

「令和8年社会保険診療報酬改定の伝達会議」プログラム

日時： 令和8年4月26日（日） 13：00～16：00

場所： @TKP ガーデンシティプレミアム品川 ホール 6A（現地開催）

1 開 会（13：00）

春名 眞一 理事

2 日耳鼻理事長挨拶

大森 孝一 理事長

3 伝達会議（13：05）

1）改定点について

司会：萩森 伸一 委員長

（1）改定点についての解説

初 診 料、再 診 料

谷垣委員、橋本委員

資料1-2

入院料、医学管理等、在宅医療

清水(頤)委員、玉木委員、森脇委員

資料3-5

検 査

五十嵐委員、小林委員

資料6-7

画像診断、処置、病理診断

中条委員、豊田委員

資料8-9

投薬、注射、リハビリテーション

末吉委員、兼定委員

資料10-11

手 術、麻 酔

花澤委員、保富委員

資料12

和田委員

D P C

中川委員

資料13

（2）質 疑

2）特別講演（14：30）

司会：春名 眞一 理事

演 題： 「令和8年度診療報酬改定の概要」

講 師： 厚生労働省 保険局 医療課 課長 林 修一郎 先生

資料14

3）改定を巡って（15：30）

司会：池園 哲郎 理事

（1）改定の経緯と今後の対応について

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

松塚 崇 先生

資料15

鏡視下上咽頭・中咽頭・下咽頭腫瘍摘出術

および内視鏡手術用支援機器加算

楯谷 一郎 委員

資料16

（2）質 疑

4 閉 会（16：00）

藤岡 治 理事

初診・再診

谷垣裕二

【初診料】	改訂後点数	現行点数
初診料(A000)	291	291
情報通信機器を用いた場合(注1)	253	253
紹介の割合等が低い場合(注2、3)	216	216
紹介の割合等が低い場合・情報通信機器を用いた場合(注2、3)	188	188
妥結率の低い場合(注4)	216	216
妥結率の低い場合・情報通信機器を用いた場合(注4)	188	186
同一日2科目(注5)	146	146
同一日2科目・情報通信機器を用いた場合(注5)	127	127
同一日2科目・紹介の割合等が低い場合(注5)	108	108
同一日2科目・紹介の割合等が低い場合・情報通信機器を用いた場合(注5)	94	94
同一日2科目・妥結率の低い場合(注5)	108	108
同一日2科目・妥結率の低い場合・情報通信機器を用いた場合(注5)	94	94

【再診料】(診療所・200床未満の病院)	改訂後点数	現行点数
再診料(A001)	76	75
情報通信機器を用いた場合(注1)	76	75
妥結率の低い場合(注2)	56	55
同一日2科目(注3)	39	38
同一日2科目・妥結率の低い場合(注3)	29	28
【外来診療料】(200床以上の病院)	改訂後点数	現行点数
外来診療料(A002)	77	76
情報通信機器を用いた場合(注1)	76	75
紹介の割合等が低い場合(注2、3)	57	56
妥結率の低い場合(注4)	57	56
同一日2科目(注5)	39	38
同一日2科目・紹介の割合等が低い場合(注5)	29	28
同一日2科目・妥結率の低い場合(注5)	29	28

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P5-9 通知 P12-21 参照

初診・再診における加算

- ・時間外加算、休日加算又は深夜加算
- ・夜間・早朝等加算
- ・機能強化加算
- ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算
- ・連携強化加算(感染症対策)
- ・サーベイランス強化加算
- ・抗菌薬適正使用加算

以上の加算は、初診・再診ともに点数増減なし

賃上げに向けた評価の見直し①

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の見直し

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

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

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

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

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式95 概要 P10 参照

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

	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
初診時	17点（令和8）→34点（令和9）	23点（令和8）→40点（令和9）
再診時	4点 → 8点	6点 → 10点
訪問診療時 （同一訪問診療時以外）	79点 → 158点	107点 → 186点
訪問診療時 （同一訪問診療時）	19点 → 38点	26点 → 45点

- ・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

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて P987-988 参照 様式95

賃上げに向けた評価の見直し②

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）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、賃金のさらなる改善が必要である医療機関に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、評価を見直す。

現行		改定後
【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		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	イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点
□ 再診時等	1点	□ 再診時等 1点
～		～
8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8		<u>12※</u> 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） <u>12</u>
イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点	イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>96点</u>
□ 再診時等	8点	□ 再診時等 <u>12点</u>
		<u>※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。</u>

- 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。
 ➤ 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。

	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	
	イ	ロ	イ	ロ	イ	ロ	イ	ロ
区分1	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>
...
区分12	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>160点</u>	<u>20点</u>	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>128点</u>	<u>16点</u>
...	-	-	-	-
区分24	-	-	-	-	<u>192点</u>	<u>24点</u>	<u>256点</u>	<u>32点</u>

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式96 概要 P11 参照

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

区分	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	
	イ	ロ	イ	ロ
1	<u>8点→8点</u>	<u>1点→1点</u>	<u>16点→10点</u>	<u>2点→2点</u>
12	<u>96点→96点</u>	<u>12点→12点</u>	<u>160点→128点</u>	<u>20点→16点</u>
24	<u>192点</u>	<u>24点</u>	<u>256点</u>	<u>32点</u>

- イ 初診又は訪問診療を行った場合
 ロ 再診時等

- ・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年度及び令和9年度において段階的な評価とする

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて P989-994 参照 様式96

ベースアップ評価料に関する主な変更点①（内容）

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○賃上げの目標 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	○賃上げの目標 <u>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</u>
○対象となる施設 保険医療機関、訪問看護ステーション	○対象となる施設 保険医療機関、 <u>保険薬局</u> 、訪問看護ステーション
○対象となる職員 主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。） 例）薬剤師・看護師・看護補助者 等	○対象となる職員 <u>当該保険医療機関に勤務する職員</u> （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、 <u>40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員</u> 等
○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院B U評価料の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3% （外来・在宅B U評価料（Ⅱ）、訪看B U評価料（Ⅱ）の場合） 12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%	○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 （入院B U評価料の場合）以下を合計したもの ◆医師・歯科医師以外 <u>「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</u> ◆40歳未満の医師・歯科医師 <u>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</u> （外来・在宅B U評価料（Ⅱ）、訪看B U評価料（Ⅱ）の場合） <u>上記を2で割ったもの</u>
○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分	○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分 <u>※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。</u>
○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分	○賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料 ※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。 <u>「賃金改善前（令和8年3月又は5月時点）の給与体系での職員の基本給等総額」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</u>

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 概要 P13 参照

ベースアップ評価料に関する主な変更点

・賃上げの目標

令和8年度に3.2%（看護補助・事務職員は5.7%）、令和9年度はさらに3.2%（看護補助・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す

・対象となる施設

保険薬局 が追加

・対象となる職員

40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員等が追加

・ベースアップ評価料に評価される総額の算出方法

医師・歯科医師以外：「月額賃金総額」に定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じたもの

40歳未満の医師・歯科医師：常勤・非常勤ごとの人数に、定められた額を乗じた額

・ベースアップ評価料に充ててよい給与の範囲

恒常的に夜間を含む交代制勤務をとっている職に支払う夜勤手当は、基本給等に含めてよい

・賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料

「賃金改善前（令和8年3月又は5月時点）の給与体系での職員の基本給等総額」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」分との差

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 参照

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ＢＵ評価料、外来・在宅ＢＵ評価料（Ⅱ）、訪問看護ＢＵ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ＢＵ評価料（Ⅰ）、訪問看護ＢＵ評価料（Ⅰ）、調剤ＢＵ評価料では算出は不要。
- 「賃金改善算定基礎額」は、対象職員の月額賃金総額、40歳未満の医師・歯科医師数に基づいて算出する。

月額賃金総額		「厚生労働省が定める数」		
		R8.6～R9.5	R9.6～R10.5	
<ul style="list-style-type: none"> 基本給又は毎月決まって支払われる手当 ＋ 毎月、月ごとに変動して支払われる手当（賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない） 	×	下記以外の対象職員	1.29×3.2%	1.29×6.4%
		看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%
40歳未満の医師・歯科医師の人数 （常勤・非常勤別、経営者・役員を除く）	×	常勤	27,021円／人	54,042円／人
		非常勤（週22時間以上）	9,244円／人	18,487円／人

1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの
・事業主が負担する法定福利費
・月額給与に伴って変動する賞与

これらを足したものが「賃金改善算定基礎額」

- 「賃金改善算定基礎額」を、ＢＵ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。

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 概要 P15 参照

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。

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式98 概要 P18 参照

継続的に賃上げを実施する医療機関への評価

【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、8.75%（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

【令和8年3月までベースアップ評価料を届け出ていなかった医療機関で、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、**【様式98】を記載**して届け出る
- ・基本給等総額の改善額が、「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が異なっているが、**両群合わせた改善額が、両群に求められる額の合計以上になっていればよい**

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 参照 様式98

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	改定後
○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	○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 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	○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、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	○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（新設）	○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	○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

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式97 概要 P19 参照

ベースアップ評価料に関する主な変更点②

- ・届出時の提出書類
各評価に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみ入力する
届出書添付書作成・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変化がある場合にのみ
- ・実績等の報告
毎年8月に「賃金改善中間報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
翌年8月に「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
「賃金改善中間報告書」、「賃金改善実績報告書」は法人内の複数保険医療機関を通算して作成が可能
- ・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を1つに統合

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式97、100 参照

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要手続きの流れ

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



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

※ただし、外来ベースアップ評価料(Ⅰ)を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

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

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

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 様式100 概要 P20 参照

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

届出書

外来・在宅ベースアップ評価(Ⅰ)
・対象職員

外来・在宅ベースアップ評価(Ⅱ)
・初再診料の算定回数
・月額賃金総額
・対象職員数

中間報告書

・ベースアップ評価料の算定収入額
・対象職種ごとの常勤換算数
・基本給総額(給与改善前・後)
・賞与の月数の変化

対象職員を指定して報告:
医師・歯科医師、看護職員・看護補助者
事務職員

報告書

・ベースアップ評価料の算定収入額
・対象職種ごとの常勤換算数
・基本給総額(給与改善前・後)
・賞与の月数の変化

対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P374-379 通知 P719-720 参照 様式100

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。

(新設) 物価対応料

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

【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。

診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 医科点数表 P389 通知 P720 概要 P22 参照

第1節 初診料

A 0 0 0 初診料

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)

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)

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。

逆紹介割合の基準

30%未満→50%未満

20%未満→40%未満

概要_令和8年度診療報酬改定について【全体概要版】p74
通知_留意事項_別添1_医科診療報酬点数表に関する事項 p5

第1章 基本診療料
第1部 初・再診料
<通則>

第1節 初診料

A 0 0 0 初診料

(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算

15 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、60点を所定点数に加算する。

告示_別表第一_医科診療報酬点数表 p5

A 0 0 0 初診料

要届出

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

16 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に掲げる再診療料の注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。

告示_別表第一_医科診療報酬点数表 p5
基本診療料の施設基準等及びその届出に関する
手続きの取扱いについてp22

イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 15点

ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 9点

ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3 4点

1 電子的診療情報連携体制整備加算 1 に関する施設基準

- (1) **電子情報処理組織**を使用した**診療報酬請求**を行っていること。
- (2) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な**明細書**を患者に**無償で交付**していること。

(3) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「**オンライン資格確認**」という。）を行う体制を有していること。
なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

(4) 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベース**マイナ保険証利用率**（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、**30%以上**であること。

(5) (4)について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

(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) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に**掲示**していること。

ア 医師等が診療を実施する診察室等において、**オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用**して診療を実施している保険医療機関であること。

イ マイナ保険証を促進する等、**医療DX**を通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。

ウ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な**明細書を患者に無料で交付**していること。

(8) (7)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。

(9) **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を有していること。

(10) 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」（以下単に「安全管理ガイドライン」という。）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。

(11) 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。

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に関する施設基準に関する施設基準

（1）1の（1）から（8）までの基準を満たすこと。

（2）1の（9）から（11）までのいずれかの基準を満たすこと。

3 電子的診療情報連携体制整備加算3に関する施設基準及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算管理加算2に関する施設基準1の（1）から（8）までの基準を満たすこと。

4 届出に関する事項

(1) 電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の6を用いること。

(2) 1の(10)のウについては、当面の間に限り、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。

(3) 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準のうち、1の(4)及び(6)、2の(1)のうち1の(4)及び(6)に係る基準並びに3のうち1の(4)及び(6)に係る基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。

① オンライン請求



② 明細書無償発行



③ オンライン資格確認



④ マイナ保険証利用率 $\geq 30\%$



⑥ 応相談体制



⑦ 院内掲示



⑧ website掲載



⑨ 電子処方箋



⑩ 電子カルテ



⑩ 電子カルテ情報共有サービス



第2節 再診料

A 0 0 1 再診料

名称点数変更

時間外対応体制加算

要届出

イ	時間外対応体制加算 1	4 → 7 点
ロ	時間外対応体制加算 2	3 → 5 点
ハ	時間外対応体制加算 3	1 → 4 点

告示_別表第一_医科診療報酬点数表 p6

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する
手続きの取扱いについて p23

A 0 0 1再診料

(新)【電子的診療情報連携体制整備加算】

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2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。

告示_別表第一_医科診療報酬点数表 p6

令和8年度診療報酬改定伝達会議

令和8年4月26日

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

第2節 入院基本料等加算

第3節 特定入院料

第4節 短期滞在手術等基本料

第1節 入院基本料

新設

A100 一般病棟入院基本料（一日につき）

1. 急性期病院一般入院基本料

新設

人口20万人未満の地域には要件緩和あり

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

2. 急性期一般入院基本料（A100-1であったもの）

イ 急性期一般入院料1 1,874点 ← 1,688点

ロ、ハ、ニ、ホ、ヘ についても増点

3. イ 地域一般入院基本料1 1,290点 ← 1,176点

ロ、ハについても増点

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

見直し

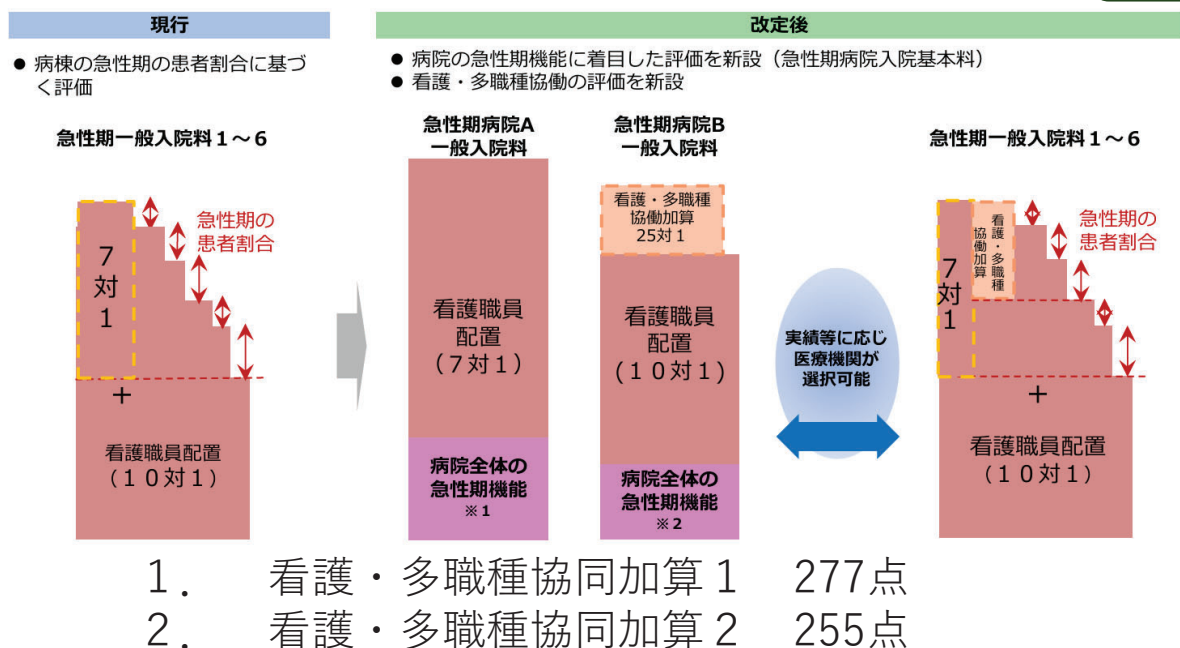
急性期病院一般基本料等の評価

該当患者割合に加え、救急搬送応需率を加える

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	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※1	25対1以上		25対1以上				25対1以上			
該当患者割合 指数の基準※2	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	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	—		
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 ・全床手術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/年以上かつ全床 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

