

宮医発第 2067 号
令和 8 年 3 月 13 日

郡市医師会長 殿

公益社団法人 宮城県医師会
会長 佐藤和宏
(公印省略)

日本医師会理事会報告書の送付について

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
標記の件について、別紙のとおり報告書をご送付申し上げます。

記

日本医師会第 12 回理事会（令和 8 年 2 月 17 日） 小 泉 ひろみ（秋田県）

令和8年2月17日（火）日本医師会館

医療政策役員勉強会

法政大学経済学部 教授 菅原 琢磨 氏

「医療がもたらす安心」の経済学—どう支え、どう評価し、どう生み出すか—

.....

理事打合せ

1. 重点支援地方交付金の配布状況等について 松村理事

令和7年度補正予算にて「重点支援地方交付金」が活用され、医療機関への食材費や光熱費等への支援が行われたが、都道府県により金額に差が大きかった。県によっては、約10倍の差があった。全国知事会からも、国へ要望があった。日医での考えをお聞きしたい。

（日医より：宮川常任理事）今回は拡充分2兆円があてられた。都道府県では12月議会で予算化された。市町村へも配布され、郡市医師会でも対応した。国の予算分は、内閣府予算からである。令和8年2月16日現在の各自治体のHP等から調査したところ、病床200床の場合の支援額は、100-300万円未満の県が5つ、1,000万円以上が7つ。有床診療所の場合、10-30万円未満の県が8つ、100万円以上が7つ。無床診療所の場合、1施設あたり5万円未満が14、30万円以上が3つであった。一方、「医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援」は、厚労省予算であり、こちらは全国一律であり、病院は国へ直接、診療所は都道府県を通して申請となる。

2. 令和8年度診療報酬改定について 長島常任理事

令和8年度診療報酬改定の概要について、長島常任理事より説明があった。3月5日に、厚労省から正式に詳細までの公示となるので、そちらで確認していただきたい。

物価対応分では、初診と再診に令和8年度は2点、令和9年度は4点プラスされる。訪問診療には令和8年度3点、再診に6点プラスされる。賃上げに向けた見直しとしては、ベースアップ評価料を令和7年度以前から算定している場合、令和8年度から算定する場合でプラス点数に違いがあるが、いずれも加点が大きく、ベースアップ評価料の届出をおこなっていただきたい。生活習慣病管理料においては、患者署名が不要になることや、(I)においては血液検査の要件、眼科医療連携強化加算、歯科医療機関連携強化加算の新設などがある。医療DX推進体制整備加算などに関しては、種々の改定があるので、確認していただきたい。

第12回理事会

《協議事項》

1. 令和8年度日本医師会事業計画の件 城守常任理事

3月29日に開催される第161回臨時時代議員会で事業計画を報告したい。計画案を協議した。協議の結果、提案どおり決定された。

2. 令和8年度日本医師会予算の件 藤原常任理事

令和8年度の予算案を協議した。その結果、提案どおり決定され、3月29日開催される第161回臨時時代議員会で報告する。

3. 医師年金 算出方法書変更認可申請の件 佐原常任理事

医師年金が持続的な運営体制を作るため、厚生労働省に算出方法変更認可の申請をおこなう。追記内容は、財政悪化リスク相当額に関する事、認可特定保険業に関する事である。年金委員会が2月6日に開催され、了承されている。協議の結果、提案通りに決定された。

《監事報告》

松井監事

《報告事項》

1. 令和7年度 JMAT 研修統括編の件

細川常任理事

2月15日 JMAT 研修の統括編を開催した。講義と実習が行われ、80名が受講した。

2. 中医協の件

茂松副会長、江澤・黒瀬両常任理事

2月13日に中医協の総会が開かれた。内容は、答申、再生医療等製品の保険適用、DPCにおける高額な新規医薬品等への対応、薬価基準から削除する項目であった。今回の答申へは、物価高騰への対応、幅広い医療関係職種での賃上げ実現のための評価の見直し、地域での急性期医療やかかりつけい機能を担う医療機関等の評価、他職種連携、DXの方か、実態に応じた効率化・適正化など多岐にわたる重要項目が入った。昨年5月に承認されたエレジビス点滴静注（デュシャン型筋ジストロフィ治療薬）は、1患者あたり3億497万2,042円の薬価で保険適用することが厚労省事務局より提案された。

3. 第210回社会保障審議会医療保険部会の件

城守常任理事

2月12日に開催された。議事は、医療法改正を踏まえた対応、第4期医療費最適化計画における地域フォーミュラリ、マイナ保険証の円滑な利用、令和8年度予算案の主な事項についてであった。

4. 社会保障審議会介護給付費分科会（第254回）の件

江澤常任理事

2月16日に開催された。議事は、令和8年度介護事業経営実態調査の実施、科学的介護情報システム（LIFE）についてであった。

5. 令和7年度人生会議（ACP）国民向け普及啓発事業検討会の件

濱口常任理事

2月10日、非公開で開催された。今年度実施した普及啓発イベント等について振り返りをおこなった。来年度も事業はおこなわれる予定である。

6. 第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の件

笹本常任理事

2月12日に開催された。議事は、令和8年度からの定期接種、予防接種法関係政省令、その他であった。

7. 第7回個人への予防インセンティブ検討ワーキンググループの件

佐原常任理事

2月16日に開催された。議事は、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの現状、保険者からの事例提供、その他であった。

