

「令和 8 年度診療報酬改定について」抜粋メモ（医科）

2026 年 3 月 23 日時点 事務局

※以下の情報は 3/23 時点の情報です。今後変更等の可能性がありますのであくまで参考としてご覧下さい。また、改定項目のすべてを網羅したものでなく、一部のみの抜粋となります。

初・再診料等

再診料が 1 点引き上げ。（初診料は引き上げなし）

機能強化加算

- 以下の①②の施設基準が追加された。点数（初診時 80 点）に変更はない。
 - 「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（業務継続計画）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じる。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。
 - 健康保険法第 68 条の 2 第 1 項の規定により 3 年以内の期限が付された同法第 63 条第 3 項第 1 号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関である。
- 外来医師過多区域において 3 年以内の指定期限を付された医療機関では、届出できないこととされた。

時間外対応加算

名称が「時間外対応体制加算」に変わり、点数引き上げ（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）。施設基準に変更なく、再届出も不要。

新 電子的診療情報連携体制整備加算 届

- 医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」が初・再診料等に新設。初診時は加算 1、2、3 で、それぞれ 15 点、9 点、4 点を月 1 回算定。再診時は月 1 回 2 点のみ。
- 当該加算を届け出ている医療機関は、明細書発行体制加算を算定できない。
- 施設基準で明らかになった点は以下の通り。
 - マイナ利用率は算定月の 3～5 カ月前のレセプト件数ベースで 30%以上（加算 1～3 共通）
 - 加算 1 は、従来の DX 加算の基準に加え、以下①～③すべてを満たすことが必要。
 - 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。

- ② 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である。
- ※ 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」とする経過措置が設けられる。
- ③ アを満たす又はイ及びウを満たす。
- 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。
 - 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。
 - （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。
 - （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。
 - （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。
 - 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。
- (3) 加算2は、従来のDX加算の基準に加え、上記①～③のいずれかの基準を満たす。
- (4) 加算3は、(1)を除き、従来のDX加算の基準とほぼ同じ。

健康等の後の受診について

健診等受診後の初・再診料の算定方法（以下）が通知に規定され、明確化された。

- ① 健診等（健康診断、検診及び予防接種）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。
- ② 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む）に対し、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む）は算定できない。また、当該疾病に対し、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、初診料は算定できないが、再診料及び外来診療料は算定できる。
- ③ ②に規定する場合においては、②の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、検査、画像

診断、投薬、注射、リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療及び病理診断に掲げる診療であって健診等に含まれないもの（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）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。

- ④ 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、保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- ⑤ 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（②及び③の規定により算定できないこととされているものを除く）について、保険給付対象として診療報酬を算定できる。

医学管理等

生活習慣病管理料

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）において、包括対象外となる医学管理料が拡大した（以下の23種）。

新たに生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括外とされた医学管理料

特定薬剤治療管理料
悪性腫瘍特異物質治療管理料
外来栄養食事指導料
集団栄養食事指導料
高度難聴指導管理料
喘息治療管理料
がん患者指導管理料
植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料
乳腺炎重症化予防ケア・指導管理料
二次性骨折予防継続管理料
下肢創傷処置指導管理料
地域連携夜間・休日診療料
救急外来医学管理料
外来放射線照射診療料
外来腫瘍化学療法診療料
がん治療連携計画策定料
がん治療連携指導料
認知症専門診断管理料
認知症サポート指導料
肝炎インターフェロン治療計画料

救急救命管理料
傷病手当金意見書交付料
療養費同意書交付料

2. 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、療養計画書への患者の署名が不要となった。これにより様式も変更された。
3. 糖尿病を主病とする生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）において、糖尿病の治療目的以外の自己注射管理を行う場合は、在宅自己注射指導管理料を併せて算定できることとなった。
4. その他、新しく以下の項目が追加された。
 - ① 「眼科医療機関連携強化加算」「歯科医療機関連携強化加算」が新設された。
 - ② 予約診療を実施している医療機関については、患者と相談の上、次回受診する日の予約を行う。予約診療を実施していない医療機関については、患者と相談の上、次回受診する日を決めるとされた。
 - ③ 原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うとされた。ただし、他の医療機関で実施した血液検査等の結果を参照できる場合等はこの限りではない（当該検査等の結果を診療録に記録する）。
5. 外来データ提出加算が、「充実管理加算」に変更された。高血圧、脂質異常症、糖尿病について、検査・特定健診を実施した患者割合、受診間隔が6カ月以内の患者割合などを算出し、データ提出した場合に算定。上位20%以上で加算1、上位50%で加算2、それ以下で加算3となる。

特定疾患療養管理料

1. 対象疾患の胃潰瘍及び十二指腸潰瘍について、「消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く」の文言が追加された。
2. 算定要件及び施設基準として、長期処方及びリフィル処方の院内掲示、及び患者の求めがあればこれらに適切に対応することが追加された。

