

令和8年度診療報酬改定を答申－中医協

物価対応料の新設、ベースアップ評価料が大幅引き上げ

中医協は2月13日、令和8年6月診療報酬改定について上野厚労大臣に答申しました。個別改定項目（短冊）および新点数等の概要は、下記の厚労省ホームページ（中医協総会資料）から、「総－1」「総－2 別紙1－1」等をご参照ください。

主な内容は下記のとおりですが、算定要件などの通知は3月上旬に示される予定です。詳細はあらためてお知らせします。なお、薬価改定は4月に行われます。

◎厚労省ホームページ（中医協総会資料）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_70414.html

■再診料、入院基本料の引き上げ

再診料：75点 → **76点**

急性期一般入院料1：1688点 → **1874点** など

※初診料は291点で据え置き

■急性期病院一般入院基本料等の新設

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

急性期病院A一般入院料：1930点

急性期病院B一般入院料：1643点

■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、基本診療料等に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

外来・在宅物価対応料（1日につき）

初診時：2点 令和9年6月以降は4点

再診時等：2点 令和9年6月以降は4点

訪問診療時：3点 令和9年6月以降は6点

入院物価対応料（1日につき）

急性期一般入院料1を算定する場合 **58点** 令和9年度6月以降は**116点** など

■外来・在宅ベースアップ評価料（I）の引き上げ

1. 令和7年度以前から算定している医療機関

初診時：6点 → **23点** **令和9年6月以降は40点**

再診時等：2点 → **6点** **令和9年6月以降は10点**

訪問診療時：

同一建物居住者等以外 28点 → **107点** **令和9年6月以降は186点**

上記以外 7点 → **26点** **令和9年6月以降は45点**

2. 令和8年度より算定する医療機関

初診時：**17点** **令和9年6月以降は34点**

再診時等：**4点** **令和9年6月以降は8点**

訪問診療時 同一建物居住者等以外の場合：**79点** **令和9年6月以降は158点**

上記以外の場合：**19点** **令和9年6月以降は38点**

■医療DXに関する点数の見直し

医療情報取得加算と医療DX推進体制整備加算を廃止し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

1. 電子的診療情報連携体制整備加算（初診料の加算）（月1回）

加算1：15点、加算2：9点、加算3：4点

2. 電子的診療情報連携体制整備加算（再診料の加算）（月1回）：2点

【施設基準】

	加算1	加算2	加算3	再診時
①レセプトオンライン請求	○	○	○	○
②明細書を無償で交付	○	○	○	○
③オンライン資格確認導入	○	○	○	○
④オンライン資格確認で取得した診療情報を閲覧・活用する体制	○	○	○	○
⑤マイナ保険証利用率	○	○	○	○
⑥DX推進体制の院内掲示	○	○	○	○
⑦ホームページへの掲載	○	○	○	○
⑧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	○	○	○	○
⑨電子処方箋の導入	○	⑨または		
⑩電磁的方法による診療情報の共有・活用する体制	○	⑩のいずれか1つ		

■機能強化加算の要件の見直し ※80点は据え置き

- ・外来データ提出加算の届出を行っていることが望ましい
- ・災害時等のBCP（業務継続計画）を策定し、計画に従い必要な措置を講じること（3月31日時点で算定している医療機関は令和9年5月31日まで経過措置あり）。

■時間外対応加算の名称変更と引き上げ

時間外対応加算 → **時間外対応体制加算**

加算1：5点 → **7点**

加算2：4点 → **5点**

加算3：3点 → **4点**

加算4：1点 → **2点**

■特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

特定機能病院等（※）からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所または許可病床200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

※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床未満の病院を除く）、許可病床数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く）

■地域包括診療加算と認知症地域包括診療加算の統合

対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。また、簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。

地域包括診療加算1

イ 認知症を有する患者等の場合：38点

ロ その他の慢性疾患等を有する場合：28点

地域包括診療加算2

イ 認知症を有する患者等の場合：31点

ロ その他の慢性疾患等を有する場合：21点

※認知症を有する患者等の場合（①～③のすべてを満たす者）

①認知症を有するもの又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

②認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く）を有する

③1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない

※その他の慢性疾患等を有する場合（①または②の者）

①脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていない）、認知症のうち2以上の疾患を有する患者

②脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、かつ、介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

■特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する。

■生活習慣病管理料の要件の緩和

1. 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）共通

- ・療養計画書への患者署名を不要とする。
- ・糖尿病の薬剤以外の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。
- ・眼科医療機関連携強化加算の新設

眼科医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に年1回に限り60点を加算

- ・歯科医療機関連携強化加算の新設

歯科医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に年1回に限り60点を加算

- ・外来データ提出加算の見直し

外来データ提出加算について、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設するとともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、名称と評価体系を見直す。

充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合） ※高血圧症、糖尿病も同様

加算1（脂質異常症を主病とする場合）：30点

加算2（脂質異常症を主病とする場合）：20点

加算3（脂質異常症を主病とする場合）：10点

2. 生活習慣病管理料（Ⅰ）

- ・原則として、必要な血液検査等を少なくとも6カ月に1回行う。

3. 生活習慣病管理料（Ⅱ）

- ・生活習慣病とは関係のない管理料等は包括範囲から除外する（併算定可とする）

特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料など

■ 処方箋料等の見直し

1. 一般名処方加算（処方箋料に加算）の引き下げ

一般名処方加算 1 10点 → **8点**

一般名処方加算 2 8点 → **6点**

2. 処方箋様式の見直し

- ・ 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
- ・ リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から見直し。

■ 長期収載品の選定療養の患者負担の引き上げ

後発医薬品の最高価格帯との価格差：4分の1 → **2分の1**