8. 内閣府 食品安全委員会企画等専門調査会（第47回）の件

藤原常任理事

2月13日に開催された。議事は、令和8年度食品安全委員会運営計画（案）、令和7年度食品安全委員会緊急時対応訓練の実施結果及び令和8年度食品安全委員会緊急時対応訓練計画（案）、令和7年度食品安全委員会が自ら行う食品健康影響評価の案件候補の選定、その他であった。

9. 外部審議会委員等委嘱の件
1件の委嘱を承認した。

城守常任理事

《出張報告》

1. 日本精神科病院協会 第28回臨時社員総会（2月13日：東京都） 松本会長
 2. 第74回近畿医師会連合学校医研究協議会総会（2月15日：和歌山県）
松本会長、渡辺常任理事
 3. 九州医師会連合会 令和7年度第2回連絡協議会及び第2回勤務医連絡協議会
（2月14日：福岡県） 角田副会長、江澤・今村・濱口各常任理事
 4. 令和7年度沖縄県医師会勤務医部会講演会（2月13日：沖縄県） 城守常任理事
 5. 第2回日本危機管理医学会学術集会（2月15日：愛知県） 黒瀬常任理事
 6. 山口県医師会 勤務医部会講演会（2月15日：山口県） 藤原常任理事
-

「医療がもたらす安心」の経済学

－どう支え、どう評価し、どう生み出すか－

於) 日本医師会 医療政策役員勉強会
2026年2月17日

法政大学経済学部
菅原 琢 磨

講演の概要

- 医療サービス = 『予防・治療サービス』 + 『安心』の提供という両義的価値提供をおこなう社会インフラ
- 目標：2040年に向けた制約条件（人口×人材×財源）下で、提供体制・価値評価・財源を一体的に設計する
- キーワード：安心（オプション価値）／価値財・公共財性・外部性／機能設計（地域医療構想）／納得性
- 本講演では、医療の「見えない価値（安心）」を起点に、①価値評価、②提供体制設計、③持続可能な財源設計を一体で整理する

本日のポイント

- ① 医療の価値：治療効果だけでなく『安心』を社会に提供
 - ・ Option Value：将来必要時に医療を利用できるという選択肢の価値
 - ・ Existence Value：医療が「存在している」こと自体への価値
 - ・ Insurance Value：医療費リスクを社会で分担する価値
- ② 提供体制：病床（数）論から『機能設計』へ
新たな地域医療構想 = 入院/外来/在宅/介護連携を含む全体設計
- ③ 持続可能性：価値評価 × 機能設計 × 財源（納得性）の三位一体
 - ・ どれか一つ欠けると改革は『削減』と受け取られ停滞する

3

世界各国の医療資源配分のあり方

欧州（例：英国、北欧）

「ゲートキーパー」によるトリアージ

低負担（無料）、公平性を守る一方『時間（待機）』で配分調整

- ・ 英国NHS（RTT）待機リスト：2025年10月時点で約740万人（ユニーク患者約624万人）、中央値待機13.3週、18週以内が約62%（The King's Fund/NHS England統計）

米国

最高水準の技術に優位性、アクセスは保険加入・所得、負担能力に依存

- ・ 米国の無保険率：2023年8.0%（U.S. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2023）

日本

比較的低い自己負担と高アクセスを同時に維持

- ・ 日本の医療支出：1人当たり約5,790ドル（PPP）、GDP比10.6%（OECD Health at a Glance 2025 Japan Country Note）

4

2040年へ向けた環境変化

制約① 人口：高齢化・多疾患、慢性疾患併存
→『治療完結』から『生活と医療の接続、伴走』へ

制約② 人材：医療・介護人材の確保がボトルネックに
・日本の医療資源：医師2.6人/1000人、看護師12.2人/1000人
(OECD Health at a Glance 2025 Japan Country Note)

制約③ 財源：保険料・税・自己負担の構成のあり方
・負担の納得性（世代間・所得/資産）を欠くと改革は頓挫
・納得性は負担額と利用可能性の双方を考慮

5

インフレ環境下の医療費決定

持続的インフレは医療機関経営を直撃：賃金/光熱費/材料費/委託費/建設費

医療費決定は『配分』であると同時に『供給維持条件』
「失われた30年」の間に政策当局も適切なインフレへの備えを忘れてしまった？

医療費デフレーター ≠ 一般物価指数
医療投入価格（人件費・資本費・材料費）を反映した調整が必要
サービスコスト（人件費等）と資本コスト（建物・機器）の区別と評価