在宅医療

在宅療養支援診療所

1. 連携型支援診療所の施設基準に、以下の項目が追加された。
 - (1) 当該医療機関において普段から訪問診療等を行う医師（当該医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む）による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。
 - (2) 患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保する。
 - (3) やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担

当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下である。

- (4) すべての支援診について、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことが施設基準に追加された。
- (5) 外来医師過多区域において3年以内の指定期限を付された医療機関では、届出ができないこととされた。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

1. 「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く）」の算定に当たって、以下の要件を満たせない場合は「月1回」の点数を算定することとなった。これに伴い、6月からの算定にあたっては、既に届け出ている医療機関も含め再度の届出が必要となる。また、毎年2月、5月、8月、11月に本要件の該当可否について点検し、変更があった場合は同月中に速やかに届出をすることとなった。

- (1) 直近3か月に訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。
- (2) 直近3か月に訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上である場合は、以下を満たすこと。

直近3カ月の(①+②+③)の数÷④ ≧ 20%

※① 「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数

② 訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数

③ 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数

④ 直近3か月の在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数

※ただし、当該医療機関において、4か月～1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、当該医療機関の外来を直近3か月のうちの1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。

2. 患者又は家族から患者での残薬の状況について聴取し、適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うことが要件に追加された。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1. CPAPの在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2が10点引き下げ（250点→240点）

2. 管理料2に、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算（15点）が新設された（要届出）。施設基準は以下の通り。

- (1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、当該医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している外来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。

- (2) 当該月の直近3月以内において、当該医療機関がC P A P療法の指導管理を行う外来患者の延べ管理月数に占める、C P A P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。

新 訪問看護遠隔診療補助料 **届** ほか

1. オンライン診療の際に、自院又は訪問看護ステーションの看護師等が患家を訪問し診療の補助を行った場合に、月1回に限り265点を算定する。
2. 訪問看護指示書に基づく定期的・計画的な訪問看護については対象にならない。訪問看護ステーションについては、訪問看護指示期間内に行われる訪問は訪問看護療養費として支払われるため、当該補助料は算定しない。
3. 検査、注射、処置の通則に、それぞれ「看護師等遠隔診療検査実施料」（生体検査料又は診断穿刺・検体採取料に掲げる検査を実施した場合に、1日につき、1種類の場合100点、2種類以上の場合150点）、「看護師等遠隔診療注射実施料」（1日につき100点）及び「看護師等遠隔診療処置実施料」（1日につき、1種類の場合100点、2種類以上の場合150点）が新設された。オンライン診療において、看護師等が医師の指示の下、注射または処置を行った場合に算定する。

在宅療養指導管理材料加算

すべての材料加算について、算定回数が「3月に3回」に統一された。

検査・画像・注射

骨塩定量検査

算定頻度が「4月に1回を限度」から、「以下のアからカのいずれかに該当する患者については4月に1回に限り、その他の患者については1年に1回に限り算定」に変更。

- ア 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の場合
- イ 新たに骨折した場合
- ウ 関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合
- エ ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合
- オ グルココルチコイド、アロマトーゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合
- カ 吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合

終夜睡眠ポリグラフィー

1. 検査の3「1及び2以外の場合」に、「ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの（3,570点）」が追加され、従来の「その他のもの（3,570点）」が2,000点に引き下げられた。今まで通

り3,570点で算定するためには、患者に医師、看護師又は臨床検査技師が訪問し、患者に電極等の装着を行った上で、無呼吸の検査の全てを当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録しなければならない。

2. 併算定に関する以下の規定が追加された。

「3のイからハマまでについては、合わせて1月に1回を限度として算定できる。なお、1月に2回以上実施した場合は、主たるものについて算定すること。また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者について治療の効果を判定するため、初回月に3回以上実施した場合は、主たるものから並べて1番目及び2番目のものを算定する。」

投薬

処方箋料

1. 一般名処方加算が2点引き下げ。
2. 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にも一般名処方管理加算をできることとなった。
3. 同一日の院内処方と院外処方の混在について、緊急やむを得ず行った場合の取り扱いが、通知において明確化された。

「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、調剤料及び処方料は算定せず、院内投薬に係る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。」

処方箋様式の見直し

処方箋様式に以下の変更があった。

- ① 残薬確認の欄に「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の項目が追加
- ② リフィル処方箋の説明文が追加

新 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 届

1. 外来後発品使用体制加算が廃止され、「地域支援・外来医薬品供給対応体制加算」が新設された。規格単位数量に占める後発医薬品の割合及びそれに対応する点数は変更ない（加算1（90%以上）8点、加算2（85%以上90%未満）7点、加算3（75%以上85%未満）5点）。
2. 施設基準からいわゆる「カットオフ値」の基準が削除されたが、以下が追加された。
 - ① 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。
 - ② 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。