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

A215 看護・多職種共同加算（1日につき）



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

第2節 入院基本料等加算

新設

A200 急性期総合体制加算の新設

総合入院体制加算A200と急性期充実体制加算A200-2を統合

人口20万人未満の地域には要件緩和あり

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

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

急性期総合加算の要件

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期 2
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)	
看護・多職種※1		25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①: 28% 指数②: 35%		28
	必要度II	指数①: 27% 指数②: 34%		27
平均在院日数	16日以内	21日以内	16日以内	16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
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
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(1,000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数		・入院 の適性 ・届出 の実績
データ提出加算				
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点
				1,77

新設

A204-4 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

許可病床数200床未満の医療機関における地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟において算定可能（急性期病棟を有しない）

新設

A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算

1. 電子的診療情報連携体制整備加算 1 160点
2. 電子的診療情報連携体制整備加算 2 80点

電子情報処理による請求
明細書の無償交付
電子資格確認・活用体制と実績
サイバーセキュリティー対策

見直し

特定感染症 の追加

クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
ESBL産生腸内細菌目細菌感染症

A209 特定感染症入院医療管理加算

A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算
に追加

新設

A233 リハビリテーション・栄養・
口腔連携体制加算（1日につき）

施設基準を緩和した加算2を新設

現行

【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） 120点

改定後

【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 1
（1日につき） 150点
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 2
（1日につき） 90点

新設

リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組

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科、特定機能病院入院基本科、 専門病院入院基本科		地域包括医療病棟	
専従・専任配置	専従の療法士 1 名、専任の療法士 1 名 専任の管理栄養士 1 名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従 2 名、 管理栄養士 専任 1 名)	
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 チームに係る加算 の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可	
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録			
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が 8 割以上			入棟患者のうち、3 日以内に 開始した患者が 6 割以上
休日リハ 実施割合	8 割以上	7 割以上	8 割以上	7 割以上
ADL低下割合	3 %未満	5 %未満	3 %未満	5 %未満
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	
点数 (14日間)	150点	90点	110点	50点

8

令和8年度診療報酬改定 II-2-3 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-①

新設

A233-3 口腔管理連携加算 (入院中1回に限り) 600点

歯科医療機関との**連携体制を構築**している医療機関において、入院中の**治療が必要**と判断された口腔状態の課題を抱える患者に対し、連携する歯科医療機関との間で手配を行い、患者が入院中に歯科診療を受けた場合に算定可。

入院時の食事療養に関する見直し

嚥下調整食の新設及び特別食の取り扱いの見直し

新設

改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一) 治療食

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

(二) 嚥下調整食

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

【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。

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

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

令和8年度診療報酬改定 I-1 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-④

新設

A234-2 感染対策向上加算 注3の新設

- ・ 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性使用につき別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長に届け出た保険医療機関に入院しているもの
- ・ 注3 微生物学的検査体制加算として、30点をさらに所定点数に加算する。

見直し

A246 入退院支援加算の見直し

入退院支援加算 1 の評価の見直し

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

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

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

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

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

注4地域連携診療計画加算（300点）

令和8年度診療報酬改定 II-2-2 円滑な入退院の実現-①

新設

介護支援等連携指導料の見直し

入院前からの支援の強化

- 入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等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

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

[算定要件]

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

令和8年度診療報酬改定 II-2-2 円滑な入退院の実現-②

A235 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

A243 地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日）

- 1 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 87点
- 2 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 82点
- 3 地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 77点

A244 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） 300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

A254 医療提供機能連携確保加算（入院初日） 600点

第3節 特定入院料

新設

特定機能病院入院基本料の区分見直し

現行		
【特定機能病院入院基本料】		
1 一般病棟の場合	(新設)	(新設)
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～ニ (略)		
3 精神病棟の場合		
イ 7対1入院基本料	1,551点	
ロ～ニ (略)		
改定後		
1 特定機能病院A入院基本料	2 特定機能病院B入院基本料	3 特定機能病院C入院基本料
イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合	イ 一般病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,146点	(1) 7対1入院基本料 2,136点	(1) 7対1入院基本料 2,016点
(2) 10対1入院基本料 1,771点	(2) 10対1入院基本料 1,760点	(2) 10対1入院基本料 1,642点
ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合	ロ 結核病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 2,125点	(1) 7対1入院基本料 2,115点	(1) 7対1入院基本料 1,995点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)
ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合	ハ 精神病棟の場合
(1) 7対1入院基本料 1,851点	(1) 7対1入院基本料 1,841点	(1) 7対1入院基本料 1,721点
(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)	(2)～(4) (略)

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-④

救命救急入院料・特定集中治療室管理料の見直し（簡素化）

現行	改定後
救命救急入院料 2	救命救急入院料 1
救命救急入院料 4	救命救急入院料 2
イ 救命救急入院料	！ 入院料 1, 2 の名称は現行と逆になる
ロ 広範囲特定集中治療管理料	
救命救急入院料 1	
救命救急入院料 3	
イ 救命救急入院料	
ロ 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 1	特定集中治療室管理料 1
特定集中治療室管理料 2	
イ 救命救急入院料	
ロ 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 3	
特定集中治療室管理料 4	特定集中治療室管理料 2
イ 救命救急入院料	
ロ 広範囲特定集中治療管理料	
特定集中治療室管理料 5	
特定集中治療室管理料 6	特定集中治療室管理料 3
イ 救命救急入院料	
ロ 広範囲特定集中治療管理料	

広範囲根幹管理加算200点の新設

A330の注12、A310の注8

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備-⑤⑦

A304 地域包括医療病棟入院料（1日につき）

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

現行	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 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。	【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 3,367点 ロ 入院料2 3,267点 ハ 入院料3 3,117点 2 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。

第4節 短期滞在手術等基本料

短期滞在手術基本料 3（4泊5日までの場合）

➤ DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定するよう、要件を見直す。

区分		現行	改定後
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定	<u>短期滞在手術等基本料3</u>
	非DPC病床	出来高算定	
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料3	

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
 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 □ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの

9388点←9537点

8221点←8400点

K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 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

33822点←31981点

16985点←16988点

24188点←24709点

医学管理等 救急外来医療に係る評価の再編

救急医療機関における、夜間休日を含めた応需体制の構築及び地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、院内トリアージ実施料及び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、検査体制に応じた新たな評価を行う。

B 0 0 1－2－6 救急外来医学管理料 <新設>

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

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 285ページ, 通知 187ページ

B 0 0 1－2－6 救急外来医学管理料 <新設>

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

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 285ページ, 通知 187ページ

1 救急搬送医学管理料, 2夜間休日救急医学管理料の要件

- イ：第3次救急医療機関、第2次救急医療機関 等で年間1500件以上の実績、専任医師の配置が必要 その他の要件
- ロ：第3次救急医療機関、第2次救急医療機関 等で年間800件以上の実績・その他
- ハ：救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院または救急診療所

通知 187ページ

3 【救急外来緊急検査対応加算】 <新設>

施設基準を満たす医療機関で救急搬送等の患者に対し検査、画像診断、処置、注射を実施する必要性を認め、次の診療行為を行う場合には施設基準の区分に従って次の点数を加算する。

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

加算対象の医療行為

D 0 0 6	【出血・凝固検査】	D 0 0 7	【血液化学検査】
D 0 1 1	【免疫血液学的検査】	D 0 1 8	【細菌培養同定検査】
E 2 0 0	【コンピュータ断層撮影（CT撮影）】		
E 2 0 2	【磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）】		

注射実施料（ただしG001【皮内、皮下及び筋肉内注射】G002【静脈内注射】を除く）

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 286ページ

4 【精神科疾患患者等受入加算】 400点

「急性薬物中毒（アルコール中毒を除く）と診断された患者」または「過去6カ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う場合に加算する。

（施設基準は設定されず）

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 287ページ, 通知 187ページ

5 【救急時医療情報取得加算】 50 点 <新設>

施設基準を満たす医療機関において、「救急搬送医学管理料」または「夜間休日救急医学管理料」に規定する患者で、「意識障害の患者」に対して救急時医療情報閲覧機能（いわゆる救急用サマリ）およ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、月1回に限り加算する。

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 287ページ, 通知 187 ページ

6 【時間外救急搬送加算】 <新設>

1 救急搬送医学管理料について、

土曜日、日曜日、祝日、夜間において救急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う場合に、当該患者が受診した時間区分に従い、次の点数を加算する。

イ 土曜日・日曜日・祝日における夜間の場合 300点

ロ 土曜日・日曜日・祝日「以外」の日における夜間の場合 250点

ハ 土曜日・日曜日・祝日における夜間「以外」の時間の場合200点

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 288ページ, 通知 187ページ

7 【院内トリアージ実施体制加算】 <新設>

2 夜間休日救急医学管理料について
施設基準に適合したもの

要届出 50点

現行の【院内トリアージ実施料】は削除

別紙 1－1 医科診療報酬点数表 288ページ, 通知 188ページ

第2章 特掲診療科

第1部 医学管理等

第1節 医学管理等

耳鼻咽喉科・頭頸部外科に関する
改定された主なものを記載

B000 特定疾患療養管理料

B001-21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

施設基準が追加（点数変更なし）

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医療機関の見やすい場所に
掲示すること

第2章 特掲診療科

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

耳鼻咽喉科・頭頸部外科に係る
改定された主なものを記載

C 107 在宅持続陽圧呼吸指導管理料

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2
(250点 → 240点)

注 2 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算
(新設 15点)

注 4 情報通信機器を用いて行った場合
(218点 → 209点)

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2（250点 → 240点）

算定要件

以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者

- (イ) **無呼吸低呼吸指数**（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸指数）
が **15**（現行20）以上
- (ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- (ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

ただし、**無呼吸低呼吸指数が 30**（現行40）以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象となる

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2（250点 → 240点）

算定要件

CPAP療法を実施している睡眠時無呼吸症候群の入院中以外の患者について
使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を
活用した上で、当該指導管理を実施する月の**前月までの3月の間、
すべての月で1月当たりの1日平均使用時間が1時間未満である場合には、
当該指導管理料を算定しないこと**

なお、この場合であっても、在宅療養指導管理材料加算（C171-2 100点）
は算定できる

ただし、当該医療機関において、CPAP療法を開始してから3月以内の患者
については、この限りではない

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2（250点 → 240点）

注 2 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算（新設 15点）

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合、15点を指導管理料 2 に加算

算定に当たっては、当該管理料を算定するかにかかわらず、当該保険医療機関においてCPAP療法の入院中以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等をモニタリングしたうえで、**CPAP療法の 1 日平均使用時間を診療録に記載すること**

注 2 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算（新設 15点）

施設基準

当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っていること

当該月の**直近 3 月以内**において、当該医療機関がCPAP療法の指導管理を行う入院中患者以外の患者の延べ管理月数に占める、CPAP療法の**1 日使用時間が 4 時間以上の日が 20日以上**である管理月数の割合が**4 割以上**であること

必要事項記載した届け出書式と「CPAP患者ごとの管理時間数が分かる書類」を添付して地方厚生局へ届出

（R8.6から算定するならR8.6.1必着）

注 2 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算（新設 15点）

施設基準

患者	2月	3月	4月	備考
A	管理あり	管理あり	管理あり	
B	管理あり	管理あり		4月～入院
C		管理あり	管理あり	3月～CPAP開始
D	管理あり			3月～治療中止
E				2月～入院

患者	2月	3月	4月
A	22日	18日	25日
B	20日	10日	
C		21日	23日
D	8日		
E			

直近3月において指導管理を実施した入院中以外の患者数：4名（2－①）

4名の患者に対するCPAP療法の延べ管理月数：8月（2－②）

CPAPの1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である月数：5月（2－③）

CPAP療法の延べ管理月数に占める上記の月数割合：62.5%（2－④）

1 モニタリングを実施する体制について

当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的にモニタリングを行っているか

該当する（全ての患者においてモニタリングを行っている）

2 充実した管理の状況について（R8.5 届出の場合）

直近3月において管理した実績を算出する期間

：令和8年2月1日から令和8年4月30日まで

① 当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者数：4名

② ①患者に対する、CPAP療法の延べ管理月数：8月

③ ②のうち、CPAP療法の1日の使用時間が4時間以上の日が20日以上である月数：5月

④ ②に占める③の管理月数の割合（③÷②×100）：62.5%

⑤ ④が40%以上か：該当する（40%以上である）

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する
持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

1. モニタリングを実施する体制について

当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	該当 ・ 非該当
--	----------

2. 充実した管理の状況について

直近3か月において管理した実績を算出する期間	<div style="text-align: right;">年 月 日から</div> <div style="text-align: right;">年 月 日まで</div>
① 当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者数	名
② ①患者に対する、CPAP療法の延べ管理月数	月
③ ②のうち、CPAPの1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である月数	月
④ ②に占める③の管理月数の割合【③／②×100】	%
⑤ ④が40%以上か(該当するいずれか1つを○で囲むこと)【④≥40%】	該当 ・ 非該当

[記載上の留意事項]

1 届出に当たっては、患者ごとのCPAP療法の管理時間数がわかる書類を添付すること。

第2章 特掲診療科

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第2款 在宅療養指導管理材料加算

耳鼻咽喉科・頭頸部外科に係る
改定された主なものを記載

通則 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、**3月に3回**（~~月1回~~）に限り算定する。

区分 C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

2 CPAPを利用した場合（960点 → 960点）

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算
（100点 → 100点）

在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院患者以外の患者
に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合、
（~~3月に3回限り~~）所定点数に加算

→ なにも変化なし

検体検査(1)

(尿・糞便等検査)

- D001 尿中特殊物質定性定量検査
 - 8 フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) 72→77点
【告示174】
- D004 穿刺液・採取液検査
 - 6 髄液一般検査 62→77点 【告示175、通知334】

(血液学的検査)

- D005 血液形態・機能検査
 - 6 末梢血液像(鏡検法) 25点【告示176、通知338】
注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、
特殊染色ごとにそれぞれ37→52点を所定点数に加算
 - 15 造血器腫瘍細胞抗原検査(一連につき) 1,940→1,882点
【告示176、通知339】

検体検査(2)

- D006 出血・凝固検査
 - 12 フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量 80→95点
 - 25 トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT) 171→166点
 - 31 プロテインC抗原 226→220点
【告示176、177】
- D006-5 染色体検査(全ての費用を含む。)
 - 1 FISH法を用いた場合 2,477点
 - 2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合
4,603→4,465点
 - 3 その他の場合 2,477→2,444点
注1 分染法を行った場合は、分染法加算として、
397→386点を所定点数に加算
【告示177、通知344】

検体検査(3)

- D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,373→2,362点
【告示178、通知344】
- D006-19 がんゲノムプロファイリング検査
 - 1 固形腫瘍を対象とする場合 44,000点 (新設)
 - 2 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合 44,000点 (新設)
→点数は不変、1,2に分類【告示178、通知347, 348, 349】
- D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)
 - 10 HER2遺伝子検査(大腸癌及び肺癌以外の固形癌に係るもの) 2,500点 (新設)【告示179、通知354】

(生化学検査(Ⅱ))

- D008 内分泌学的検査
 - 10 成長ホルモン(GH) 105→104点【告示181】
 - 16 カルシトニン 130→127点【告示181】

検体検査(4)

- 38 副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP) 186→185点
【告示182】

(免疫学的検査)

- D011 免疫血液学的検査
 - 1 ABO血液型、Rh(D)血液型 24→39点
 - 2 Coombs試験(イ 直接 34点、ロ 間接 47点)
 - 3 Rh(その他の因子)血液型 148→163点
 - 4 不規則抗体 159→174点
 - 5 ABO血液型関連糖転移酵素活性 181点→176点
【告示184、通知369】
- D012 感染症免疫学的検査
 - 19 HIV-1, 2抗体定量 127→124点【告示185】

検体検査(5)

- 20 ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)
129→126点
- 25 ヒトメタニューモウイルス抗原定性 142→141点
- 29 抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性 116→151点
- 39 アデノウイルス抗原定性(糞便を除く。) 179→174点
- 51 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 188→220点
- 57 百日咳菌抗体 257→250点
- 62 アスペルギルスIgG抗体 390点(新設)
【告示185, 186、通知372, 373, 376, 377】
- D014 自己抗体検査
 - 15 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、
抗SS-B/La抗体定量 157→153点(抗SS-A 161点、不変)
 - 26 抗TSHレセプター抗体(TRAbs) 214→208点
【告示187、通知380】

検体検査(6)

- 31 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体
(MPO-ANCA) 251→250点
抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体
(PR3-ANCA) 252→250点
- 40 IgG4 377→373点
【告示187、通知381, 382】
- D015 血漿蛋白免疫学的検査
 - 30 免疫固定法(抗悪性腫瘍剤に対する
特異的抗体を用いた場合) 776点(新設)
【告示188、通知384】
- D016 細胞機能検査
 - 7 リンパ球刺激試験(LST) 【告示188, 189、通知386】
 - イ 1薬剤 345点
 - ロ 2薬剤 425点
 - ハ 3薬剤以上 515→700点

検体検査(7)

(微生物学的検査)