政策的示唆：マクロ経済（物価・賃金）と診療報酬の安定的な接続制度準備の必要性

6

誰がどのように医療を支えるのか

財源は3類型：保険料／税／自己負担（＝配分手段の選択）

税：広く薄く、所得再分配

保険料：応能負担

自己負担：モラルハザード抑制（上限設定が前提）

保険料：現役世代に負担が集中しやすい→人口構造変化で限界を露呈

税：世代横断で支えやすいが、税目選択で公平性・受容性が変わる

自己負担：特に低所得者において必要受診抑制の懸念→重症化・費用増のリスク（高額療養費制度等のセーフティネットとセットで設計）

結論：『最適ミックスの追及』 + 『階層化防止』を同時に設計

税目の選択

税目選択の評価軸：安定性 × 公平性 × 受容性（設計問題）

安定性：景気変動・人口構造の影響を受けにくい

公平性：応能（所得・資産）／世代間公平／水平的公平

受容性：説明可能性（なぜその税か）と負担感のマネジメント

実務的示唆：

『何を守るか（安心・価値財（公共財））』を先に示すほど受容性は上がる

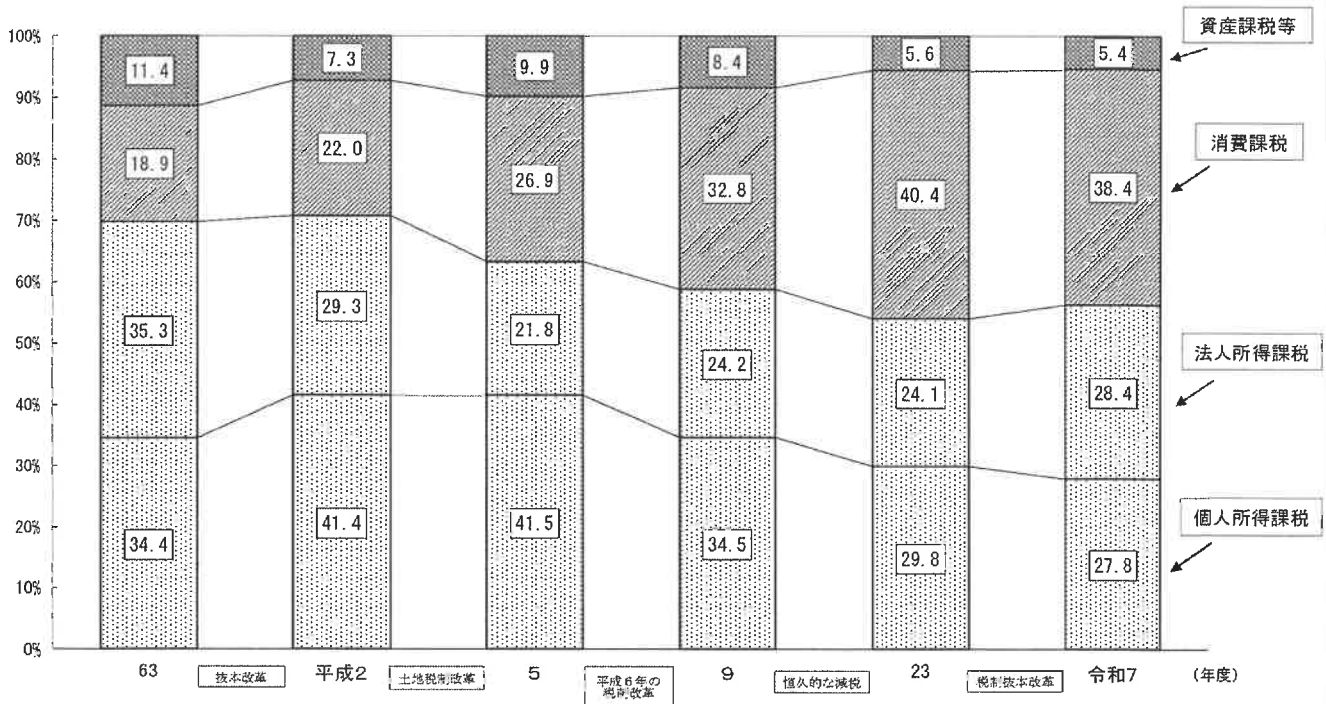
OECD加盟国（36か国）における所得・消費・資産課税等の税制構成比の国際比較（国税+地方税）（2019年現在）