- ③ 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。
- ④ 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の医療機関、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。

栄養保持を目的とした医薬品の給付要件見直し

薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品（エンシュア・リキッドやラコールNF配合経腸用液など）のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品の処方について、算定できる患者が以下に限定される。

- ① 手術後の患者
- ② 経管により栄養補給を行っている患者
- ③ 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

リハビリテーション

1. 目標設定等支援・管理料等が廃止された（同点数を算定していないことによる減算規定も廃止）。
2. 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」の2区分に再編され、「2回目以降の場合」は点数が引き下げられた。
3. 各リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、医学管理、在宅医療、リハビリテーション等や、患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言業務に従事できることとされた。また、他の各リハビリテーション料において配置が求められる専従者との兼任が可能とされた（ただし、心大血管リハの専従については変更なし）。
4. リハビリテーション実施計画書の様式が変更・統合された（患者の署名欄、説明者の署名欄が削除されるなど）。

精神科専門療法

1. 通院・在宅専門療法について、「精神保健指定医による場合」以外の点数を算定する場合、以下(1)又は(2)いずれかの施設基準を満たして届け出なければ、6月以降、所定点数が100分の60に減算されることとなった。
 - (1) 以下ア～ウのいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。
 - ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われている。

- (イ) 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
 - (ロ) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関
 - イ 精神病床を有する特定機能病院
 - ウ 急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院
- (2) 以下ア・イを全て満たす医師により行われている。(※イの詳細は現時点では不明)
- ア 令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。
 - イ 過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っている。
2. 通院・在宅精神療法の、初診日に精神保健指定医が行った場合の点数が引き上げられるとともに、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。

処置

人工腎臓の各点数が一律20点引き下げられるとともに、「腎代替療法診療体制充実加算」が新設された（要基準）。腎代替療法に関する情報提供、災害対策、及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合に20点を加算する。

その他

新 物価対応料

物価対応料が新設。外来では初・再診料（短期滞在1を含む）に2点、訪問診療料に3点上乗せされる。入院でも入院基本料、特定入院料、短期滞在3ごとに設定された点数を上乗せする。いずれも2027年6月以降は各2倍の点数となる予定。届出は不要。

ベースアップ評価料

1. 対象が「医療に従事する職員」から「勤務する職員」に変更され、40歳未満の勤務医、事務のみを行う職員や清掃職員等（業務委託を除く）も対象となった。
2. 「1日につき」の要件が外され、同日再診等の場合でもそれぞれ算定できることとなった。
3. 外来・在宅ベースアップ評価料（I）について、以下の変更があった。
 - (1) 対象が「医療に従事する職員」から「勤務する職員」に変更され、40歳未満の勤務医、事務のみを行う職員や正職員等（業務委託を除く）も対象となった。
 - (2) 「1日につき」の要件が外され、同日再診等の場合でもそれぞれ算定できることとなった。
 - (3) 点数はそれぞれ引き上げられた。以下のア又はイに該当する「継続的賃上げ医療機関」は、所定点数に代えて別の高い点数で算定する。また、27年6月からはそれぞれ点数が倍になる。（表参照）

ア 令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ている保険医療機関 ※3/31までの算定実績が必要とのこと(3/9厚労省疑義照会回答)

イ 令和8年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く)の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、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ペア等を行った保険医療機関、または令和9年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、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ペア等を行った保険医療機関

新たに賃上げを行う医療機関

	2026年6月から2027年5月	2027年6月から
初診時	17点	34点
再診時等	4点	8点
訪問診療時(同一建物居住者等以外の場合)	79点	158点
訪問診療時(同一建物居住者の場合)	19点	38点

継続的賃上げ実施医療機関

	2026年6月から2027年5月	2027年6月から
初診時	23点	40点
再診時等	6点	10点
訪問診療時(同一建物居住者等以外の場合)	107点	186点
訪問診療時(同一建物居住者の場合)	26点	45点

(4) 6月からの算定にあたっては、既に届け出ている医療機関も含め、改定された様式95の届出が必要。また、「継続的賃上げ医療機関」はさらに様式98を届け出る。

(5) 毎年8月に、前年度分の「賃金改善実績報告書」と、今年度分の「賃金改善中間報告書」を、いずれも様式100の別添1により作成し、地方厚生局に報告する。

4. 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は8段階から24段階へ、入院ベースアップ評価料は165段階から500段階へ細分化される。3の(1)~(5)は評価料(Ⅱ)も同様。

