

入院外の医療

初・再診料

初診料は据え置きとされた。再診料と外来診療料はそれぞれ 1 点ずつ引き上げられた。

時間外対応加算の名称が時間外対応体制加算に変更され、加算 1 が 2 点、加算 2～4 が 1 点ずつ引き上げられた。

廃止等が議論されていた外来管理加算は据え置きとされた。

電子的診療情報連携体制整備加算、ベースアップ評価料、物価対応料については 1 面参照。

医学管理料

特定疾患療養管理料の対象疾患とされている胃潰瘍及び十二指腸潰瘍について、ロキソニンなど消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌とされている非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合は対象外とされた。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）について、療養計画書の患者署名が不要とされた。また、糖尿病が主病で在宅自己注射を実施している患者について、自己注射の薬剤が糖尿病に対する薬剤以外であれば在宅自己注射指導管理料との併算定が可能とされた。

生活習慣病管理料（Ⅱ）について、悪性腫瘍特異物質治療管理料、傷病手当金意見書交付料等 21 項目が包括範囲から除外され併算定可能とされた。

小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料について、再診時の各点数が 1 点ずつ引き上げられた。

在宅医療

在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料の各点数が 2 点ずつ引き上げられた。

強化型在宅療養支援診療所（連携型）の施設基準について、自院において時間外の往診が可能な体制等を確保している場合と、それ以外の場合（往診体制未確保）に区分された。往診体制未確保の医療機関は在宅時医学総合管理料等の各点数について、強化型以外の支援診の点数を算定することとされた。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が在宅医療充実体制加算に名称変更され、各点数が 2 倍に引き上げられた。施設基準も一部変更となる。

検査

COVID-19 とインフルエンザ、RS ウイルスの抗原同時検出定性検査について、現在の通知では COVID-19 が疑われる患者であることが要件だが、改定後は COVID-19 に加え各感染症も疑われる場合に限り算定できることとされた。

終夜睡眠ポリグラフィーについて「3 1 及び 2 以外の場合」の、「ロ

医科 2026 年度診療報酬改定の主な内容

その他の場合」(3,570 点)が「ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの」(3,570 点)と「ハ その他のもの」(2,000 点)に区分された。患者に装置を貸与し、患者自身が装置を操作する場合は 2,000 点に引き下げとなる。

投薬

処方料、処方箋料は据え置かれた。一般名処方加算 1、2 は 2 点ずつ引き下げられ 8 点、6 点とされた。

リハビリテーション

目標設定等支援・管理料が廃止された。廃止に伴い、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器各リハビリについて、要介護被保険者等で算定日数上限の 3 分の 1 を経過後、目標設定等支援・管理料の算定がない患者に対する減算規定も廃止された。

リハビリテーション総合計画評価料が「初回の場合」と「2 回目以降の場合」に区分された。初回の点数は据え置きだが「2 回目以降の場合」は評価料 1 が 240 点、評価料 2 が 196 点へと引き下げられた。

精神科専門療法

通院精神療法・在宅精神療法ともに、初診日に精神保健指定医が行う「30 分以上 60 分未満」の区分が新設された。点数は通院・在宅ともに 550 点とされた。60 分以上の場合については通院が 50 点、在宅が 10 点引き上げられてともに 650 点とされた。

処置

爪甲除去（麻酔を要しないもの）(70→80点)、関節穿刺(片側)(140→144点)などの点数が引き上げられた。

人工腎臓の点数はいずれも 20 点ずつ引き下げられたが、腎代替療法に関する情報提供等を実施した場合の評価として腎代替療法診療体制充実加算(20 点)が新設された（要届出）。

麻酔

迷う麻酔、静脈麻酔の短時間のもの等が統廃合され、「吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静」が新設された。「10 分未満」は 120 点、「10 分以上 20 分未満」は 310 点を算定する。

入院医療

賃上げ、物価対応への対応

これまでの物件費（人件費、医療材料費、食材料費、光熱水費、委託費等）の高騰への対応として、入院基本料、特定入院料がそれぞれ引き上げられた。

一方、2025 年度以前から継続的な賃上げを行っていない医療機関は、入院料の減算規定が導入される。① 2026 年 3 月末時点で入院ベア評価料の届出を行っている、② 2024 年 3 月と比較して継続的に賃上げを行っている、③ 2026 年 6 月以降に新規開設した、のいずれかに該当し届け出た医療機関以外は、減算となる。