所得課税合計（36か国中12位）	個人所得課税（36か国中20位）	法人所得課税（36か国中5位）	消費課税（36か国中30位）	資産課税等（36か国中9位）
デンマーク 64.6%	デンマーク 57.3%	チリ 28.8%	リトアニア 66.6%	フランス 20.5%
スイス 63.3%	米 国 54.4%	メキシコ 24.2%	ハンガリー 65.7%	韓国 19.4%
米 国 61.5%	アイスランド 48.0%	韓国 21.4%	エストニア 65.3%	スウェーデン 18.7%
オーストラリア 59.2%	スイス 46.2%	ルクセンブルク 21.0%	ラトビア 64.9%	イスラエル 16.9%
カナダ 57.6%	ドイツ 44.1%	日本 20.4%	スロベニア 63.2%	イギリス 16.0%
ノルウェー 55.4%	カナダ 42.9%	ノルウェー 20.0%	スロバキア 61.9%	カナダ 15.9%
ニュージーランド 55.1%	オーストラリア 42.0%	チェコ 18.1%	ポーランド 58.5%	米 国 15.3%
アイスランド 55.0%	ニュージーランド 42.0%	オーストラリア 17.1%	ギリシャ 57.6%	オーストラリア 14.6%
アイルランド 54.9%	フィンランド 40.2%	スイス 17.1%	チリ 57.2%	日本 14.3%
ルクセンブルク 54.1%	イタリア 38.9%	アイルランド 16.8%	チェコ 57.1%	ルクセンブルク 13.7%
ドイツ 52.4%	ベルギー 38.4%	スロバキア 16.1%	トルコ 56.8%	イタリア 12.9%
日本 52.2%	アイルランド 38.1%	カナダ 14.7%	ポルトガル 55.2%	オーストリア 12.5%
ベルギー 51.0%	スウェーデン 36.5%	オランダ 14.3%	フィンランド 46.7%	ベルギー 11.6%
メキシコ 49.2%	ノルウェー 35.4%	ニュージーランド 13.1%	オランダ 46.7%	ギリシャ 11.2%
フィンランド 48.5%	オーストリア 35.3%	イスラエル 12.9%	スペイン 44.7%	スペイン 11.0%
オランダ 47.2%	スイス 35.1%	ベルギー 12.6%	メキシコ 43.7%	スイス 10.7%
オーストリア 45.9%	英国 34.4%	ポルトガル 12.5%	イスラエル 43.4%	アイスランド 9.5%
スウェーデン 45.4%	ルクセンブルク 33.1%	トルコ 11.5%	ドイツ 42.9%	ハンガリー 8.3%
韓国 45.3%	オランダ 32.9%	ポーランド 10.1%	オーストリア 42.2%	アイルランド 8.0%
オーストリア 45.3%	日本 31.9%	オーストリア 10.0%	イタリア 41.2%	トルコ 7.9%
スペイン 44.3%	フランス 31.0%	フランス 9.2%	フランス 41.1%	ポーランド 7.2%
英国 43.2%	ラトビア 30.0%	スロベニア 9.2%	英国 40.8%	メキシコ 7.1%
チェコ 40.8%	イスラエル 26.7%	スウェーデン 8.9%	ノルウェー 40.0%	ポルトガル 6.8%
イスラエル 39.7%	ポルトガル 25.5%	英国 8.8%	ニュージーランド 38.7%	オランダ 6.2%
フランス 38.4%	エストニア 25.4%	リトアニア 8.6%	ベルギー 37.4%	ニュージーランド 6.2%
ポルトガル 38.0%	メキシコ 25.0%	ギリシャ 8.4%	アイルランド 37.1%	ニュージーランド 5.2%
チリ 37.6%	スロベニア 24.5%	エストニア 8.4%	スウェーデン 35.9%	デンマーク 4.9%
スロバキア 36.1%	ポーランド 24.3%	ドイツ 8.3%	アイスランド 35.6%	フィンランド 4.8%
トルコ 35.3%	韓国 23.9%	フィンランド 8.3%	韓国 35.2%	ドイツ 4.7%
ポーランド 34.3%	トルコ 23.8%	フランス 7.4%	日本 33.5%	ノルウェー 4.6%
エストニア 33.8%	リトアニア 23.1%	デンマーク 7.3%	ルクセンブルク 32.3%	ラトビア 4.3%
スロベニア 33.7%	ギリシャ 22.8%	米 国 7.1%	デンマーク 32.0%	スロベニア 3.1%
リトアニア 31.7%	チェコ 22.7%	イタリア 7.0%	カナダ 26.5%	チェコ 2.2%
ギリシャ 31.2%	ハンガリー 20.9%	アイスランド 6.9%	オーストラリア 26.3%	スロバキア 2.1%
ラトビア 30.7%	スロバキア 20.0%	ハンガリー 5.2%	スイス 26.0%	リトアニア 1.8%
ハンガリー 26.1%	チリ 8.8%	ラトビア 0.7%	米 国 23.2%	エストニア 1.0%
OECD 諸国平均 45.5%	OECD 諸国平均 32.9%	OECD 諸国平均 12.6%	OECD 諸国平均 45.0%	OECD 諸国平均 9.5%

(注1) 日本は令和元年度（2019年度）決算。
 (注2) 諸外国は、OECD "Revenue Statistics 1965-2020"のデータを使用、計数は2019年のものである（オーストラリアは推計による暫定値）。
 なお、リトアニアの計数は2019年のものが記載されていないため2017年の計数。
 (注3) 所得課税には、利子、配当及びキャピタルゲインに対する課税が含まれる。
 (注4) 資産課税等には、資産課税及びその他の課税が含まれる。資産課税とは、富裕税、不動産税（固定資産税等）、相続・贈与税及び流通課税（有価証券取引税、取引所税、不動産取得税及び印紙収入等）等を含み、日本の割合は13.9%である。

出典）財務省HP『税収に関する資料』

消費・所得・資産等の税制構成比



(注)

- 平成23年度までは決算額、令和7年度は予算額による。
- 所得課税には資産性所得に対する課税を含む。

出典）財務省HP『税収に関する資料』 https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/a03.htm#a08

消費税のメリット・デメリット

これからの医療費財源は「保険料」・「税」・「自己負担」のいずれに拠るべきか
それを税に求めるなら、いずれの種類の税に拠るべきか
「負担能力に応じた負担」（応能原則）における（金融）資産の考慮と負担の公平性

- 安定税収の確保
 - 世代に関係のない平等な負担
 - 働く意欲が阻害されない
 - 相対的には脱税がしにくい
-
- 購買意欲の減退・景気悪化
 - 導入前後の需要変動
 - 価格転嫁のしわ寄せ
 - 税率変更の際の事務・管理コスト

GOOD



11

応能原則の適用拡張

応能原則 = 負担能力に応じた負担 (ability-to-pay)
現状改革の論点：所得だけでなく資産・世代間公平をどう扱うか

設計の着眼：①公平性 ②受容性 ③行政実務コスト ④逆インセンティブ配慮

結論：負担の納得性が提供体制改革（再配置）を支える基盤になる

「稼得（所得）」 ⇒ 「消費（貯蓄）」 ⇒ 「資産」
ライフステージ全体の補足、公平負担という視点も必要

12

医療の階層化リスク

米国：アクセスの階層化が制度課題（無保険者の存在）

- ・米国の無保険率：2023年8.0%（U.S. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2023）