入院料等

<全般的事項>

1. 物件費高騰への対応として、入院基本料、特定入院料が引き上げられた。ただし、「継続的に賃上げ」を実施する医療機関に該当しない場合には減算となる。
2. 看護職員等の確保や勤務状況の管理等について、取り扱いが変更された。
 - (1) 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、暦月で1カ月を超える1割以内の変動があった場合、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内の変動(1年に1回に限る)については、変更の届出を要しないこととされた。
 - (2) 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を行う体制があるとして届

け出た急性期一般入院基本料、地域包括医療病棟入院料等を算定する病棟において、基準の1割以内の減少については変更の届出を要しないこととされた。

- (3) 「様式9」について、様式や取り扱いが変更された。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など、病棟内として勤務時間数に算入できる対象が拡大された。
3. 入院診療計画書の様式が変更され、患者・家族の署名欄が無くなった。
4. 身体的拘束最小化の基準が「体制に係る基準」と「実績等に係る基準」に整理された。「体制に係る基準」（身体的拘束最小化チームの設置など）を満たしていない医療機関は40点減算、「実績等に係る基準」（身体的拘束最小化委員会を3か月に1回以上開催するなど）のみを満たさない場合は20点の減算となる。
5. 病棟専従の療法士等について、当該病棟の患者に対してADLの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うにあたり必要な場合は、入院基本料等加算、医学管理等、生体検査料及びリハビリテーション料で療法士等が行うことが認められている業務に従事することが可能とされた。

<入院基本料>

6. 一般病棟入院基本料に急性期病院一般入院基本料、急性期病院精神病棟入院基本料が新設された。
7. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価法が変更された。該当患者割合について、従前の「該当患者割合」に、新たに設定された「救急患者応需係数」を加えた「割合指数」（基準を満たす患者の割合に係る指数）で判断することとされた。また、評価票のA項目及びC項目に対象が追加された。
8. 療養病棟入院料2の施設基準で求められる医療区分2・3の患者の割合が、5割から6割に引き上げられた（2026年9月30日まで経過措置あり）。また、処置等に係る医療区分2が4つに分類されるとともに、末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全（いずれも医療用麻薬等による苦痛コントロールが必要な状態）が「疾患・状態に係る医療区分2」に追加された。

<入院基本料等加算>

9. 口腔管理連携加算が新設された。歯科診療を行っていない医療機関において、入院中の患者に対して歯科診療が実施された場合に算定する。
10. 身体的拘束最小化推進体制加算が新設された。

<特定入院料>

11. 回復期リハビリテーション病棟入院料について、患者1日当たり平均リハビリテーション提供単位数が「3単位数以上」に変更された。また「休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数」の算出にあたっては、休日に加えて土曜日も含んだものとされた。
12. 地域包括ケア病棟入院料にリハビリテーション・栄養・口腔連携加算が新設された。
13. 地域包括ケア医療病棟入院料について、「一般病棟入院基本料を算定する病棟の有無」、「入院が緊急か否か」、「手術を実施したか否か」に応じて、6区分で評価されることとなった。

<短期滞在手術等基本料>

14. 短期滞在1のイ（主として入院で実施されている手術を行った場合）の点数は1点引き上げられたが、ロ（主として入院で実施されている手術を行った場合以外）の点数は、改定前の半分に

大幅に引き下げられ、2024年改定時と比べると1/4まで引き下げられた。

15. 短期滞在3の22の手術に「入院手術対応加算」が新設された。外来手術実績を評価する「外来移行指数」が1.3以上の場合に届出・算定できる。

16. DPC病院も含め、4泊5日以内に短期滞在3に掲げる検査・手術等を実施した場合は、DPC点数等に代えて短期滞在3を算定しなければならないこととされた。

<その他>

17. 入院時食療養費の標準負担額も1食あたり40円（低所得区分は20円又は30円）引き上げられた。また、入院時生活療養費の標準負担額が1日につき60円引き上げられた。

18. 新型コロナウイルス感染症の効能若しくは効果を有する抗ウイルス剤の薬剤料を別に算定できる特例は2026年5月31日で終了する。

施設基準の届出

施設基準の定められた新設点数や施設基準が変更された点数を6月以降に算定する場合は、近畿厚生局兵庫事務所に届出を行う必要がある。6月から算定する場合、5月7日から届出が受け付けられ、6月1日付で受理されていることが必要。施設基準に変更がなく、引き続き要件を満たしている場合は、改めて届出を行う必要はない。

窓口負担

「OTC類似薬」の保険外し

77成分・約1,100品目を対象に「一部保険外療養」制度を創設し、要配慮者や医学的必要性のある場合等を除き、薬剤費の1/4を患者負担に（令和9年3月施行予定）。

長期収載品の選定療養

特別の料金として患者が負担する額が、先発品との価格差の1/4相当から1/2相当に引き上げ。

高額療養費

長期療養者や低所得者への「配慮」を示しつつ、最大で38%もの負担上限額引き上げ予定。