- D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
 - 1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの **50→65点**【告示189、通知386】
- D018 細菌培養同定検査
 - 3 血液又は穿刺液 **225→240点**(他は不変)
 - 注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、**122→137点**を所定点数に加算
 - 2 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて真菌培養を行った場合は、真菌培養加算として、**122点**を所定点数に加算(**新設**)【告示189、通知386, 387】

検体検査(8)

- D019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査 **150→165点**
【告示189、通知387】
- D020 抗酸菌分離培養検査
 - 1 抗酸菌分離培養(液体培地法) **300→315点**
 - 2 抗酸菌分離培養(それ以外のもの) **209→224点**
【告示189、通知387, 388】
- D021 抗酸菌同定(種目数にかかわらず一連につき)
361→376点【告示189、通知388】
- D022 抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく) **400→415点**
【告示189、通知388】

検体検査(9)

○D023 微生物核酸同定・定量検査

- 6 マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出、
RSウイルス核酸検出(追加) 291点
- 19 SARS-CoV-2 核酸検出 700→650点
- 21 サイトメガロウイルス核酸検出 801→777点
- 24 ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出
1,273点(新設)

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、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。

【告示189, 190、通知389, 393, 395, 396】

検体検査(10)

- 25 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
 - イ SARS-CoV-2核酸検出を含むもの 1,350点
 - ロ SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの 963点(新設)

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、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。

【告示189, 190、通知389, 393, 395, 396】

○特掲診療料の施設基準等、届出に関する通知

【保医発0305第8号(3月5日)140～151】

生体検査

改定後

改定前

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー		D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー		
1	携帯用装置を使用した場合	720点	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	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		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	イ 安全精度管理下で行うもの	4,760点
ロ	保険医療機関内で又は訪問して実施するもの	3,570点	ロ その他のもの	3,570点
ハ	その他のもの	2,000点		
注1 3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行われる場合に限り算定する。		(新設)		
2 検査に要した交通費は、患家の負担とする。		注 3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行われる場合に限り算定する。		
		(新設)		

【通知420参照】

改正後

D 2 3 9 筋電図検査

- 1 筋電図（1肢につき（針電極にあつては1筋につき）） 384点
- 2 誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき） 200点
- 3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき） 800点
- 4 単線維筋電図（一連につき） 1,500点

【通知424参照】

D 2 4 1 神経・筋検査判断料

- 1 筋電図検査の場合 180点
 - 2 その他の場合 180点
- 注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。ただし、いずれかの神経・筋検査判断料を算定した場合には、同月において他の神経・筋検査判断料は算定しない。

【通知425参照】

D 4 0 9 リンパ節等穿刺又は針生検

240点

【通知445参照】

改正前

D 2 3 9 筋電図検査

- 1 筋電図（1肢につき（針電極にあつては1筋につき）） 320点
- 2 誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき） 200点
- 3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき） 800点
- 4 単線維筋電図（一連につき） 1,500点

D 2 4 1 神経・筋検査判断料

180点

- （新設）
（新設）
注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。

D 4 0 9 リンパ節等穿刺又は針生検

200点

E 画像

造影剤注入手技

E 0 0 3 造影剤注入手技 (215ページ)

- 1 点滴注射 区分番号G 0 0 4 に掲げる点滴注射の所定点数
- 2 動脈注射 区分番号G 0 0 2 に掲げる動脈注射の所定点数
- 3 動脈造影カテーテル法
 - イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3600→4,320点

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影 (216ページ)

- 1 15O 標識ガス剤を用いた場合 (一連の検査につき) 7,000点
- 2 18F D G を用いた場合 (一連の検査につき) 7,500点
- 3 13N 標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき) 9,000点
- 4 18F 標識フルシクロビンを用いた場合 (一連の検査につき) 2,500点
- 5 アミロイドP E T イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき)
 - イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点
 - ロ イ以外の場合 2,600点
- 6 P S M A イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき) 2,780点 (新設)

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (一連の検査につき) (217ページ)

- 1 15O 標識ガス剤を用いた場合 (一連の検査につき) 7,625点
- 2 18F D G を用いた場合 (一連の検査につき) 7625点
- 3 18F 標識フルシクロビンを用いた場合 (一連の検査につき) 3,625点
- 4 アミロイドP E T イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき)
 - イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
 - ロ イ以外の場合 3,725点
- 5 P S M A イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき) 3,905点 (新設)

E 2 0 0 コンピューター断層撮影（C T 撮影）（一連につき）（218ページ）

1 C T 撮影

イ 128列以上のマルチスライス型の機器による 場合（新設）

（1） 共同利用施設において行われる場合 1,120点

（2） その他の場合 1,100点

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

ホ イからニまで以外の場合 560点

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）

（一連につき）（219ページ）

1 3 テスラ以上の機器による場合

イ 共同利用施設において行われる場合 1620→1,720点

ロ その他の場合 1600→1,700点

2 1.5テスラ以上3 テスラ未満の機器による場合 1,330点

3 1 又は 2 以外の場合 900点

Ｊ 処置

J 0 0 1 熱傷処置（257ページ）

1 100平方センチメートル未満 135点

2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点

3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 337点

4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 630点

5 6,000平方センチメートル以上 1875→2,250点

J 0 1 6 リンパ節等穿刺（259ページ）

200→240点

第13部 病理診断

第1節 病理標本作製料 N

N000 病理組織標本作製（369ページ）

- | | |
|------------------------|------|
| 1 組織切片によるもの（1臓器につき） | 860点 |
| 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） | 860点 |

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、1臓器又は1部位ごとにそれぞれ50点を所定点数に加算する。（新設）

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（369ページ）

1 エストロジェンレセプター	720点
2 プロジェステロンレセプター	690点
3 HER2タンパク	690点
4 EGFRタンパク	690点
5 CCR4タンパク	10,000点
6 ALK融合タンパク	2,700点
7 CD30	400点
8 p16タンパク	720点（新設）
9 その他（1臓器につき）	400点

N004 細胞診（1部位につき）（369ページ）

1 婦人科材料等によるもの	150点
2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの	190点

注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、45点を所定点数に加算する。

2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。

3 2について、特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、1部位ごとにそれぞれ50点を所定点数に加算する。（新設）

疑義解釈資料 その2 医一31

問102 「N000」病理標本作製の「注」及び「N004」細胞診の「注3」に規定する特殊染色加算について、「特殊染色」とは具体的に何か。

(答) アザン染色、鉄染色、グロコット染色、チール・ネルゼン染色、グラム染色、パム染色、パス染色、ギムザ染色等が該当する。

第2章第5部 投薬

- ・ 処方箋様式の変更
- ・ 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付
- ・ F100処方料 加算の見直し（院内処方）
- ・ F440処方箋料 加算の見直し等
- ・ OTC類似薬の保険給付について

処方箋様式の変更①

処方箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号 (扶養)	
患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日 明大和年 月 日 男・女	電 話 番 号	
	区 分	被保険者	被扶養者
交付年月日 令和 年 月 日		処方箋の使用期間 令和 年 月 日	効に記述のある処方箋を添え、交付の旨を含め、必ず交付の保険薬局に届出すること。
処 方	変更不可 (医師と必要)	患者希望	「個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。
	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回) (※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)		
備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)		
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応に「レ」又は「×」を記載すること。 (※「レ」又は「×」を記載する場合は、必ず「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)		
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)			
□1回目調剤日 (年 月 日) □2回目調剤日 (年 月 日) □3回目調剤日 (年 月 日)			
次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)			
調剤済年月日 令和 年 月 日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 新 保 険 医 療 所 氏 名		公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A用紙を複数枚とする。3. 原薬の交付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令 (昭和51年厚生省令第36号) 第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、あるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

処方箋様式の変更②

			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)	※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
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。		
	変更前) 保険医療機関へ情報提供			
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供			

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付について

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

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

入院中の患者以外の患者に対して、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」であるものであって、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投薬した場合については、

- ・ 手術後の患者である場合はその旨
- ・ 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
- ・ 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保険給付の対象とする。

現行	改定後
【第5部 投薬】 通則 1～5 (略) (新設)	【第5部 投薬】 通則 1～5 (略) 6 <u>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。</u>

栄養保持を目的とした医薬品 (令和8年3月現在)

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

F100処方料 加算の見直し（院内処方）

地域支援・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の新設

- 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

○ 病院・有床診療所

（新）地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日）

地域支援・医薬品供給対応体制加算1 87点

地域支援・医薬品供給対応体制加算2 82点

地域支援・医薬品供給対応体制加算3 77点

○ 診療所

（新）地域支援・外来医薬品供給対応体制加算（1処方につき）

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1 8点

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2 7点

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3 5点



〔算定要件〕

後発医薬品の品質、安全性、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し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関において算定する。

〔主な施設基準〕

- ・ 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。診療所では、薬剤師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。
- ・ 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占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、加算1にあっては90%以上、加算2にあっては85%以上90%未満、加算3にあっては75%以上85%未満であること。
- ・ 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掲示していること。
- ・ 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。当該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掲示していること。
- ・ 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。
- ・ 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、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。
- ・ 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。
- ・ 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時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情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

191

F440処方箋料 一般名処方加算の見直し等

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行

【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、薬剤の一般名を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7・8（略）

改定後

【処方箋料】

注1～5（略）

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般名を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 8点

ロ 一般名処方加算2 6点

7・8（略）

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。

- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行

【処方箋料】

〔算定要件〕

（9） 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

改定後

【処方箋料】

〔算定要件〕

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

89

OTC 類似薬の薬剤給付の見直し

保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と保険を使わずOTC医薬品で対応する場合の公平性を踏まえ、日常的な医療に用いる、OTC医薬品でも代替可能な医療用医薬品の保険給付の範囲を見直します。



制度のポイント

鼻炎、胃痛、痛み止め、肩こり、風邪症状などの日常的な医療に用いる医療用医薬品の一部について、特別の料金（薬剤料の4分の1）がかかります。



こどもやがん患者・難病患者などには、特別の料金について配慮措置を検討します。

医療用医薬品の自己負担額のイメージ（3割負担の場合）

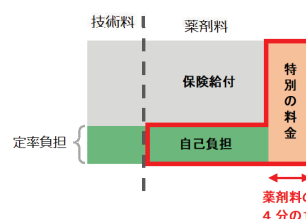
	医療用医薬品（薬剤料のみ）		（参考）OTC医薬品
	見直し前	見直し後 ^(注)	
解熱鎮痛薬（5日分）	45円	72円	約500円
去痰薬（5日分）	45円	72円	約1,500円
便秘薬（30日分）	360円	570円	約2,000円
抗アレルギー薬（30日分）	540円	855円	約1,000円

注 実際の負担額は各医薬品の薬価や特別の料金への消費税などにより異なる場合がある。

※ 医療用医薬品の場合、別途初診料や調剤基本料等の技術料が生じる。

※ 医療用医薬品は、例示した医薬品のうち最もシェアの高いものの額を記載

※ OTC医薬品は、医療用医薬品と代替可能なもののうち確認できた範囲におけるネット上での最安の額を記載



第2章第6部 注射

- ・ 看護師等遠隔診療注射実施料の新設
- ・ 注射実施料

看護師等遠隔診療注射実施料の新設

〈通則の追加〉

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【新設】として、第1節の各区分の所定点数に代えて、1日につき100点を算定する。ただし、第9部処置の通則9に新設された看護師等遠隔診療処置実施料口150点を算定する場合は算定しない。
なお、当該実施料を算定した場合には、C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料100点は別に算定できない。

第1節 注射料 第1款 注射実施料

- ・ G003-2 薬液膀胱内注入(1日につき) 60点 【新設】
- ・ G004 点滴注射(1日につき)
 1. 6歳未満の乳幼児に対する(1日分の注射量が100mL以上) 105点
 2. 1に掲げる者以外の者に対する(1日分の注射量が500mL以上) 102点
 3. その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る) 53点

〈注5の追加〉

 5. 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算【新設】として、当該行為を実施した日に限り、400点を所定点数に加算する。
- ・ G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点
6歳未満の乳幼児加算 500点→600点
- ・ G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点
6歳未満の乳幼児加算 500点→600点

- ・ G005-5 上腕静脈用カテーテル挿入 350点【新設】
- ・ G009 脳脊髄腔注射
脳室300点→360点 後頭下 220点→264点 腰椎 160点
- ・ G011 気管内注入 100点→120点
＊カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は当該点数に含まれるものとする。
- ・ G020 無菌製剤処理料
 1. 無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点
ロ イ以外の場合 45点
 2. 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点
 〈注1の変更、注2の追加〉

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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫カテーテルによる中心静脈注射、脳脊髄腔注射、

又は薬液膀胱内注入を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注2：別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、「無菌製剤処理料1のイ閉鎖式接続器具を使用した場合180点」を実施した場合であつて、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算【新設】として150点を所定点数に加算する。

●脳血管疾患等リハビリテーションの点数改定について

- ・脳血管疾患等(Ⅰ)～(Ⅲ)何れも1単位の点数 変更なし
主として入院でのリハビリテーションが対象の改定

注) の項目の日数の変更と新設の改定

●脳血管疾患リハビリテーション料

注1、注2、注5の変更点

早期リハビリテーション加算・休日リハビリテーション加算・初期加算・急性期リハビリテーション加算

	点数 (1単位につき)	対象患者	算定日数上限
早期リハビリテーション加算	60点 (4日目以降25点)	主に入院患者(脳血管リハ、運動器リハは一部の入院外患者も対象になる)	14日
初期加算【届】	45点(据え置き)		14日
休日リハビリテーション加算	25点 (土曜日、日曜日又は祝日に行った日のみ)		30日
急性期リハビリテーション加算【届】	50点(据え置き)	次のいずれかに該当する入院患者 (ア)相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者 (イ)重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者 (ウ)特別な管理を要する処置等を実施している患者 (エ)リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者	14日 (疑似症患者は初日に限る)

●早期リハビリテーション加算

入院した日から起算して3日目以内を増点し、算定可能な期間が入院した日から起算して14日目までに短縮されます。

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します。入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日が起算日になります。

項目	改定後	現行
早期リハビリテーション加算	14日目まで 1～3日目：1単位60点 4日目以降：1単位25点	30日まで 1単位25点

●休日リハビリテーション加算

起算日から30日目までを限度として、1単位につき25点を所定点数に加算できます。

(新設)休日リハビリテーション加算 25点

通則の改定

・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について

〔算定要件〕

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(別に厚生労働大臣が定める患者については(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。

注 8 の新設

- ・各疾患別リハビリテーションについて、離床を伴わずに行う場合の区分が新設
所定の点数から100分の90に減算

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、所定点数から100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第 4 号にかかわらず、患者 1 人につき 1 日 2 単位まで算定

【注 7 の減算対象患者】

ベッド上から移動せず、ポジショニングまたは拘縮の予防などを主目的とした他動的訓練のみを行う入院患者で、①～③のいずれにも当てはまらない患者

- ① 救急救命、ICU、HCU、SCU、NICU等の特定入院料を算定している患者、もしくは早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者
- ② 15歳未満の小児で、病状によりベッド上からの移動が困難な患者
- ③ ベッド上から移動が困難な患者で、3 単位以上行うことが医学的に必要であると医師が認めた患者（ただし、ベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリが必要な理由、訓練内容を診療録と診療報酬明細書の摘要欄に記載が必要）

H003-2

●リハビリテーション総合計画評価料

- ・リハビリテーションに係る複数の計画書の様式が統一
- ・要介護被保険者等に対するリハビリテーションも実施にかかる目標設定や進捗管理を評価する
目標設定等支援・管理料が廃止になります。

改定後		現行	
【リハビリテーション総合計画評価料】 【算定要件】		【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評価料 1	1	リハビリテーション総合評価料 1 300 点
イ	初回の場合 300 点	(新設)	
ロ	2 回目以降の場合 240 点	(新設)	
2	リハビリテーション総合評価料 2	2	リハビリテーション総合評価料 2 240 点
イ	初回の場合 240 点	(新設)	
ロ	2 回目以降の場合 196 点	(新設)	

H004

●摂食嚥下機能回復体制加算

イ	摂食嚥下機能回復体制加算 1	210点
ロ	摂食嚥下機能回復体制加算 2	190点
ハ	摂食嚥下機能回復体制加算 3	120点

- ・摂食嚥下機能回復体制加算 1 および 2 の施設基準のうち、摂食嚥下チームの言語聴覚士は、現行では専従となっていたが、新制度では専任でも可になります。
- ・療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算 3 の実績は、1 および 2 と同様に、中心静脈栄養または経腸栄養(鼻腔栄養・胃瘻)から経口摂取した患者も実績に算入可能になります。

H004

[施設基準]