欧州：待機（時間）が配分手段として大きい

- ・英国NHS（RTT）待機リスト：2025年10月時点で約740万人（ユニーク患者約624万人）、中央値待機13.3週、18週以内が約62%（The King's Fund/NHS England統計）

階層化の負の循環懸念：

待機時間↑ → 不満↑ → 民間保険/自費↑ → 公的領域弱体化

示唆：自己負担は上限・免除制度、公的サービスの範囲、質保証とセットで議論

提供体制：量から機能へ

パラダイム転換：

『病床数』から『機能の組み合わせ』へ

機能 = 必要なケアを適切な場所・時期・連携で提供する能力

導線設計（高度急性期・急性期⇔包括期⇔慢性期・在宅）が高齢者医療の核心

供給制約下では、集約と分散の最適化 + 連携の実体化が不可欠

新たな地域医療構想

新地域医療構想 = 提供体制全体（入院・外来・在宅・介護連携）の設計

医療機関機能報告制度

医療需要推計との連動

医療計画との一体運用

目的：地域の『安心』を守るため、必要機能を可視化し再配置を実装

誤解の回避：「集約」とは「削減」ではなく「機能分化と連携によるアクセス確保」が前提

主な論点：圏域設定、専門機能の集約、高齢者救急、在宅の受け皿、救急の後方搬送…etc..

15

調整会議の役割

調整会議 = 合意形成装置（設計図を実装に変える）

成功条件：①共通データ ②共通語彙（理解水準）③守る価値（安心）の共有

データ → 協議 → 再配置 → 効果検証 → 次期計画反映（PDCA）

医師会の役割：実態把握・地域公共善の橋渡し・調整力
合意形成のゴール：『勝ち負け』ではなく『地域の安心の最適化』

16

価値財・公共財性としての医療

医療は純粋公共財ではないが、領域により公共財性・外部性・価値財性を強く持つ

救急・感染症医療：公共財性が極めて高い

予防・慢性疾患管理：外部性が大きい

基礎的医療サービス：価値財（merit good）

外部性＝市場を通じず第三者に効果が波及

公共財＝市場任せでは十分な供給が期待できない

政策含意：短期コストではなく供給維持による社会コスト回避、外部性で説明

設計：広域での確保（集約）＋地域アクセス（搬送・連携）

17

医療における「生産性」

- 日本の医療は「価格」が公定
保険診療における生産性向上＝価格引き上げではない
- 生産性向上とは
→ **限られた資源で、より高い医療価値を生み出すこと**
- 「**分配（技術）効率性**」と「**配分効率性**」という二つの概念
 - －技術効率性：同一アウトカムをより少ない投入で
 - －配分効率性：限られた資源を最も価値の高い医療分野へ

18

分配（技術）効率性

— How : どうやって医療を提供するか —

- 同じ医療アウトカムを
→ より少ない資源で実現できているか
医療の質を下げずに改善可能な余地の削減
- 具体例
 - 重複検査削減
 - タスク・シフティング
 - DX・標準化
 - 在院日数短縮
- 重要なのは、分配効率性とは「医療を削る」ことではなく、**無駄を削ること**

19

配分効率性

— What : 何に資源を使うか —

- 医療資源は社会的価値の高い分野に向かっているか
- 具体例
 - 急性期 → 回復期・慢性期・在宅
 - 治療中心 → 予防・重症化予防
 -
- 配分効率性とは、
医療資源が、適切な分野に投入されているか

20

日本の医療の生産性改革

- 分配効率性のみの追求
「もっと早く」「もっと少人数で」という話
⇒ 現場は疲弊のみ
- 配分効率性のみの追及
現場の業務プロセスが変わらなければ実装されない
- **資源の向き先を変える改革と現場のやり方を磨く改革**
この二つを同時に進める必要性

アウトカム指標：死亡率、再入院率、QOL指標.etc

プロセス指標：在院日数、後方搬送率、重複検査.etc

コスト指標：人件費比率、委託費、資本費.etc

21

医療が生む「安心」の価値

存在価値 (option value) : 「選択肢があることの価値」
医療サービスを直接利用していない人にも価値がある

納得性のカギ : 「守る価値」を言語化・見える化する

研究例 :

地価など代理指標で『安心の価値』を推計する手法 (ヘドニック法)