入院時食事療養費・入院時生活療養費の食費は 1 食当たり 40 円の引き上げ、入院時生活療養費の居住費は 1 日当たり 60 円の引き上げとなる。食事に係る標準負担額も 1 食当たり 40 円（低所得者は 20 円又は 30 円）の引き上げ、生活療養の居住費の標準負担額も 1 日当たり 60 円引き上げとなる。

身体的拘束最小化の実績基準新設

前回改定で導入された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の「体制に係る基準」とした上で、新たに身体的拘束最小化の「実績等に係る基準」が設けられた。「体制」を満たしていない場合は 40 点減算、「体制」は満たすが「実績等」のみ満たさない場合は 20 点減算となる。

看護配置基準の柔軟化

見守りや記録等で ICT 機器等を組織的に活用し、看護職員等の負担軽減・業務効率化を行う体制があるとして届出を行った場合は、1 日当たり勤務する看護要員の数等について、各入院料で定められている基準の 9 割以上が勤務している場合（1 割以内の減少である場合）は、基準を満たすものとして所定点数を算定できるとされた。

突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1 日当たり勤務する看護要員の数等について、1 割以内の一次的な変動があった場合は、1 年に 1 回に限り、3 カ月を超えない期間に限り施設基準の変更の届出を行わなくてもよいとされた（定められた取り組みを行っている場合に限る）。

重症度、医療・看護必要度

急性期一般入院料等では、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準が見直され、従前の「該当患者割合」に救急搬送受け入れ件数などを基に算出する「救急患者応需係数」を加えた「割合指数」により、施設基準の適合性を判断することとされた。これに伴い、各入院料の該当患者割合の基準も変更となる。

急性期・高度急性期の医療

DPC 病院で届出・算定できる急性期病院一般入院料が新設された。病院

の機能に応じて、急性期病院 A 一般入院料（1,930 点 / 日）又は同 B 一般入院料（1,643 点 / 日）が設定された。急性期病院 A は、救急搬送件数が年間 2,000 件以上、かつ全麻手術年間 1,200 件以上等の病院、急性期病院 B は、救急搬送件数 1,500 件以上等の要件を満たす病院が想定されている。

包括期充実体制加算の新設

高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を担う 200 床未満の病院で届出・算定できる包括期充実体制加算（80 点）が新設された。地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟で算定できる。

地域包括医療病棟の見直し

前回改定で新設された地域包括医療病棟入院料は、A100 一般病棟入院基本料を算定する病棟の有無により「1」と「2」に区分された。さらに、入院形態（予定入院 / 緊急入院）や手術の有無等によりそれぞれ入院料 1～3 に分かれる。重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準、平均在院日数、ADL 低下割合等の施設基準も変更となる。

回復期リハ病棟の見直し

土曜・休日を含めたすべての日にリハビリテーションを提供できる体制について、入院料 1・2 だけでなく入院料 3・4 にも要件化された。

リハビリテーション実績指数に関して、入院料 1・3 の実績指数の基準の引き上げ、入院料 2・4 への実績指数基準の導入、実績指数の算出方法の見直し等が行われる。また、入院料 1 において、より高い実績指数や退院前訪問指導の実績等がある場合に届出・算定できる回復期リハビリテーション強化体制加算（80 点）が新設された。

療養病棟の医療区分要件の見直し

療養病棟入院基本料 2 で求められる医療区分 2・3 の該当患者割合が 5 割以上から 6 割以上に引き上げられた（経過措置有）。

処置等に係る医療区分 2 について、(1)感染症の治療に係る処置、(2)創傷の治療に係る処置等、(3)その他の処置、(4)傷病等によるリハビリテーションに分類され、(1)と(2)の両方に該当がある場合は、処置等に係る医療区分 3 として算定できることとなる。

短期滞在手術等基本料

短期滞在 1 のイ（主として入院で実施される手術）は 1 点引き上げられたが、ロ（イ以外の場合）は、従前の約半分の点数へと大幅引き下げとなった。

4 泊 5 日以内で短期滞在 3 の対象手術等を実施した病院は、DPC 対象病院であっても短期滞在 3 を算定することとされた。