第 4 5 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。

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、中心静脈栄養を修了した者

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

手術

改正後

改正前

K 3 0 1	鼓室開放術	10,044点	K 3 0 1	鼓室開放術	8,370点
K 3 3 9	粘膜下鼻甲介骨切除術	5,868点	K 3 3 9	粘膜下鼻甲介骨切除術	4,890点
K 3 6 7	咽後膿瘍切開術	2,280点	K 3 6 7	咽後膿瘍切開術	1,900点
K 3 7 1	上咽頭腫瘍摘出術		K 3 7 1	上咽頭腫瘍摘出術	
1	経口腔によるもの	5,350点	1	経口腔によるもの	5,350点
2	経鼻腔によるもの	6,070点	2	経鼻腔によるもの	6,070点
3	経副鼻腔によるもの	8,790点	3	経副鼻腔によるもの	8,790点
4	外切開によるもの	16,590点	4	外切開によるもの	16,590点
5	鏡視下によるもの	8,050点		(新設)	
K 3 7 1-2	上咽頭ポリープ摘出術		K 3 7 1-2	上咽頭ポリープ摘出術	
1	経口腔によるもの	4,460点	1	経口腔によるもの	4,460点
2	経鼻腔によるもの	5,060点	2	経鼻腔によるもの	5,060点
3	経副鼻腔によるもの	8,270点	3	経副鼻腔によるもの	8,270点
	(削る)		4	外切開によるもの	15,080点
K 3 7 2	中咽頭腫瘍摘出術		K 3 7 2	中咽頭腫瘍摘出術	
1	経口腔によるもの	2,710点	1	経口腔によるもの	2,710点
2	外切開によるもの	16,260点	2	外切開によるもの	16,260点
3	鏡視下によるもの	5,410点		(新設)	
K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術		K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術	
1	経口腔によるもの	7,290点	1	経口腔によるもの	7,290点
2	外切開によるもの	16,300点	2	外切開によるもの	16,300点
3	鏡視下によるもの	9,990点		(新設)	

改正後

改正前

K 3 8 4 - 2	深頭部膿瘍切開術	6,624点	K 3 8 4 - 2	深頭部膿瘍切開術	5,520点
K 3 9 2 - 2	喉頭蓋嚢腫摘出術		K 3 9 2 - 2	喉頭蓋嚢腫摘出術 (新設)	3,190点
	1 間接喉頭鏡又は直達鏡によるもの	3,190点		(新設)	
	2 鏡視下によるもの	5,890点			
K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術		K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術	
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420点		1 間接喉頭鏡によるもの	3,420点
	2 直達鏡によるもの	4,310点		2 直達鏡によるもの	4,310点
	3 鏡視下によるもの	6,120点		(新設)	
K 4 0 1	気管口狭窄拡大術	3,708点	K 4 0 1	気管口狭窄拡大術	3,090点
K 4 3 0	顎関節脱臼非観血的整復術	800点	K 4 3 0	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
K 4 5 0	唾石摘出術（一連につき）		K 4 5 0	唾石摘出術（一連につき）	
	1 表在性のもの	1,080点		1 表在性のもの	720点
	2 深在性のもの	4,330点		2 深在性のもの	4,330点
	3 腺体内に存在するもの	6,550点		3 腺体内に存在するもの	6,550点
	注 2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。			注 2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	

K 9 3 9 - 4 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点

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、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の1、K 7 0 3 - 2、K 7 1 9 - 3、K 7 4 0 - 3、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。

K 9 3 9 - 4 削除
(新設)

K 3 7 4 - 2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。） 38,740点

K 3 7 4 - 2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。） 38,740点

K 3 9 4 - 2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

1 切除 42,200点

2 全摘 67,200点

K 3 9 4 - 2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

1 切除 42,200点

2 全摘 67,200点

K 9 3 9 - 8	超音波切削機器加算	1,000点	K 9 3 9 - 8	超音波切削機器加算	1,000点
注 区分番号K 4 3 9及びK 4 4 2からK 4 4 4 - 2までに掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に算定する。			注 区分番号K 4 4 3、K 4 4 4及びK 4 4 4 - 2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に算定する。		

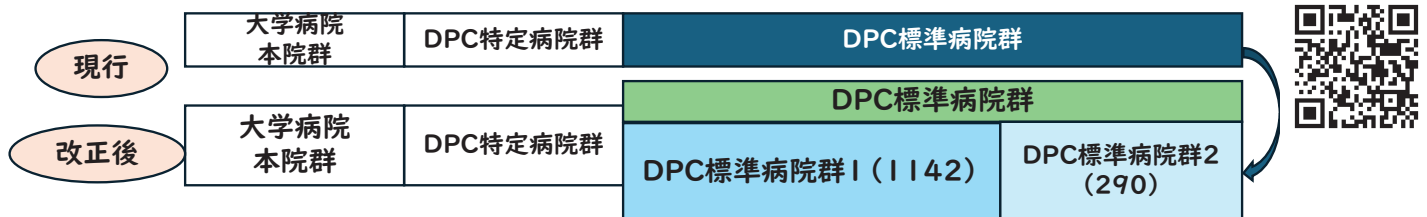
K 4 3 9	下顎骨悪性腫瘍手術		K 4 3 9	下顎骨悪性腫瘍手術	
1	切除	40,360点	1	切除	40,360点
2	切断（おとがい部を含むもの）	79,270点	2	切断（おとがい部を含むもの）	79,270点
3	切断（その他のもの）	64,590点	3	切断（その他のもの）	64,590点
K 4 4 0	上顎骨切除術	15,310点	K 4 4 0	上顎骨切除術	15,310点
K 4 4 1	上顎骨全摘術	42,590点	K 4 4 1	上顎骨全摘術	42,590点
K 4 4 2	上顎骨悪性腫瘍手術		K 4 4 2	上顎骨悪性腫瘍手術	
1	搔爬	10,530点	1	搔爬	10,530点
2	切除	34,420点	2	切除	34,420点
3	全摘	68,480点	3	全摘	68,480点

2026年診療報酬改定 DPC

変更点等のご説明

- 1) DPC標準病院群が二群に分かれた
- 2) DPC対象病院が
短期手術等入院料3が算定可能となった
- 3) DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）
- 4) 退院時調査の見直し
- 5) 5月31日以前に入院している（改正日またぎ）患者の取り扱い方
- 6) その他 機能評価係数Ⅱの見直し
入院期間Ⅱの見直し

DPC標準病院群が二分割（群Ⅰと群Ⅱ）



Ⅰ群の施設基準

- (1) 救急搬送による入院数が年間700人以上であること
- (2) 救急搬送による入院数が年間200人以上かつ
全身麻酔手術件数が年間500件以上であること
- (3) 救急搬送による入院数が年間400人以上かつ
救急搬送による入院数が二次医療圏で最大であること
(人口20万人以下の二次医療圏に限る)
- (4) 救急搬送による入院数が二次医療圏で最大であること
(離島のみで構成される二次医療圏に限る)

基礎係数

Ⅰ群 1.0583 Ⅱ群 1.0283

機能評価係数

Ⅰ群とⅡ群はそれぞれで評価を行う

厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 18~19P

DPC病院で短期手術等基本料3を算定が可能

A400 2

＜白本告知＞ pdf80P
＜通則＞ pdf147P

(5) 診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

イ D237 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	9,388点 (9,284点)
ロ D237 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	8,221点 (8,117点)
ハ D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)	12,290点 (12,186点)
ユ K318 鼓膜形成手術	33,822点 (33,718点)
メ K333 鼻骨骨折整復固定術	16,985点 (16,881点)
ミ K389 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	24,188点 (4,084点)
* ()の点数は生活療養を受けるもの	
** いずれも減点になっている→ 検査、手術の項で説明	



DPC/PDPSの算定とならない患者(耳鼻咽喉科・頭頸部外科関係分) (新規保険収載技術実施患者)

K371	上咽頭腫瘍摘出術	5鏡視下によるもの
K372	中咽頭腫瘍摘出術	3鏡視下によるもの
K373	下咽頭腫瘍摘出術	3鏡視下によるもの
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2鏡視下によるもの
K393	喉頭腫瘍摘出術	3鏡視下によるもの

診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。



厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 14P

退院患者調査の見直し

退院患者調査の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から、調査項目の新設等を行う。

削除する項目

喫煙指数	個別支援の実施状況（精神病棟）
入棟時の褥瘡の有無（※）	外出又は外泊の実施状況（精神病棟）
退棟時の褥瘡の有無（※）	障害福祉サービス等の連携に関する情報（精神病棟）
退院に向けた会議の開催状況（精神病棟）	

※ 任意で入力する場合、引き続きDPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価の対象となる。

対象患者等を見直す項目

SOFAスコア/pSOFAスコア	特定集中治療室を算定する病床から退室する際の入力を不要とする
入院時体重/入院時ADL	短期滞在手術等基本料3の対象手術等の実施目的の予定入院の場合、入力を不要とする
退院時体重/退院時ADL	様式1の対象期間が5日以内の場合、入力を不要とする
P/F比、NYHA	救急医療入院（呼吸不全で重篤な状態、心不全で重篤な状態等）における入力を不要とする

入力を任意とする項目

入院時BNP・NT-proBNP	Hugh-Jones分類
------------------	--------------

新設する項目

入院前の生活の場への復帰の有無	下り搬送の有無/下り搬送時に使用された車両
患者の状態等（障害者施設等入院基本料等を算定する場合に限る）	発症前ADLスコア（疾患別リハビリテーション料を算定する場合に限る）

様式1の作成スケジュールの見直し

入院期間が90日を超える場合、入院期間中1回に限り、退院前であっても様式1の作成を行うこととする（令和8年6月1日以降に入院する患者に限る。）。
--

31



厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 31P

5月31日以前から入院している患者の取扱い

- 令和8年5月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和8年6月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
 - 6月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - 5月までの間で診断群分類の変更があった場合は、5月31日に差額調整を行う。
 - 6月以降に診断群分類の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。
- 包括→出来高の場合
 - 6月分の請求は出来高で行う。
 - 5月までの間で診断群分類の変更があった場合は、5月31日に差額調整を行う。
 - 6月以降に出来高→包括の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。
- 出来高→包括の場合
 - 6月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - 6月以降に診断群分類の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。



厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 31P

機能評価係数Ⅱでの主な変更点

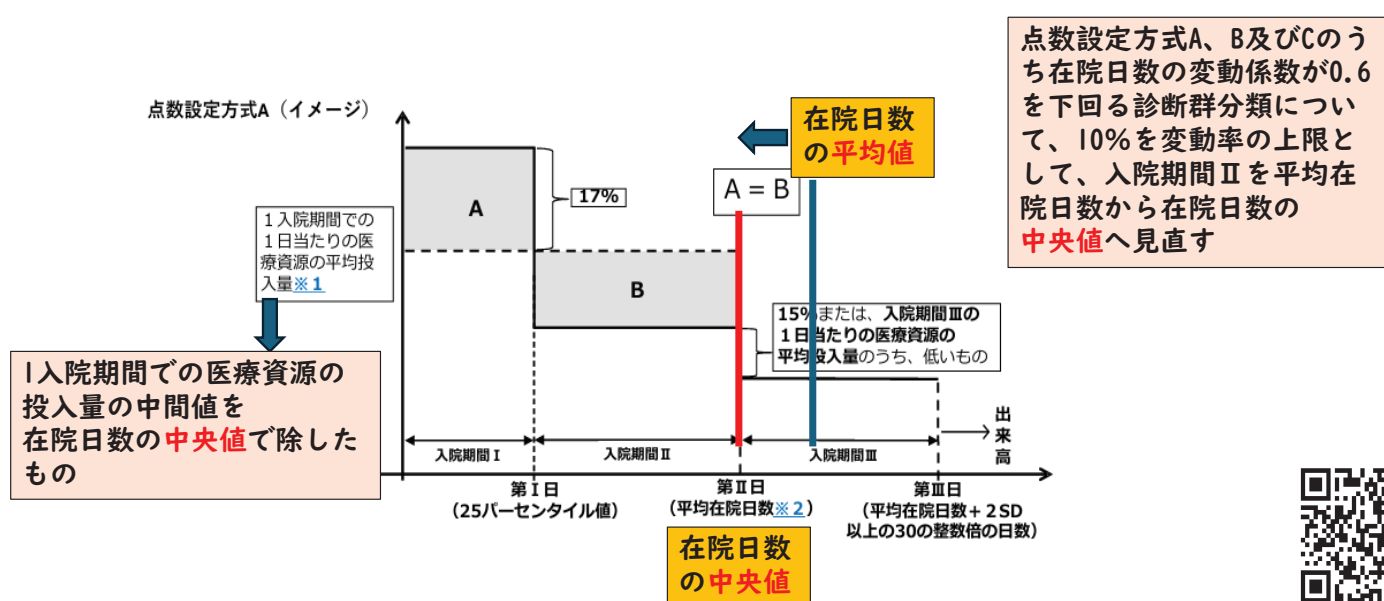
機能評価係数Ⅱでの主な変更点	
○地域医療指数	
大学病院本院群	小児（15歳未満）と それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価
DPC特定病院群	同上
DPC標準病院群	◇小児（15歳未満）及び周産期と2） それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価 ◇ 15歳以上については、更に①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の心血管 疾患に分けてそれぞれ評価



厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 22P

診断群分類点数表の見直し

入院期間Ⅱの見直し



厚労省説明資料(DPC/PDPS) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001669886.pdf> 27P

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

COI開示：本発表に関連して開示すべきCOIはありません。

■ 診療報酬改定に至るプロセス

■ 診療報酬改定の基本方針

- 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

■ 改定率

- 「内閣」で決定・・・財務省、厚生労働省
 - 財政規律（社会保障費の抑制努力）・・・骨太の方針

■ 具体的な改定内容

- 中医協（中央社会保険医療協議会）
 - 医療技術評価分科会
 - 学会からのご要望

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
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

（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

3

大きなテーマ

■ 物価・賃金の上昇、医療機関の経営安定

■ 医療従事者の減少

■ 医療機関機能（cf. 病棟機能）

■ 都市と地方

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度・2024年度病院類型別の経営状況

両年度データのある医療機関のみの場合

- ・ 医業利益率・経常利益率の平均値・中央値いずれについても、2024年度は2023年度より低下している状況。
- ・ また、医業利益の赤字割合は過半数を超えており、医業利益・経常利益ともに2023年度から2024年度にかけて、どの類型においても赤字割合は大きくなっている。

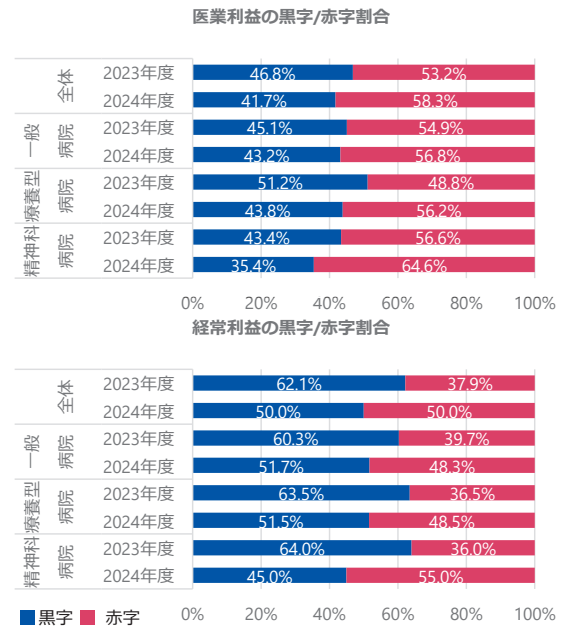
病院類型別の経営状況

		全体		うち一般病院		うち療養型病院		うち精神科病院	
		2023年度	2024年度	2023年度	2024年度	2023年度	2024年度	2023年度	2024年度
施設数		848	848	375	375	260	260	189	189
医業利益率	平均値	△0.2%	△0.9%	△0.7%	△1.0%	1.2%	0.3%	△0.0%	△1.7%
	中央値	△0.4%	△1.1%	△0.7%	△0.8%	0.3%	△1.1%	△0.4%	△2.6%
経常利益率	平均値	2.0%	0.3%	1.4%	△0.0%	3.3%	1.8%	2.5%	0.0%
	中央値	1.7%	△0.0%	1.3%	0.1%	1.9%	0.3%	1.9%	△0.6%

