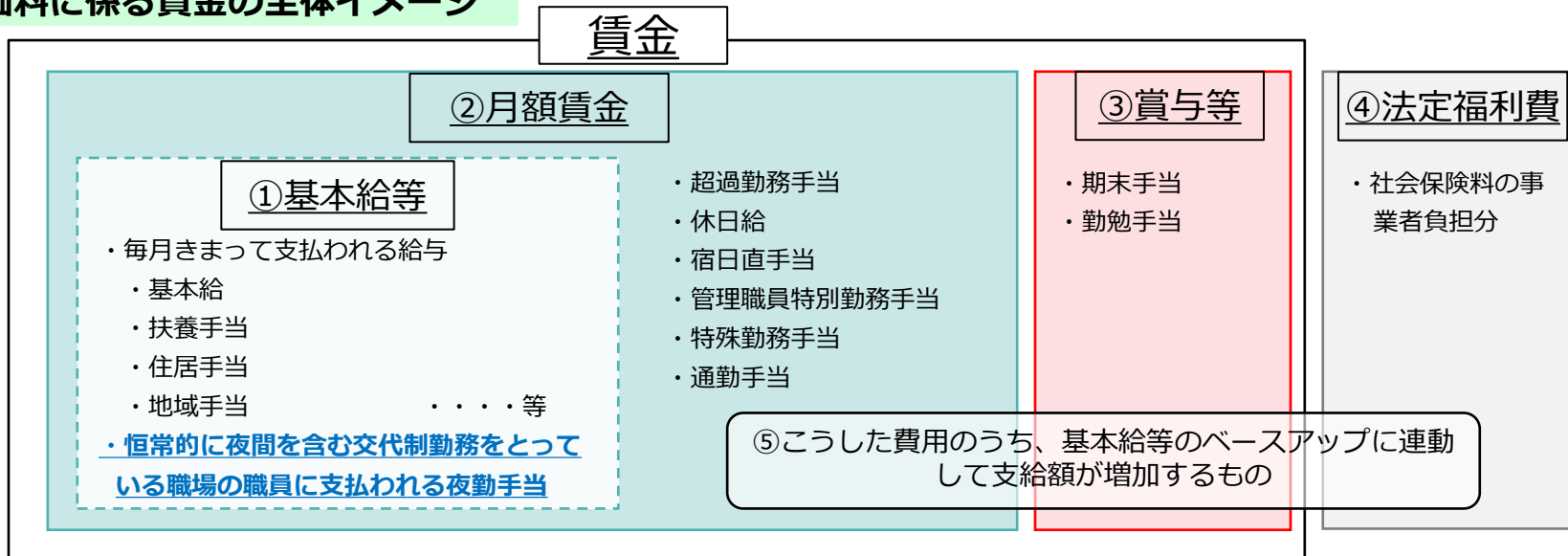
- 評価料により得られる収入は、対象職員の「基本給等の引上げ（ベア等）」及び「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む）等の増加分」に用いる。
- 令和8年度診療報酬改定より、「恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員」に支払われる夜勤手当の増加額についても、毎月決まって支払われる手当に準じて、基本給等に含めることができる。

# 賃金に関する用語の定義

## 賃金に関する用語の定義について

- 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料における、「基本給等」「月額賃金」の定義は、下記の図の範囲のものである。
- 届出時には、区分決定のための賃金改善算定基礎額の算出に当たって、②月額賃金を用いる。
- 本評価料で得られる収入については、①基本給等の引上げ、⑤それに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む。）の増加分に充てることとなっている。
  - その際、恒常的に夜間を含む交代制勤務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①基本給等を含めて差し支えない。
  - 賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書においては、①⑤の増加額を報告することとなる。

## 本評価料に係る賃金の全体イメージ



# 中間・実績報告書に含めることのできるベースアップの範囲

## ベースアップとは

- 医療機関等においては、ベースアップ評価料の算定額を、ベースアップに充てる必要がある。
  - ベースアップとは、賃金表の改定により、同じ年齢・職位の者の給与が前年度より引き上がることを意味する。年齢や勤続年数が増加したことによる給与の引き上げ（定期昇給）は、ベースアップに含まれない。
    - ベースアップ評価料の算定額を充てることのできる範囲は、「基本給等」（＝基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）の引き上げや、時間外手当・賞与などのうち基本給等に連動して引き上がる部分、基本給等の増加による法定福利費の事業主負担の増額分が含まれる。
- ※賞与のうち、業績に連動して引きあがるものについては「基本給等」の対象外である。  
 ※年俸制で1年に1回定められ、毎月均等に支払われる報酬の1月当たり分は「基本給等」に該当する。

## ベースアップの考え方（賃金表がある場合）

- 「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいう。

**賃金表**

号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
2	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
3	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
4	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
5	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
6	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
7	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
8	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
9	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
10	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円