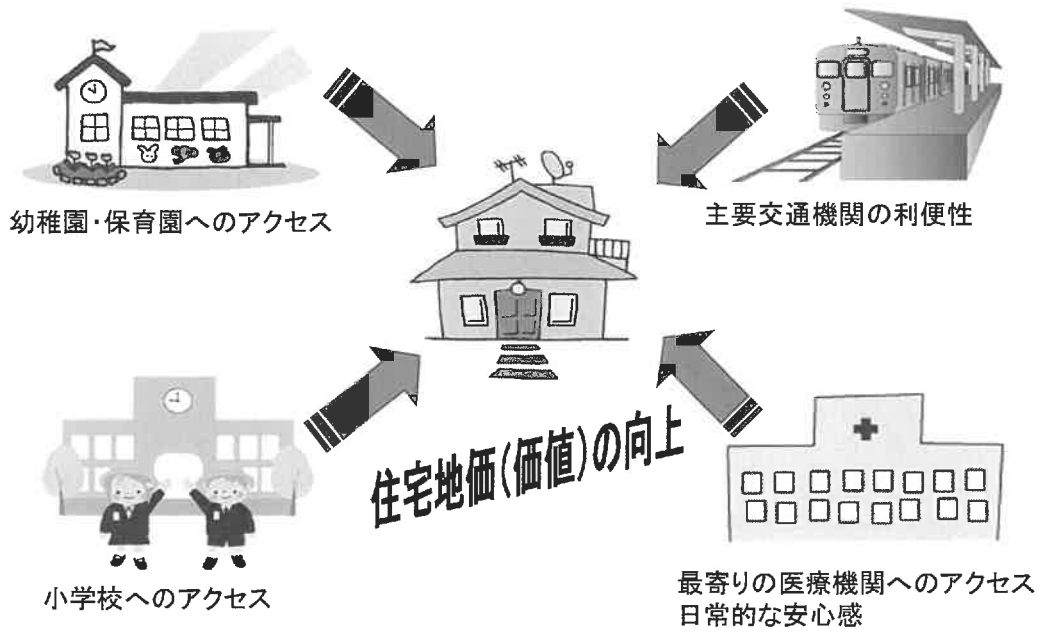
利用者に対して支払意思額を表明してもらう手法 (Willingness to Pay, Willingness to Accept)