※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

医業利益・経常利益の黒字/赤字の割合は、いずれも病院全体での割合

黒字/赤字割合



5

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度・2024年度の医科診療所の経営状況

両年度データのある医療機関のみの場合

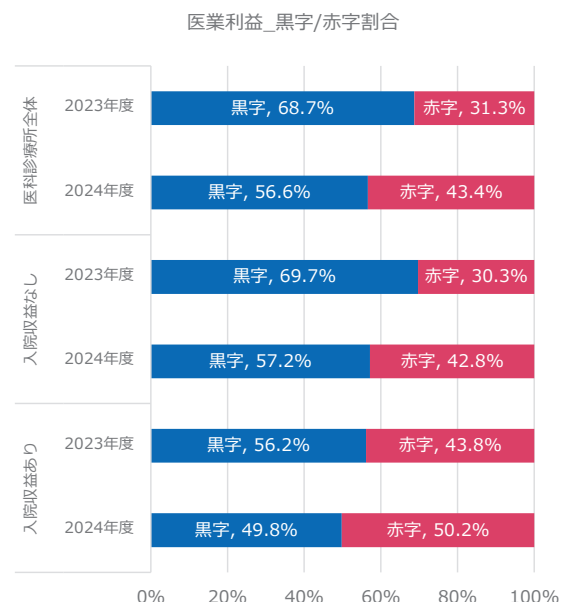
- ・ 医業利益率・経常利益率について、入院収益ありの医科診療所の医業利益率の中央値が2024年度はマイナスとなっている。またいずれの区分においても医業利益率・経常利益率について平均値・中央値ともに2023年度から2024年度にかけて低下している。
- ・ 医業利益が赤字の診療所の割合は、いずれの区分においても2023年度から2024年度にかけて大きくなっている。

医科診療所の経営状況

		医科診療所全体		入院収益なし		入院収益あり	
		2023年度	2024年度	2023年度	2024年度	2023年度	2024年度
施設数		7,146	7,146	6,642	6,642	504	504
医業利益率	平均値	7.3%	4.2%	7.9%	4.5%	3.6%	2.7%
	中央値	4.7%	1.4%	5.1%	1.6%	1.1%	△0.1%
経常利益率	平均値	9.2%	5.6%	9.8%	5.8%	5.9%	4.3%
	中央値	6.6%	2.8%	6.9%	2.9%	3.3%	1.3%

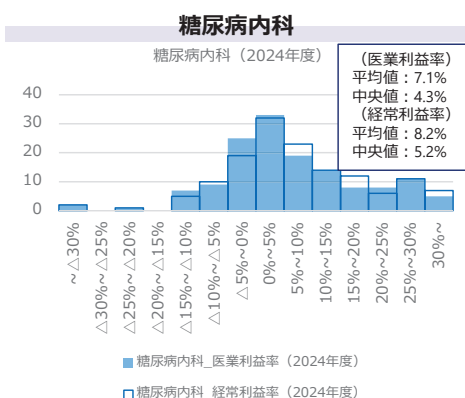
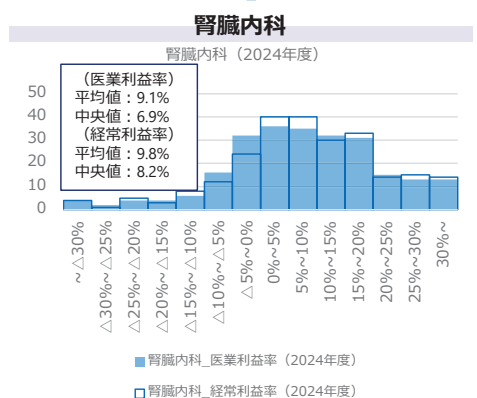
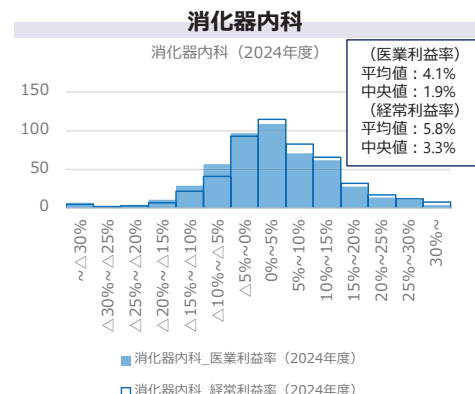
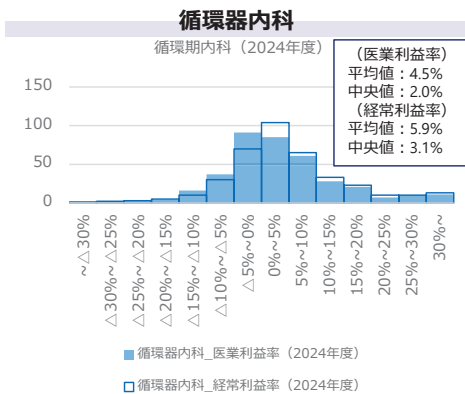
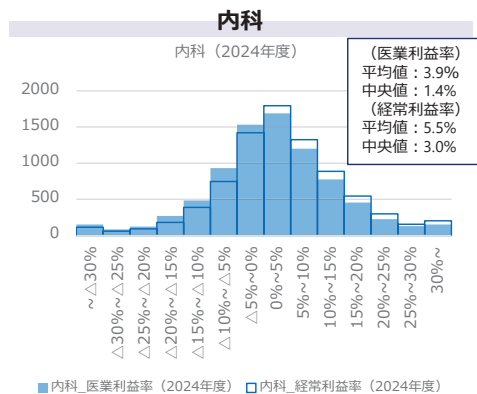
※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

医業利益の黒字/赤字割合



6

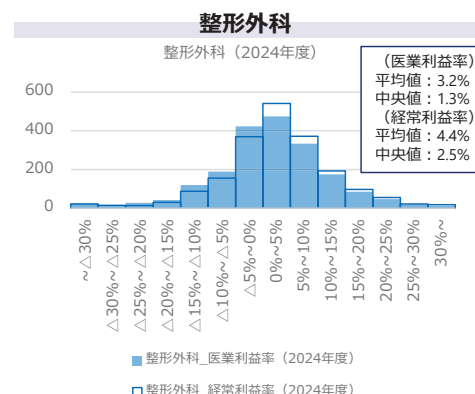
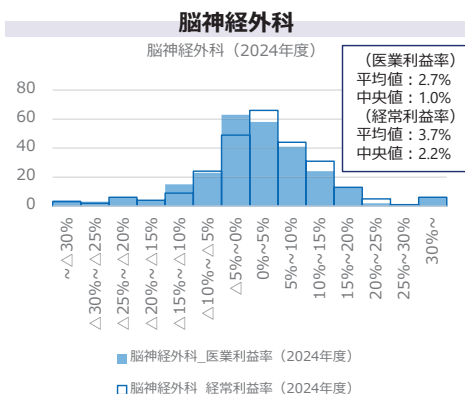
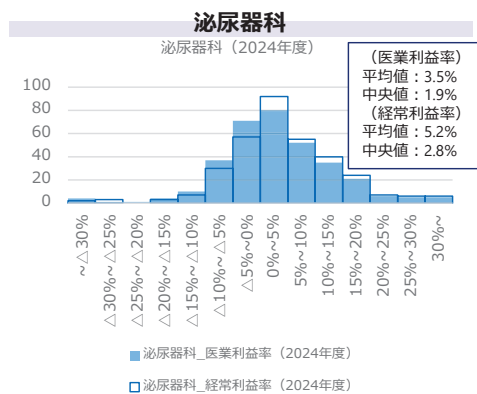
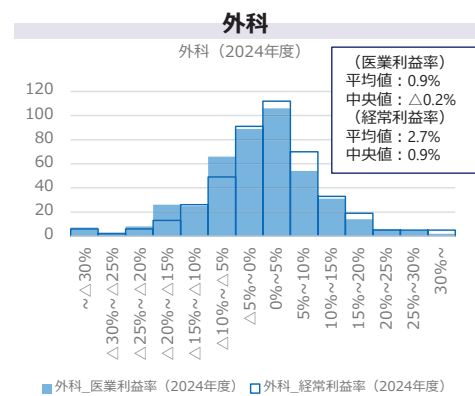
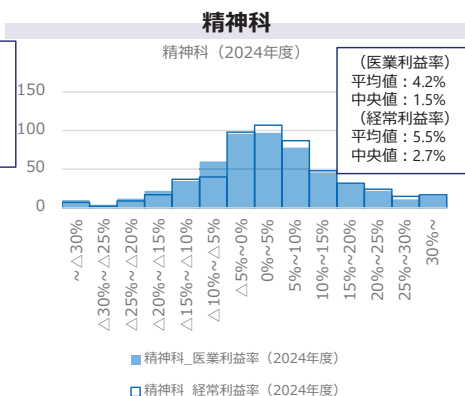
医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2024年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別①



※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

7

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2024年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別②

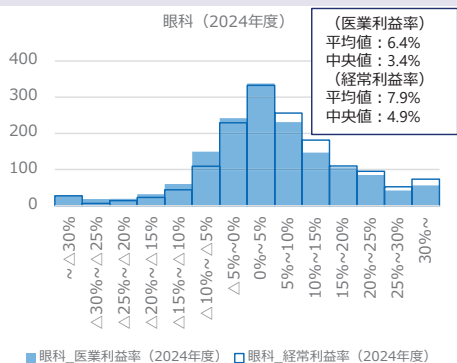


※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

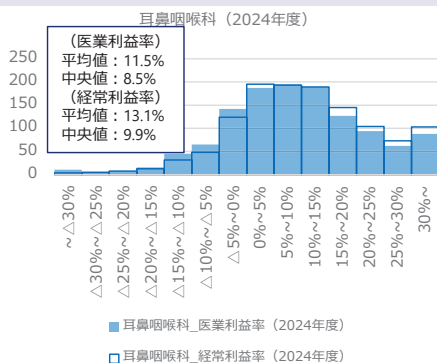
8

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2024年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別③

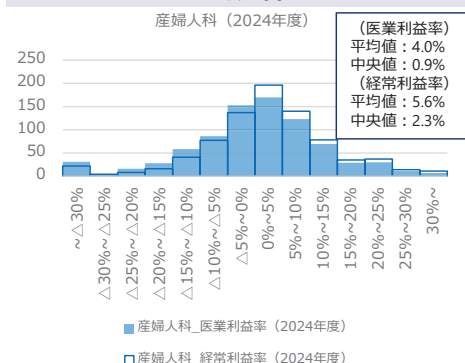
眼科



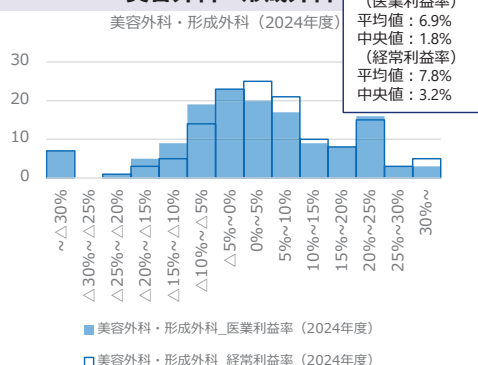
耳鼻咽喉科



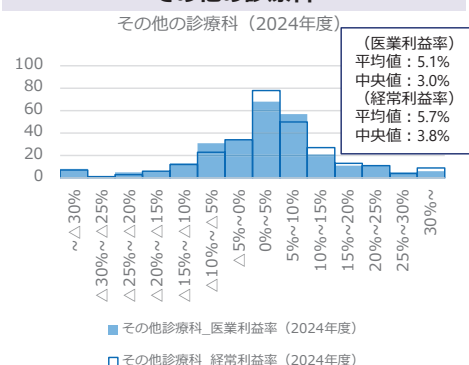
産婦人科



美容外科・形成外科



その他の診療科

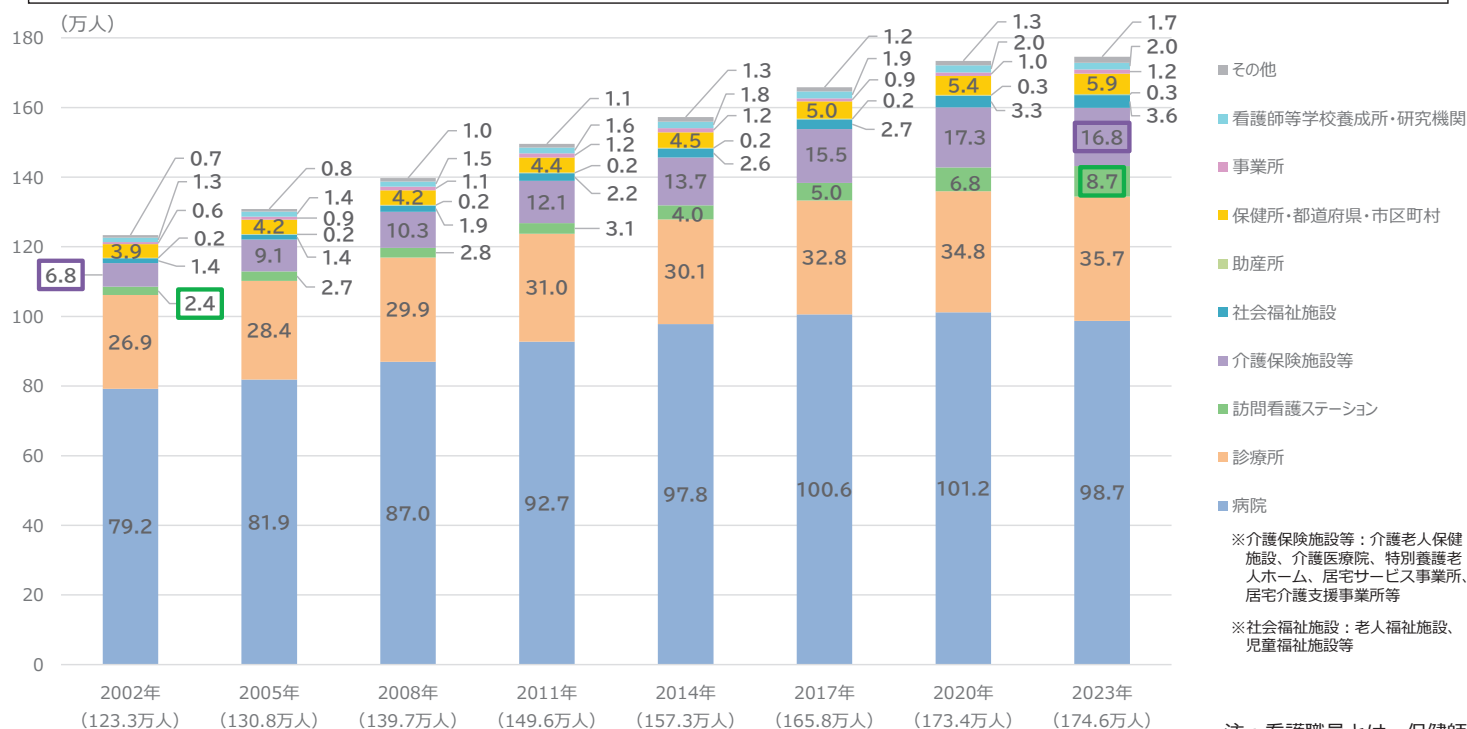


※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

9

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。



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。

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。

10

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

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

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

2. 薬価等

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

3. 診療報酬制度関連事項

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

4. 薬価制度関連事項

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

11

■ 改定率の特徴

■ 3.09% 30年ぶりの高い改定率

■ 物価・賃金の上昇に対応（2.99%分）

■ 令和6年度以降の経営悪化にも対応

■ 再診料、入院基本料等の引き上げ

■ 令和8年度、9年度に段階的に引き上げ

■ 物価対応料、ベースアップ評価料

■ いわゆる「政策改定分」

物件費の高騰等を踏まえた対応③

入院基本料等の見直し

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

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

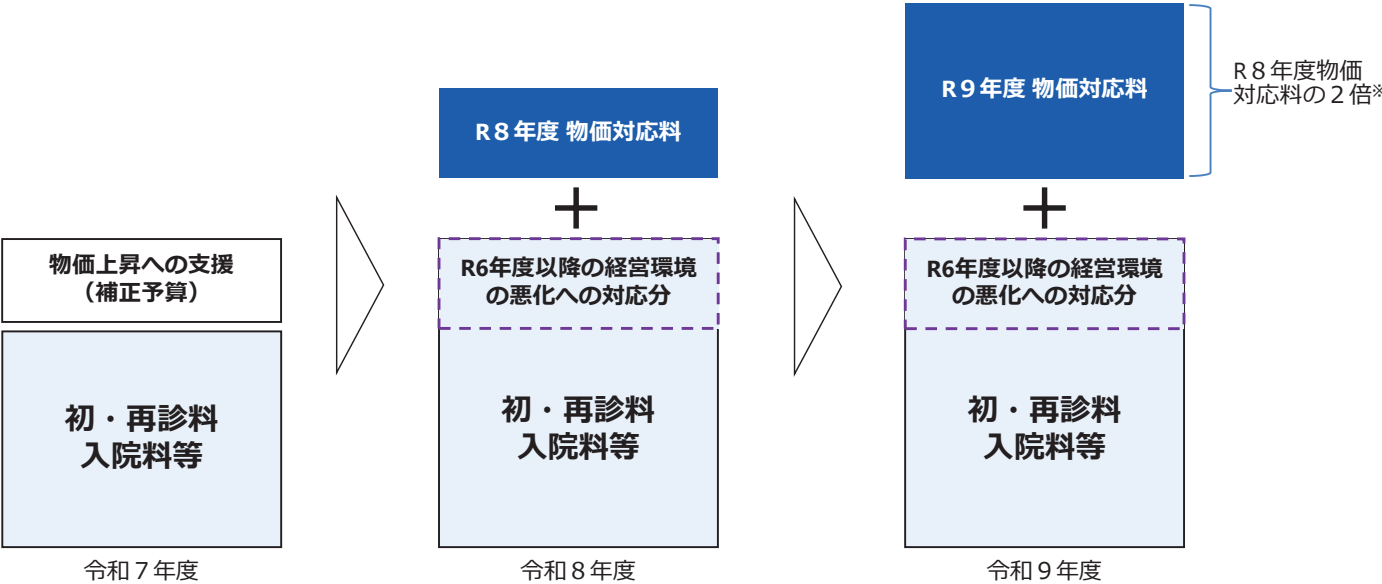
※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