賃金表内での職員の給与の変動は、「定期昇給」に該当し、ベースアップに該当しない。

ベースアップではない

**賃金表**

号俸	職務の級				号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級		1級	2級	3級	4級
1	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	1	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
2	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	2	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
3	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	3	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
4	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	4	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
5	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	5	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
6	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	6	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
7	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	7	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
8	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	8	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
9	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	9	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
10	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	10	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円

賃金表内の金額を引き上げることが、ベースアップに該当

●年度

●+1年度

## 賃金表がない場合

- 賃金表がない医療機関の場合は、給与規定や雇用契約に定める基本給等について、引き上げを行う。

# 継続的に賃上げを実施する保険医療機関への評価

## 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施した保険医療機関への評価

- 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施し、ベースアップ評価料を届け出ている医療機関等については、令和8年度診療報酬改定後も、令和6年度改定でのベースアップ評価料の評価を踏まえた報酬額が設定される。

### 継続的に賃上げを実施した保険医療機関

- 令和8年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
- 令和8年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、5.5%（看護補助者、事務職員については、8%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関
- 令和9年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、8.7%（看護補助者、事務職員については、13.7%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

等

### 外来の場合

- 外来・在宅ベースアップ評価料が段階的に設定され、左記の条件に該当する場合には高い点数となる。

### 入院の場合

- 入院料の評価に、令和6年度以降のベースアップ評価料に相当する部分が含まれている。
- ※ このため、左記の条件に該当しない医療機関については、入院料の減算額が設定されている。

### 令和8年3月までにベースアップ評価料を届け出なかったが、相当する賃上げを行った場合の届出方法

- 基本給等総額の改善額について、令和6年3月時点との比較を算出して【様式98】に記載して届け出る。
- 基本給等総額の改善額については、保険医療機関の勤務職員（医師・歯科医師を除く）について、「看護補助者・事務職員」と「それ以外」の両群で求められる水準（令和8年度であれば、令和6年3月の基本給等総額に対し、前者が5.5%、後者が8%）が異なっているが、両群を合わせた改善額が、両群に求められる額の合計以上となっていればよい。

## ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

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

### 現行

○届出時の提出書類

保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生(支)局に届出を行う

○区分変更時の届出

毎年3、6、9、12月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う

○実績等の報告

毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告

○同一法人内の複数医療機関の通算  
(新設)

○届出様式の統合

【様式93】看護職員処遇改善評価料

【様式97】入院ベースアップ評価料

それぞれの評価料において、様式の届出が必要

### 改定後

○届出時の提出書類

**各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ**  
**(賃金改善計画書は作成不要)**

○区分変更時の届出

「**対象職員の数**」又は「**3月毎の外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定回数**」が1割以上変動し、**区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ**

○実績等の報告

毎年8月に、**当該年度における賃金改善の状況**を評価するため「**賃金改善中間報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告  
算定した年度の翌年の8月に、**前年度における賃金改善の取組状況**を評価するために「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告

○同一法人内の複数医療機関の通算

**同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人**においては、**法人内の複数保険医療機関を通算**して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする

○届出様式の統合

【**様式97**】**看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料**

・様式を1つに統一

・様式内で**各評価料における区分計算も自動で算出**できる

令和8年5月以前にベースアップ評価料を算定している医療機関・訪問看護ステーション向け

これまでにベースアップ評価料を届け出ている、  
令和8年6月以降も算定を続けるには、**改めて、令和8年5月中に届出が必要です**

必要な手続き

### 令和8年5月

5月7日(木)から6月1日(月)(必着)までに、地方厚生局(都道府県事務所)へ、該当の様式を提出  
↓  
令和8年6月から新ベースアップ評価料の算定開始

### 令和8年8月

8月中に、令和7年度「賃金改善実績報告書」を提出(令和7年度の実績を報告)

8月中に、令和8年度「賃金改善中間報告書」を提出(令和8年度の6月~7月時点での賃上げ状況を報告)

### 令和9年5月

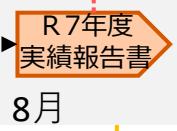
令和9年6月以降の算定継続に向けて、該当の様式を提出  
※令和8年度から継続して外来・在宅ベースアップ評価料(I)訪問看護ベースアップ評価料(I)を算定する場合には届出は不要

### 令和9年8月

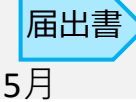
8月中に、令和8年度「賃金改善実績報告書」を提出(令和8年度の実績を報告)

8月中に、令和9年度「賃金改善中間報告書」を提出(令和9年度の6月~7月時点での賃上げ状況を報告)

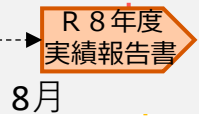
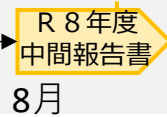
令和7年度の算定に関する手続き



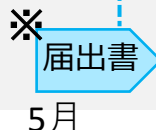
令和8年度の算定に関する手続き



算定期間 (6月から翌年5月)



令和9年度の算定に関する手続き



算定期間 (6月から翌年5月)