トラベルコスト法

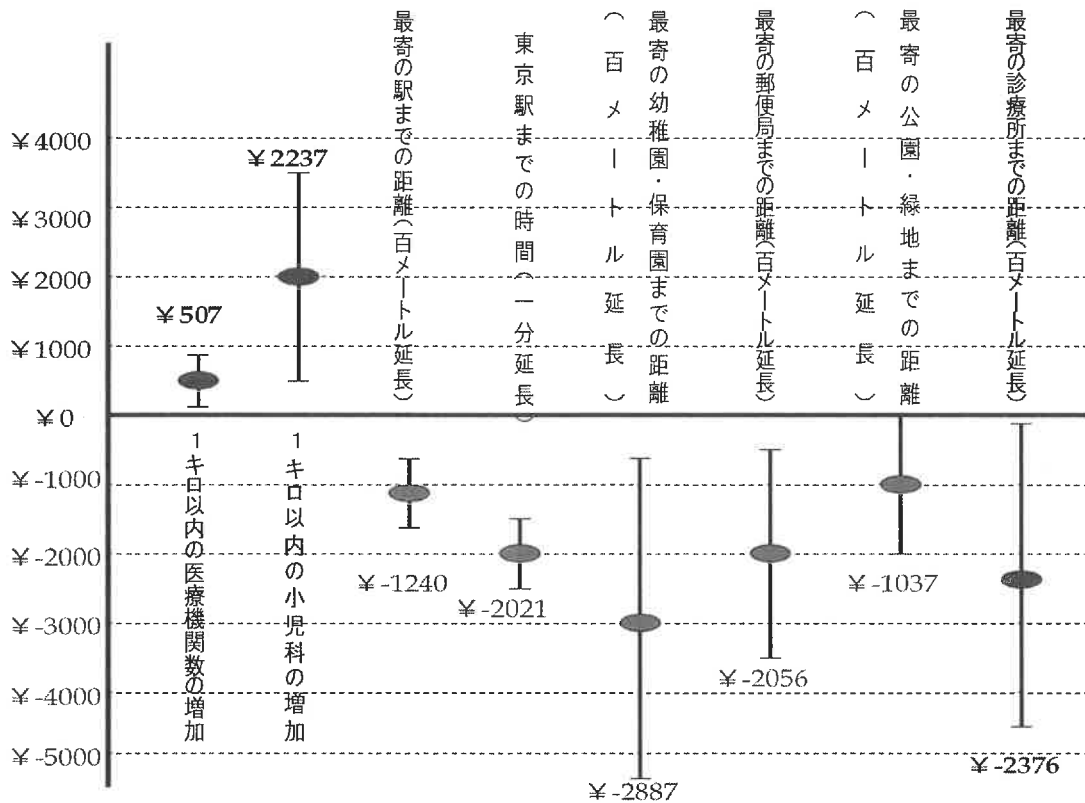
政策含意 : 地域における機能維持を『価値』ベースで説明可

22

地域における医療提供体制が与える「安心」の価値をはかる



「横浜市」での計測結果



図中の数値は非標準化係数値／棒の両端は係数の95%信頼区間の上限・下限
医療機関の存在と地価の相関を用いた推計であり、厳密な「因果推論」ではない点に留意

「横浜市」での計測結果

住民にとって地域の全てのエリアから1KM以内に
小児科が開設されていることによる価値便益額

地域の「平均」宅地面積(町丁) × 小児科開設の評価増
 $= 118,425(m^2) \times 2,237(円/m^2) = 約2億6千5百万円$

地域の「平均」世帯数 $= 1,533,824 / 1663(町丁) = 922$ 世帯
 一世帯あたりの評価額 $= 約28.8$ 万円

土地保有年数を35年、割引率(年)3%~5%、物価変動は無視

<割引率3%>年: 約13,000円/世帯 ・ 月: 約1080円/世帯

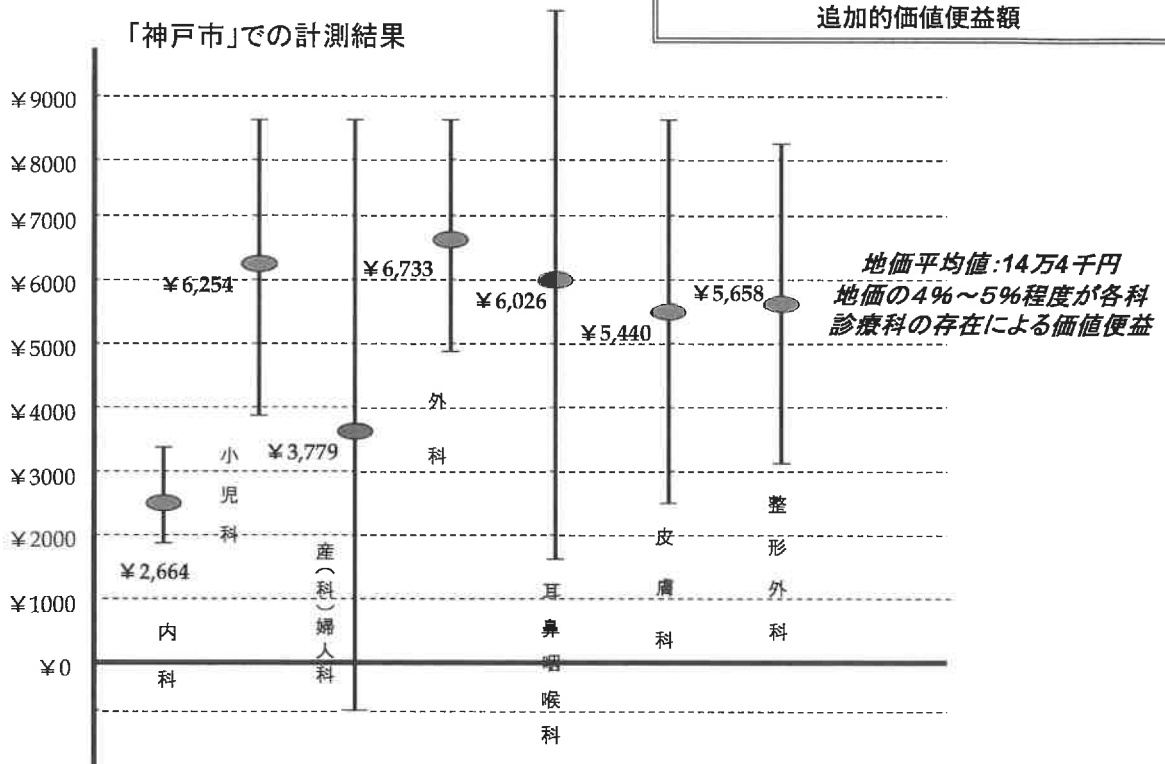
<割引率4%>年: 約14,850円/世帯 ・ 月: 約1240円/世帯

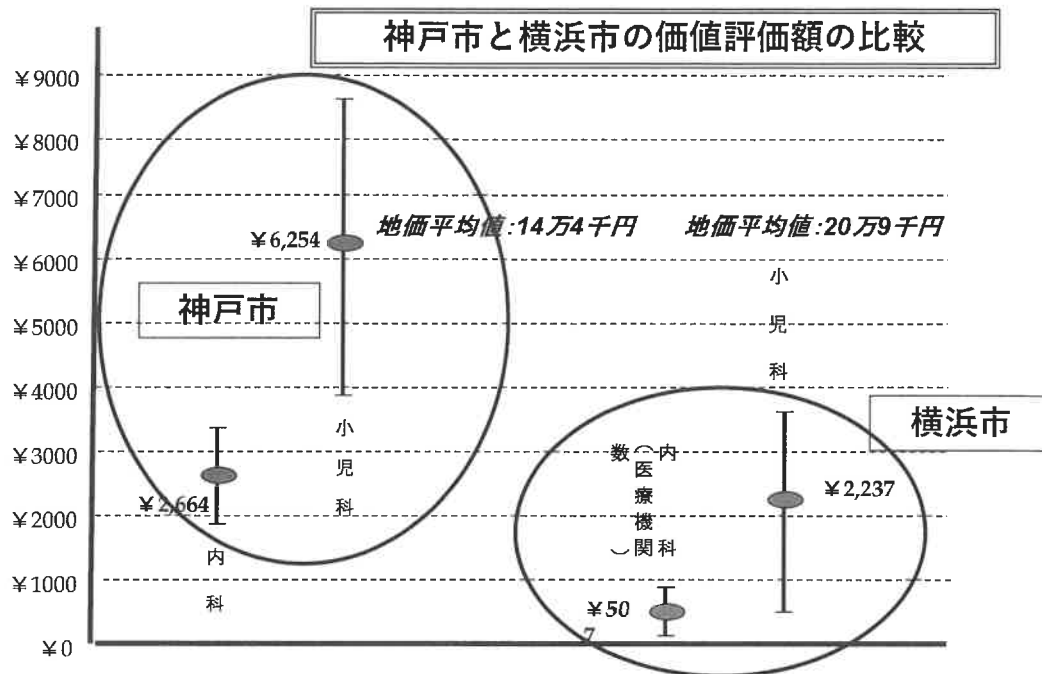
<割引率5%>年: 約16,800円/世帯 ・ 月: 約1400円/世帯

ただし、この租推計では1KMより離れた小児科の価値便益は一切考慮されていないことに注意が必要である

「神戸市」での計測結果

1㎡あたりの地価に反映された1km以内に
各科診療機関が存在することによる
追加的価値便益額





菅原「地価情報を用いた地域医療システムの価値評価」
『医療経済研究』Vol.21.No.2.(2009)