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 14

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		R8年	R9年
1	外来・在宅物価対応料			
イ	初診時		2点	4点
ロ	再診時等		2点	4点
ハ	訪問診療時		3点	6点
2	入院物価対応料（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。

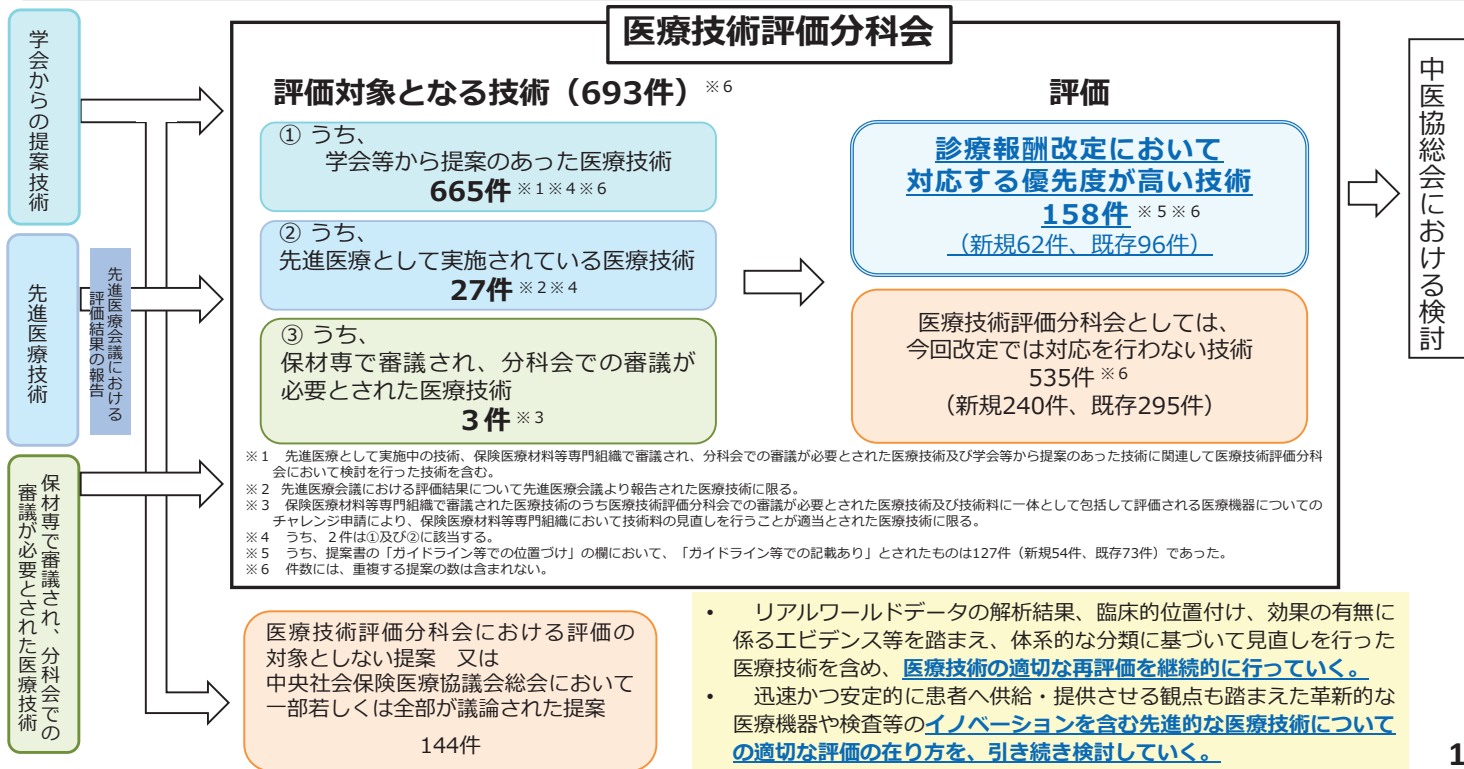
※1 特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※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。

耳鼻科特有の技術

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応①

- 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、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及び保険医療材料等専門組織で審議された技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



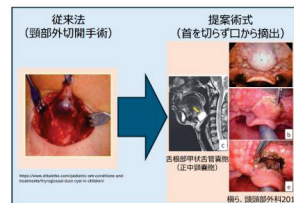
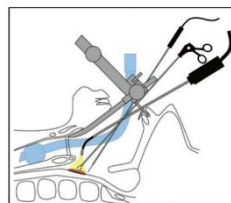
17

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 上咽頭、中咽頭及び下咽頭腫瘍摘出術並びに喉頭蓋嚢腫摘出術及び喉頭腫瘍摘出術について、咽喉頭鏡下に実施する点数を新設する。

上咽頭腫瘍摘出術	(新)	5	鏡視下によるもの	8,050点
中咽頭腫瘍摘出術	(新)	3	鏡視下によるもの	5,410点
下咽頭腫瘍摘出術	(新)	3	鏡視下によるもの	9,990点
喉頭蓋嚢腫摘出術	(新)	2	鏡視下によるもの	5,890点
喉頭腫瘍摘出術	(新)	3	鏡視下によるもの	6,120点

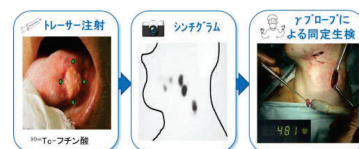


出典：学会提出資料

新規技術の保険導入

- 頭頸部悪性腫瘍手術に対する放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検の評価を新設する。

(新) 頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 3,000点



出典：学会提出資料

【対象手術】

耳介悪性腫瘍手術、外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）、中耳悪性腫瘍手術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術、咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、上咽頭悪性腫瘍手術、喉頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、口腔（く）底悪性腫瘍手術、頬（きよう）粘膜悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術、口唇悪性腫瘍手術、頬悪性腫瘍手術、口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術、下顎骨悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術の切除及び全摘、顎下腺悪性腫瘍手術、耳下腺悪性腫瘍手術

【算定要件】

- 触診及び画像診断の結果、頸部リンパ節への転移が認められない頭頸部悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。
- センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K 9 4 0」薬剤により算定する。
- 放射性同位元素の検出に要する費用は、シンチグラム（画像を伴うもの）の部分（静態）（一連につき）により算定する。
- 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

18

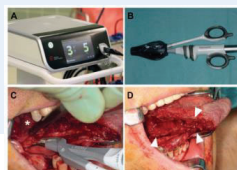
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- 「K931」超音波凝固切開装置等加算の対象術式に、口腔底悪性腫瘍手術、頬粘膜悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術、口唇悪性腫瘍手術、頬悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術を追加する。

現行

- 【超音波凝固切開装置等加算】
[算定要件（通知）]
(1) (略)
(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、(中略)、「K395」、「K461」、(中略)、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。
(3) (略)



出典：学会提出資料

改定後

- 【超音波凝固切開装置等加算】
[算定要件（通知）]
(1) (略)
(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、(中略)、「K395」、「K410」、「K412」、「K415」、「K422」、「K424」、「K425」、「K461」、(中略)、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。
(3) (略)

19

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応③

内視鏡手術用支援機器を用いた手術 に対する医療技術評価分科会の評価の明確化

- 内視鏡手術用支援機器を用いた手術に係る評価については、分野横断的な幅広い観点での評価を行う必要があることから、医療技術評価分科会で評価を行うこととする。
- 開腹・開胸手術の代替となる新規技術として提案される内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、腹腔鏡下・胸腔鏡下手術と同時に提案された場合や、内視鏡手術用支援機器を用いた手術のみが提案された場合についても、医療技術評価分科会における評価の対象とする。

学会等からの提案の募集

- 「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」について、学会等から提案を募集し、医療技術評価分科会において検討することとする。
- 評価の効率化や「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に係る積極的な提案を促す観点から、学会等からの提案書の募集に際しては、各学会等が提出可能な提案書（申請団体として提出するものに限る。）の上限を、原則として、新規収載の提案が5提案まで、既収載の提案を含めて7提案（※）までとした上で、更なる提案書の提出を希望する学会等においては、新規収載の6提案目又は合計で8提案目以降の追加の提案1つ毎に、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」に係る提案を1つ以上提出することとする。

（※）例えば、新規収載5提案、既収載2提案等を想定。なお、提案の方向性が類似しているものについては、診療報酬項目・番号ごとに分割せずにまとめて提案することが望ましい。

20

今後の対応方針

- 厚生労働省において研究班等で引き続き「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索し、国内の診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件を確認し、医療費適正化計画や診療報酬上の評価を検討していく。
- 先行研究の収集だけでなく、令和8年度診療報酬改定の次の改定に向けた対応として、医療技術評価分科会※1において、医療技術の評価の一環として、学会等から提案を広く募集する。

- 厚労科研「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」等において、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索的に先行研究の調査やNDBを活用した実態分析

医療技術評価分科会で学会等から提案を募集

- 国内の関連学会に取り扱いを照会
- 診療報酬上の留意事項通知や疑義解釈との整合を確認

医療技術評価分科会における検討

整合性等があることを確認

整合性等の確認を要する

医療費適正化計画への記載

- 関係学会調整後、中央社会保険医療協議会（中医協）で診療報酬上の取扱いについて個別に議論
- 中医協での審議結果に応じた診療報酬上の対応

21

※1 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会

■ 入院医療のトピックス

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）

- 1 看護・多職種協働加算 1**（急性期一般入院料4を算定する病棟の場合）
2 看護・多職種協働加算 2（急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合）

277点
255点



【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に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

25

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。

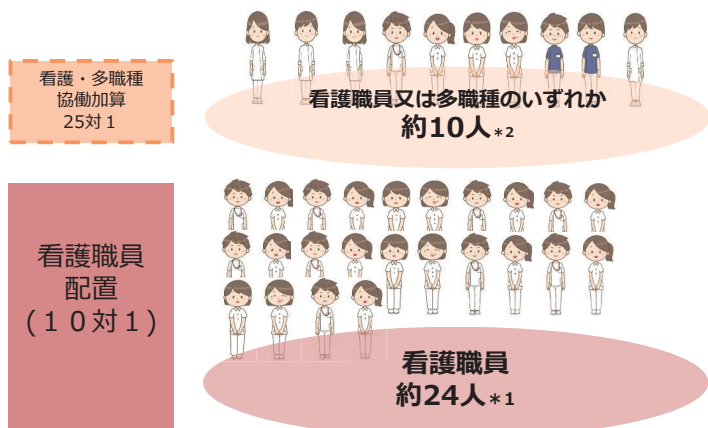
【施設基準】

- 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



(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



*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 \rightarrow 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 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

26

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。

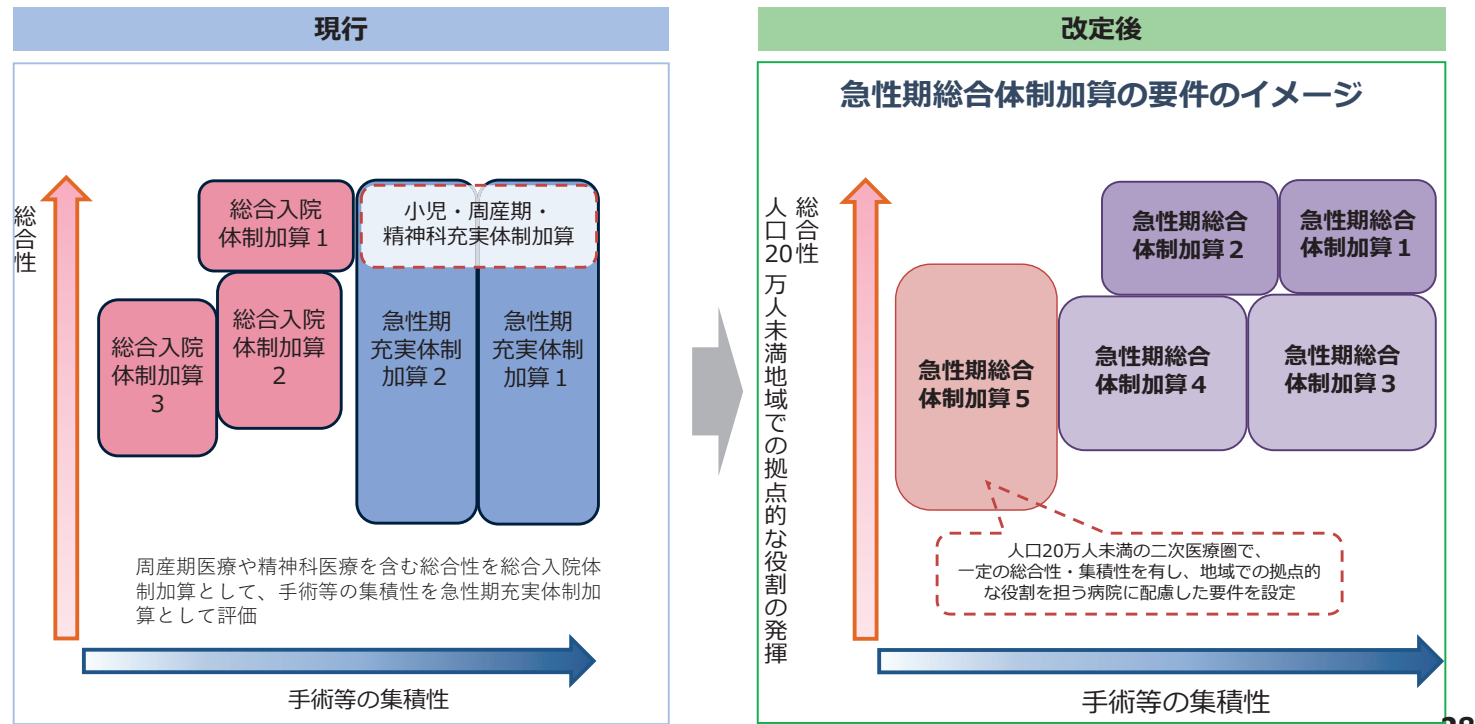
		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1		急性期一般 2		急性期一般 3		急性期一般 4※1		急性期一般 5		急性期一般 6					
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が看護師)													
看護・多職種※1				25対1以上									25対1以上								
該当患者割合 指数の基準※2	必要度Ⅰ	指数①：28% 指数②：35%				28%		24%		20%		指数①：28% 指数②：35%		15%		測定している 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
- 27

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とする。



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	改定後
【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	【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 精神科棟入院料	急性期病院 B 精神科棟入院料
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	○	○	○	○

29

高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

内視鏡手術用支援機器加算の新設

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

(新) 内視鏡手術用支援機器加算

15,000点



[加算の対象となる手術（いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの）]

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

[主な施設基準]

- (1) 以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて年間200例以上実施していること。
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾体尾部切除の場合に限る。）、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）
- (2) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。
- (3) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載していること。

30

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

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

現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、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
 <p>トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの</p>	 <p>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</p>	 <p>カレーライス 全粥とカレーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの</p>	 <p>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</p>	 <p>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</p>

(写真) 老年栄養ドットコム <https://geniatrics.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、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

【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。

31

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**。

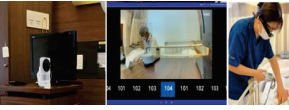


[対象となる入院料を算定する病棟] 急性期一般入院料1~6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1~4
特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

【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者を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、入院料の所定点数を算定する。

【施設基準(概要)】

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

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none">・ 病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器・ 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none">・ 音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器 <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none">・ 業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病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 <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。

32

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

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

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

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			
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			引き続き、元の入院料を算定			

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	
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）		1月から変更後の入院料を算定	
								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こと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し。

- 【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	改定後
<p>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）</p> <p>○1日平均入院患者数〔A〕 <u> </u>人 （算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ</p> <p>○月平均1日当たり看護職員配置数 <u> </u>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）： <u> </u> = 〔（A／配置区分の数）×3〕 ※小数点以下切り上げ</p> <p>○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</p>	<p>○1日平均入院患者数〔A〕 <u> </u>人 （算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※<u>小数第1位を切り上げ（小数第1位までの数、例：12.34→12.4）</u></p> <p>○月平均1日当たり看護職員配置数 <u> </u>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）： <u> </u> = 〔（A／配置区分の数）×3〕 ※<u>小数第1位を切り上げ</u></p> <p>○夜間看護補助者配置数（必要数） = A／配置区分の数 ※<u>小数第1位を切り上げ</u></p>

35

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進①

摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準の見直し

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

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

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

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

36

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

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

現行

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(19) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、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。

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できなくなった患者

改定後

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(20) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。

ア 入院前から又は入院後2週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とする場合

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始した場合

外来医療のトピックス

時間外対応体制加算の充実

時間外対応体制加算の充実

- 休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算について、評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する。

現行	
【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



改定後	
【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	7点
ロ 時間外対応体制加算 2	5点
ハ 時間外対応体制加算 3	4点
ニ 時間外対応体制加算 4	2点

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

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



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

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

現行	
【処方箋料】 【算定要件】	
(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、 他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認め られない。	



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

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

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

◆健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合
(特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。)

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：〇△がん検診後に〇△がんに関する保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	

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

◆健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

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

41

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

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

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

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



改定後

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

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

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

改定後

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

42

短期滞在手術等基本料1の見直し

短期滞在手術等基本料1の見直し

➤ 短期滞在手術等基本料1について、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料1】 イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 （略） □ 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	【短期滞在手術等基本料1】 イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 （略） □ イ以外の場合 （1） 麻酔を伴う手術を行った場合 795点 （2） （1）以外の場合 680点

遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

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

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

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

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

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

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

※1 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

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

45

残薬対策に関する主な改定項目

処方時の対応

● 処方時の残薬確認

- ・ 在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

● 処方箋様式の見直し

- ・ 処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する」ことを可能とする。

The image shows a prescription form with a new section at the bottom. This section is titled '処方指示欄' (Prescription Instruction Section) and contains a checkbox for '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' (Indicate dosage reduction and information provision to the insurance medical institution). The checkbox is currently unchecked.

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
☐ 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

調剤時の対応

● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・ 調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価 (新) 調剤時残薬調整加算を新設

在宅訪問時の対応

● 訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

- ・ 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
- ・ 服薬状況については、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

- ・ かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、(新) かかりつけ薬剤師訪問加算を新設

46

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

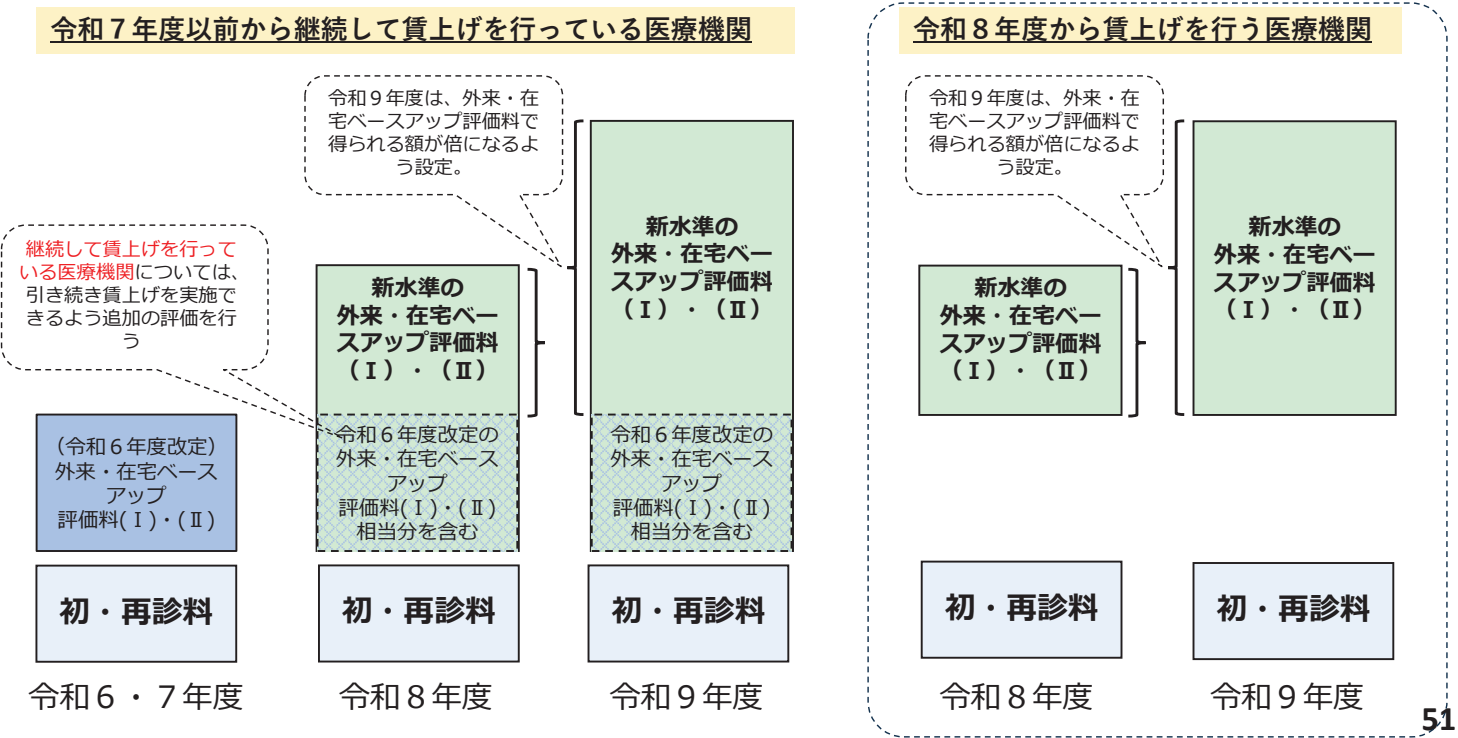
- [施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]
- (1) オンライン請求を行っていること。
 - (2) [診療報酬明細書を患者に無償で交付](#)していること。
 - (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - (4) 医師又は歯科医師が、[オンライン資格確認等システム](#)を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 - (5) [マイナ保険証利用率](#)が、[30%以上](#)であること。
 - (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
 - (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

賃上げ

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。



51

賃上げに向けた評価の見直し①

外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) の見直し

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

現行	改定後
【外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ)】	【外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ)】
1 初診時 6点	1 初診時 17点
2 再診時等 2点	2 再診時等 4点
3 訪問診療時	3 訪問診療時
イ 同一建物居住者等以外の場合 28点	イ 同一建物居住者等以外の場合 79点
ロ イ以外の場合 7点	ロ イ以外の場合 19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。	【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) 主として医療に従事する職員が勤務していること。	【施設基準】(抜粋) 当該保険医療機関に勤務する職員がいること。

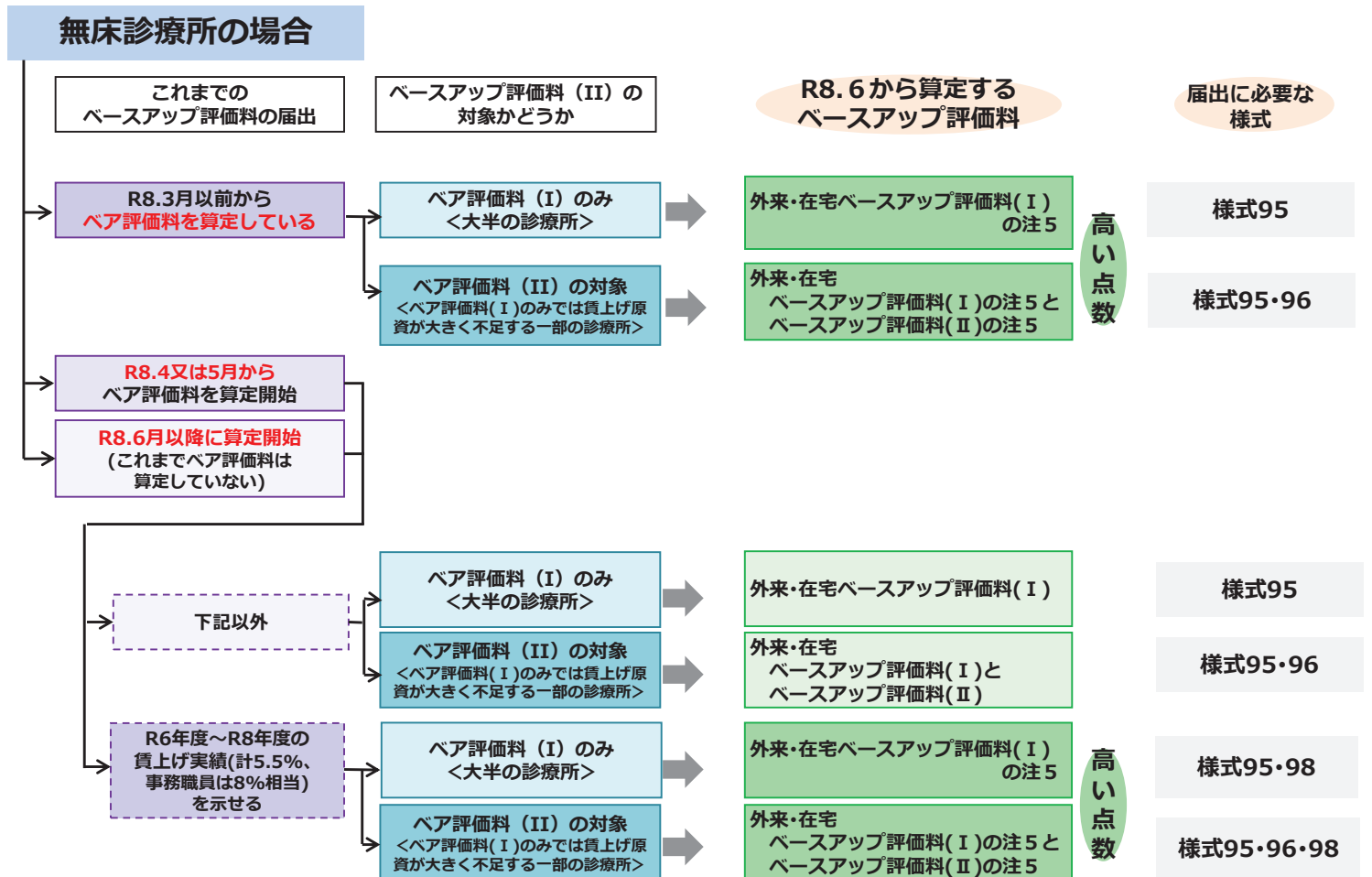
➤ 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

➤ 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。

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

52

ベースアップ評価料の届出に必要な様式 早見表 <令和8年度版>

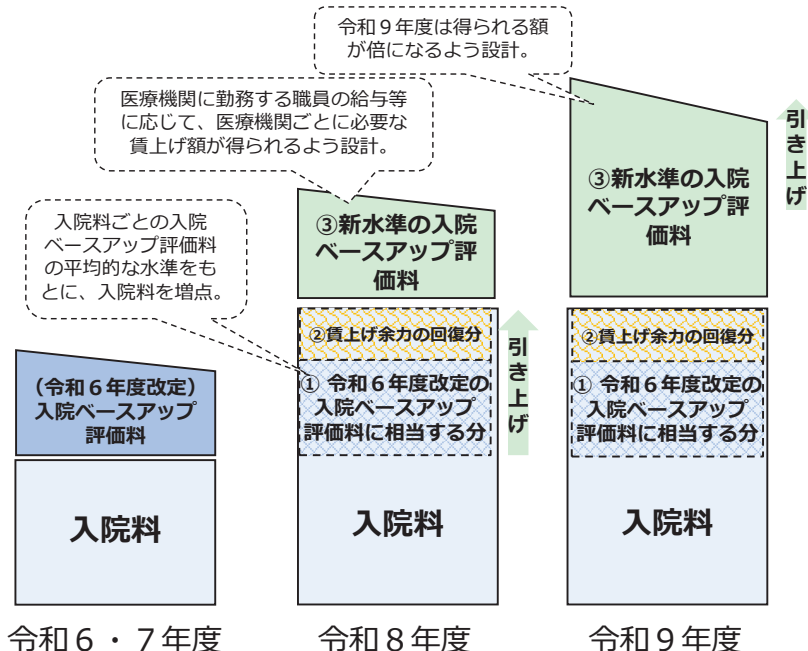


令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

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

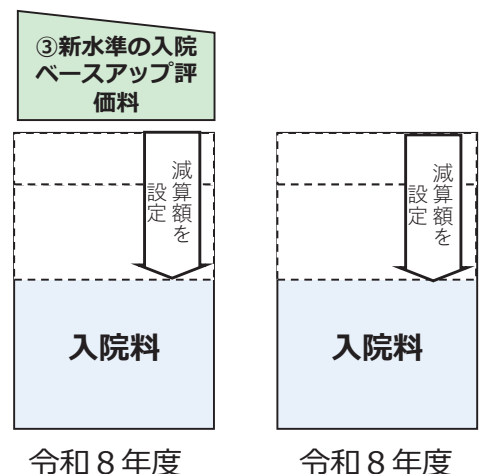
令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和8年度から賃上げを行う医療機関

賃上げを行わない医療機関

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



賃上げに向けた評価の見直し③

入院ベースアップ評価料の見直し

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

現行	改定後
【入院ベースアップ評価料】 1 入院ベースアップ評価料 1 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。	【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 ～ <u>250※ 入院ベースアップ評価料250 250点</u> <u>※令和9年6月以降は、500区分まで拡大する。</u> [算定要件] (抜粋) 注 <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、(中略) 所定点数を算定する。

入院料の見直し及び減算規定の新設

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

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

➤ 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。

55

ベースアップ評価料に関する主な変更点① (内容)

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○賃上げの目標 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	○賃上げの目標 <u>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</u>
○対象となる施設 保険医療機関、訪問看護ステーション	○対象となる施設 保険医療機関、 <u>保険薬局</u> 、訪問看護ステーション
○対象となる職員 主として医療に従事する職員(医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。) 例) 薬剤師・看護師・看護補助者 等	○対象となる職員 <u>当該保険医療機関に勤務する職員</u> (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、 <u>40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員</u> 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)、訪問B U評価料(Ⅱ))の場合) 12か月の対象職員の給与総額(賞与、法定福利費等を含む)の1月あたりの平均値の1.2%	○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 (入院B U評価料の場合) 以下を合計したもの ◆医師・歯科医師以外 <u>「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</u> ◆40歳未満の医師・歯科医師 <u>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</u> (外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪問B U評価料(Ⅱ))の場合) <u>上記を2で割ったもの</u>
○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分	○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分 <u>※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。</u>
○賃金の改善(賃上げ実績)の判断材料 「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分	○賃金の改善(賃上げ実績)の判断材料 ※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。 <u>「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</u>

56

ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

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

月額賃金総額

・基本給又は毎月決まって支払われる手当
+
・毎月、月ごとに変動して支払われる手当
(賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない)

×

	「厚生労働省が定める数」	
	R8.6～R9.5	R9.6～R10.5
下記以外の対象職員	1.29×3.2%	1.29×6.4%
看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	1.29×11.4%
常勤	27,021円/人	54,042円/人
非常勤 (週22時間以上)	9,244円/人	18,487円/人

= ●
= ●
= ●
= ●

40歳未満の医師・歯科医師の人数
(常勤・非常勤別、経営者・役員を除く)

×

1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの
・事業主が負担する法定福利費
・月額給与に伴って変動する賞与

これらを足したものが「賃金改善算定基礎額」

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

ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

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

2026/4/26 令和8年度診療報酬改定 社会保険診療報酬改定伝達会議

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 について

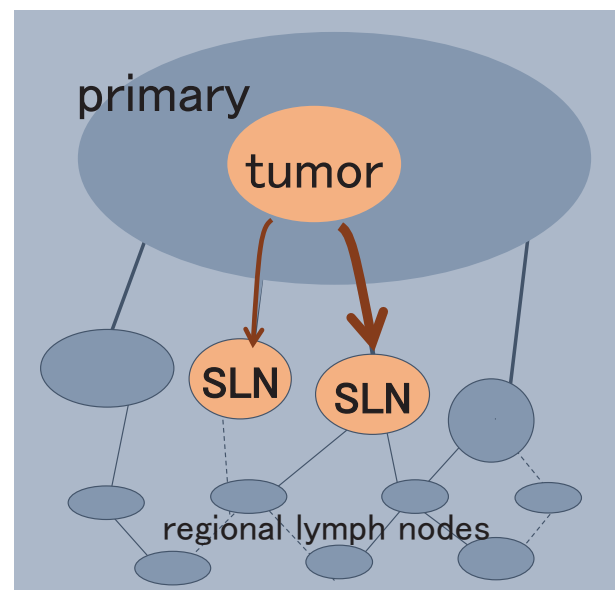
松塚 崇

改訂の経緯

- 頭頸部癌（特に扁平上皮癌）は頸部リンパ節に転移しやすい一方、早期癌では転移がない症例も多く、転移がない症例への予防的頸部郭清術は、知覚鈍麻や嚥下障害、リンパ浮腫などの生活の質（QOL）を著しく下げるリスクがあった。
- 1990年代より、様々な領域でセンチネルリンパ節生検術の有用性が研究され、放射性同位元素（RI）や青色色素を用いた同定方法が開発され、乳腺外科や皮膚科領域では2010年（平成22年）に改訂された。
- 欧米では早期舌癌などにおいて「センチネルリンパ節生検」が臨床的にリンパ節転移のない症例（cN0）に対する標準的なアプローチの一つとして推奨されるようになった。

センチネルリンパ節 (SLN) とは

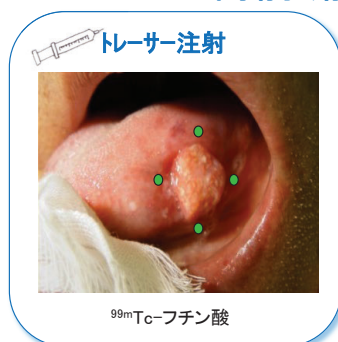
- 原発腫瘍からのリンパ流が最初に到達するリンパ節
- SLNが転移陰性であれば、それより下流のリンパ節にも転移が存在しない可能性が高い



頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 特徴

- 腫瘍周囲の上皮下に放射性同位元素で標識したトレーサーを局所注射
- センチネルリンパ節をシンチグラムおよび放射線検出装置(ガンマプローブ)で同定し摘出
- 病理診断でセンチネルリンパ節に転移なければ予防的頸部郭清術の省略が可能
- 本技術は欧米のガイドラインに記載されており、世界的に広く行われている。

術前(前日など)



手術



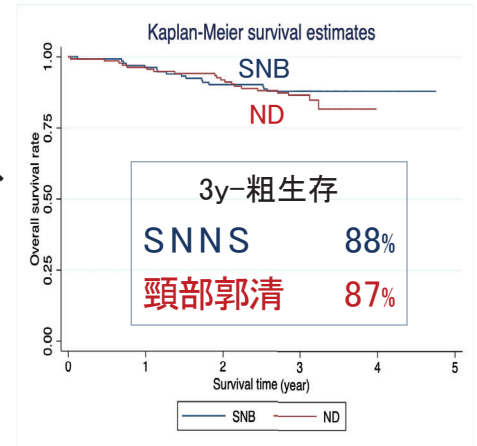
【 臨床第3相試験 】

N0口腔癌における選択的頸部郭清術とSNNS*の 無作為化比較試験

深達度4mm以上のT1N0とT2N0 275例

無作為化比較

- 頸部郭清術群
- SNNS*群 (*センチネルリンパ節に転移があれば郭清、なければ郭清省略)
- 両群間に粗生存率差なし
- 術後上肢挙上機能: SNNS群が低侵襲



[Hasegawa Y, J Clin Oncol. 2021]

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 トレーサー; ^{99m}Tc -フチン酸の適応承認

2020年11月 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会ほか から

厚生労働省へ適応拡大の要望を提出

2022年5月 PDRファーマから医薬品医療機器総合機構(PDMA)へ
公知申請受理

2023年3月 「テクネ®フチン酸キット」 効能又は効果の一部変更承認:
子宮頸癌・子宮体癌・外陰癌・頭頸部癌(甲状腺癌を除く)にお
けるセンチネルリンパ節の同定及びリンパシンチグラフィ

2026年現在、頭頸部癌に対する適応は「テクネ®フチン酸キット」のみ

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

対象

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること

- (1) 触診及び画像診断の結果、頸部リンパ節への転移が認められない頭頸部悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。

cN0 が対象

- (2) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「K940」薬剤により算定する。

(核医学室で注入) テクネ®フチン酸キット(PDRファーマ) 薬価: 2,592円
テクネシンチ注-10M 薬価: 約10,866円

- (3) 放射性同位元素の検出に要する費用は、「E100」シンチグラム(画像を伴うもの)の「1」部分(静態)(一連につき)により算定する。

DPCでは包括評価

- (4) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

対象

K293、K294、K314、K343、K374、K374-2、K376、K394、K394-2、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463の1及び3並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。また、当該手術(K463の1及び3並びにK463-2を除く)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放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合は、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。

耳(外耳・中耳)に関する手術

K293: 耳介悪性腫瘍手術

K294: 外耳道悪性腫瘍手術

K314: 中耳悪性腫瘍手術

鼻・副鼻腔に関する手術

K343: 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術

口腔・咽頭・喉頭に関する手術

K374: 咽頭悪性腫瘍手術

(※ 軟口蓋悪性腫瘍手術を含む)

K374-2: 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(※)

K376: 上咽頭悪性腫瘍手術

K394: 喉頭悪性腫瘍手術(喉頭摘出術など)

K394-2: 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

K410: 口腔底悪性腫瘍手術

K412: 頬粘膜悪性腫瘍手術

K415: 舌悪性腫瘍手術

K422: 口唇悪性腫瘍手術

腺・その他の頸部手術

K424: 頬悪性腫瘍手術

K425: 口腔顎顔面悪性腫瘍手術

K439: 下顎骨悪性腫瘍手術

K442: 上顎骨悪性腫瘍手術

K455: 顎下腺悪性腫瘍手術

K458: 耳下腺悪性腫瘍手術(深部腫瘍摘出術など)

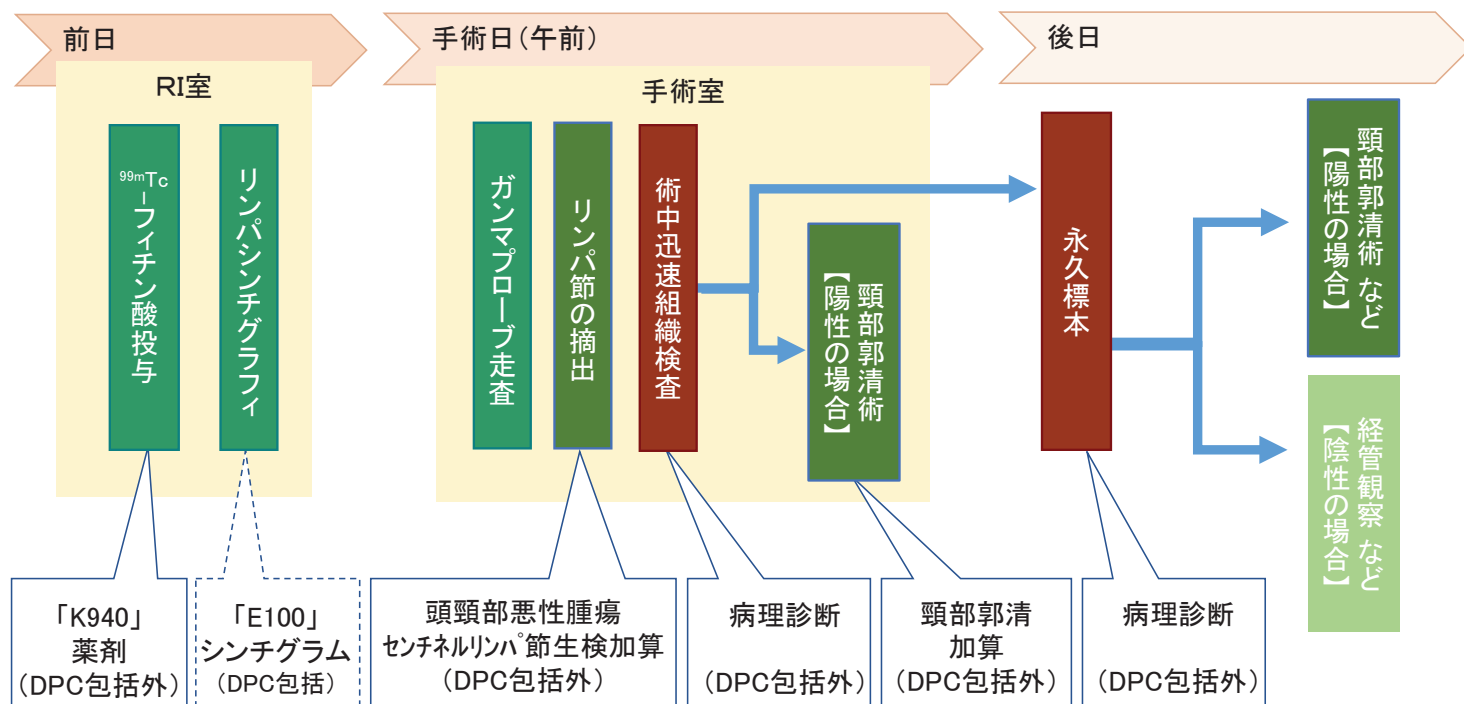
特掲診療料の施設基準等 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001665195.pdf>

- イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
- ロ 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及び看護師が配置されていること。

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として3例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科を標榜しているとともに、放射線科を標榜している保険医療機関であり、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

センチネルリンパ節生検の手順例（術中迅速組織検査を行う場合）



令和8年度診療報酬改定伝達会議

1. 鏡視下咽頭・喉頭腫瘍手術の新規保険収載
2. 内視鏡手術用支援機器加算

保健医療委員会委員
楯谷 一郎

2026年4月26日 日耳鼻伝達会議

令和8年度診療報酬改定伝達会議

1. 鏡視下咽頭・喉頭腫瘍手術の新規保険収載
2. 内視鏡手術用支援機器加算

鏡視下咽頭・喉頭腫瘍手術

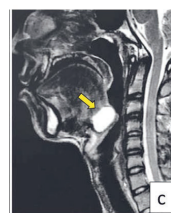
- 鏡視下手術の発展により、従来では外切開手術を余儀なくされていた病変が、経口的に低侵襲で摘出できるようになってきた

従来法
(頸部外切開手術)

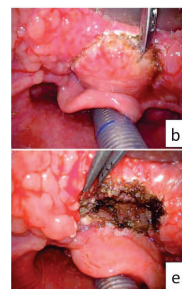


<https://www.draktha.com/pediatric-ent-conditions-and-treatments/thyroglossal-duct-cyst-in-children/>

鏡視下手術
(首を切らず口から摘出)



舌根部甲状舌管嚢胞
(正中頸嚢胞)



槇ら、頭頸部外科2018

咽頭・喉頭領域の鏡視下手術の保険収載

令和2年度

咽頭**悪性**腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) (鏡視下によるもの)

K374-2

喉頭**悪性**腫瘍手術 (鏡視下によるもの)

K394-2

令和8年度

上咽頭腫瘍摘出術 (鏡視下によるもの)

K371-5

中咽頭腫瘍摘出術 (鏡視下によるもの)

K372-3

下咽頭腫瘍摘出術 (鏡視下によるもの)

K373-3

喉頭腫瘍摘出術 (鏡視下によるもの)

K393-3

喉頭蓋嚢腫摘出術 (鏡視下によるもの)

K392-2

新規術式（咽頭領域）

K371 上咽頭腫瘍摘出術

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 経口腔によるもの | 5350点 |
| 2 経鼻腔によるもの | 6070点 |
| 3 経副鼻腔によるもの | 8790点 |
| 4 外切開によるもの | 16590点 |
| 5 鏡視下によるもの | 8050点 |

K 373 下咽頭腫瘍摘出術

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 経口腔によるもの | 7290点 |
| 2 外切開によるもの | 16300点 |
| 3 鏡視下によるもの | 9990点 |

K 372 中咽頭腫瘍摘出術

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 経口腔によるもの | 2710点 |
| 2 外切開によるもの | 16260点 |
| 3 鏡視下によるもの | 5410点 |

新規術式（喉頭領域）

K 393 喉頭腫瘍摘出術

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 間接喉頭鏡によるもの | 3420点 |
| 2 直達鏡によるもの | 4310点 |
| 3 鏡視下によるもの | 6120点 |

K 392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 間接喉頭鏡又は直達鏡によるもの | 3190点 |
| 2 鏡視下によるもの | 5890点 |

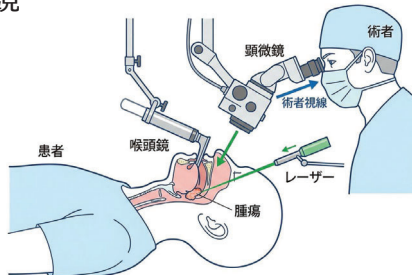
削除術式（喉頭領域）

—~~K392 喉頭蓋切除術 3660点~~—

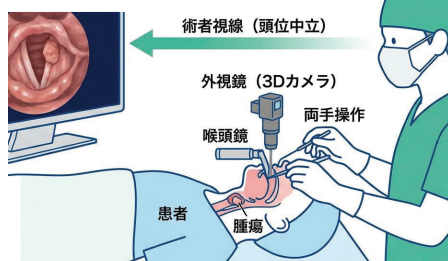
病変を何で見るか

レンズが口の外

顕微鏡

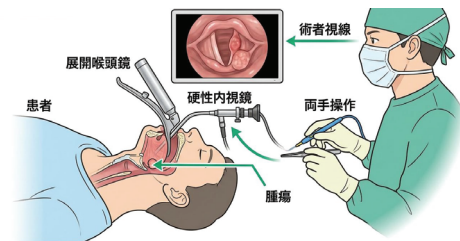


外視鏡

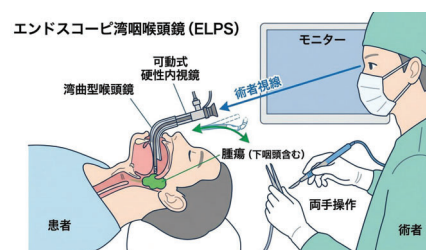


レンズが口の中

硬性内視鏡 (ビデオオラリング)



軟性内視鏡



鏡視下手術の定義

術式（従来）	鏡視下手術としての算定			
	顕微鏡	ビデオオラリング	外視鏡	内視鏡 (軟性/硬性)
K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術	○	○	○	○
K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	○	○	○	○
K371 上咽頭腫瘍摘出術（経口、経鼻、経副鼻腔、外切開）	○	○	○	○
K372 中咽頭腫瘍摘出術（経口腔、外切開）	○	○	○	○
K373 下咽頭腫瘍摘出術（経口腔、外切開）	○	○	○	○
K393 喉頭腫瘍摘出術（間接、直達）＊	○	○	○	○
K392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術（間接or直達）	○	○	○	○

＊ 両側にある場合は × 2 で算定（従来と同様）

施設基準（概要）

- 1.耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。
- 2.耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を **5 年以上**有する常勤の医師が **1 名**以上配置されていること。
- 3.**当該術式**、鏡視下咽喉頭**悪性腫瘍**手術を術者として **3 例以上**実施した経験を有している医師が **1 名**以上配置されていること。
- 4.緊急手術の体制が整備されていること。

（保医発0305第8号 令和8年3月5日）より一部改変

厚生局への届け出

- いずれか 1 つについて届出を行えば、他の術式も算定できる
 - 上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
 - 中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
 - 下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
 - 喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
 - 喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）

（保医発0305第8号 令和8年3月5日）より一部改変

令和8年度診療報酬改定伝達会議

1. 鏡視下咽頭・喉頭腫瘍手術の新規保険収載

2. 内視鏡手術用支援機器加算

高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

内視鏡手術用支援機器加算の新設

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

(新) 内視鏡手術用支援機器加算

15,000点



[加算の対象となる手術（いずれも内視鏡手術用支援機器を用いるもの）]

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

[主な施設基準]

- (1) 以下の内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて**年間200例以上実施**していること。
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術に限る。）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾体尾部切除の場合に限る。）、腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）
- (2) 内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、**関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。**
- (3) **内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載していること。** 106

内視鏡手術用支援機器加算

施設基準

- (1) 該当する内視鏡手術用支援機器を用いた手術を合わせて年間 200 以上以上実施していること
- (・) ・
- (・) ・
- (・) ・
- (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。

(保医発0305第8号 令和8年3月5日) より一部改変

TORSレジストリへの症例登録は保険算定上、必須です

1. 施設認定 (厚生局届け出)

- ・施設基準において「関連学会と連携」が明記

日本頭頸部外科学会のデータベースである「咽喉頭癌に対するロボット支援手術症例レジストリ」に症例登録することを指す

(厚生労働省保険局医療課 令和4年7月26日事務連絡)

2. 内視鏡手術用支援機器加算

- ・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。

まとめ

1. 鏡視下咽頭・喉頭腫瘍手術

- 上咽頭、中咽頭、下咽頭、喉頭の腫瘍摘出術が対象
- 顕微鏡、外視鏡、（硬性・軟性）内視鏡下に手術を行った場合に算定
- 当該術式、鏡視下咽喉頭悪性腫瘍手術を 3 例以上の経験が必要

2. 内視鏡手術用支援機器加算

- 対象症例を200件以上実施している施設が対象
- レジストリへの症例登録が必須