医療機関の存在と地価の相関を用いた推計であり、厳密な「因果推論」ではない点に留意

27

地域医療政策への「仮説的」反映

- 横浜市では、平均的には一世帯平均約29万円まで地域の小児科医療充実のため支出をすることは資産価値の費用対効果からみて是認される
- 地域住民に追加的な負担（例えば税率アップ）を強いたとしても、2億6千5百万円程度の補助で小児科開設ができれば、1[※]圏の地域住民に対する「安心」提供の価値としては是認される

28

医療におけるバリューフロー

バリューフロー：治療効果以外の価値を棚卸し

例：QOL、安心、不安軽減、希望、介護者負担軽減、社会参加

HTA補足：QALY等の単一指標と、多基準評価の補完関係

これらの価値の一部は QALY 等で近似可能だが、安心・希望などは金銭換算が困難であり、政策判断では質的評価を併用

実務的配慮：捨てる価値を明示

⇒社会の納得性向上とイノベーションの誘因

29

結び（まとめ）

統合：価値（安心）× 設計（機能）× 納得性（財源）

相互依存：価値を測らない→政治化／設計が弱い→守れない／納得性が弱い→実装停止

結論：三位一体で語り、合意形成を図る

医療の価値をより「見える化」し、機能設計と財源設計を同時に進めることが持続可能性の鍵

30

玄田有史『希望のつくり方』 岩波新書

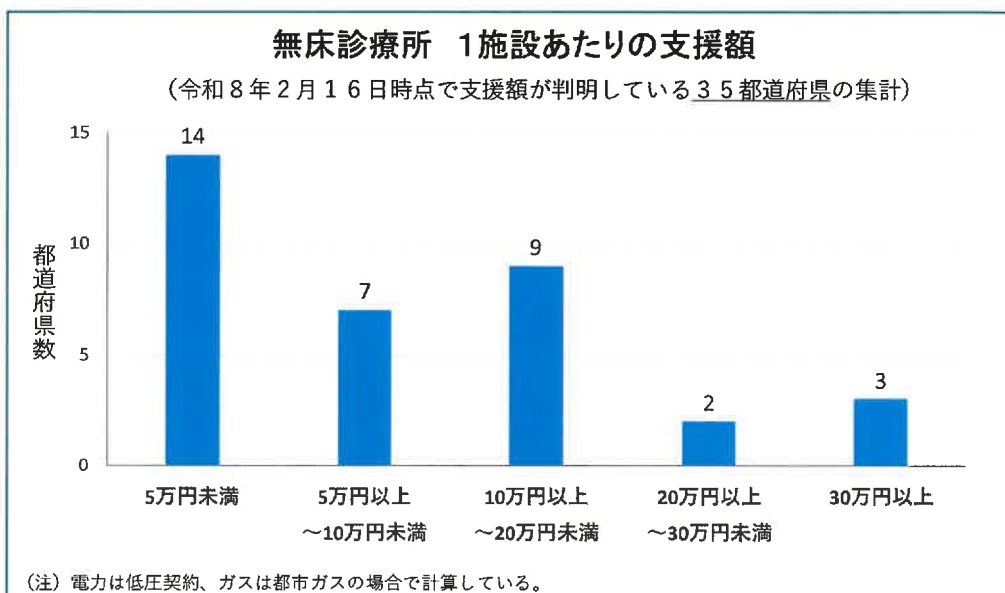
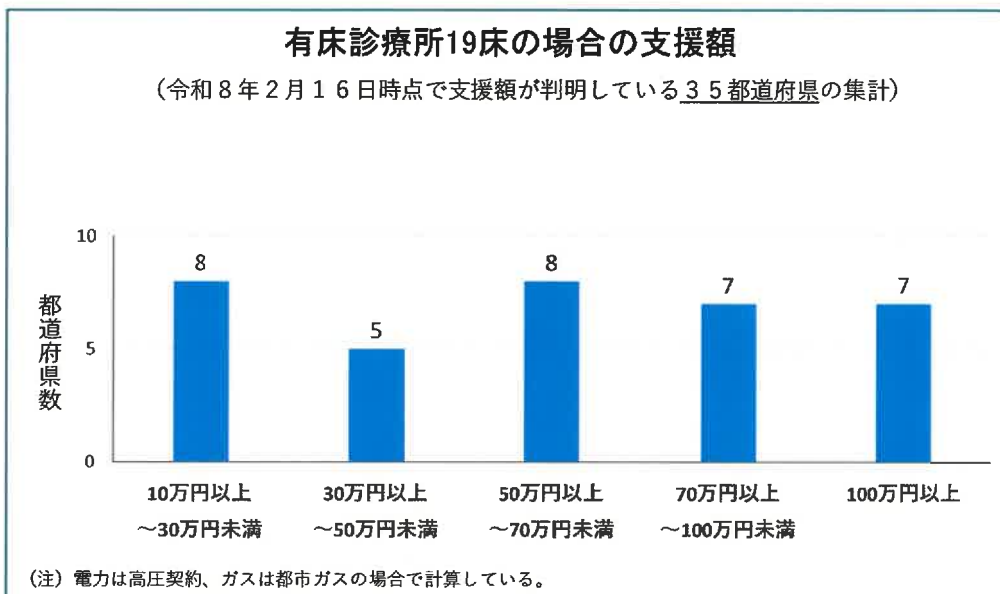
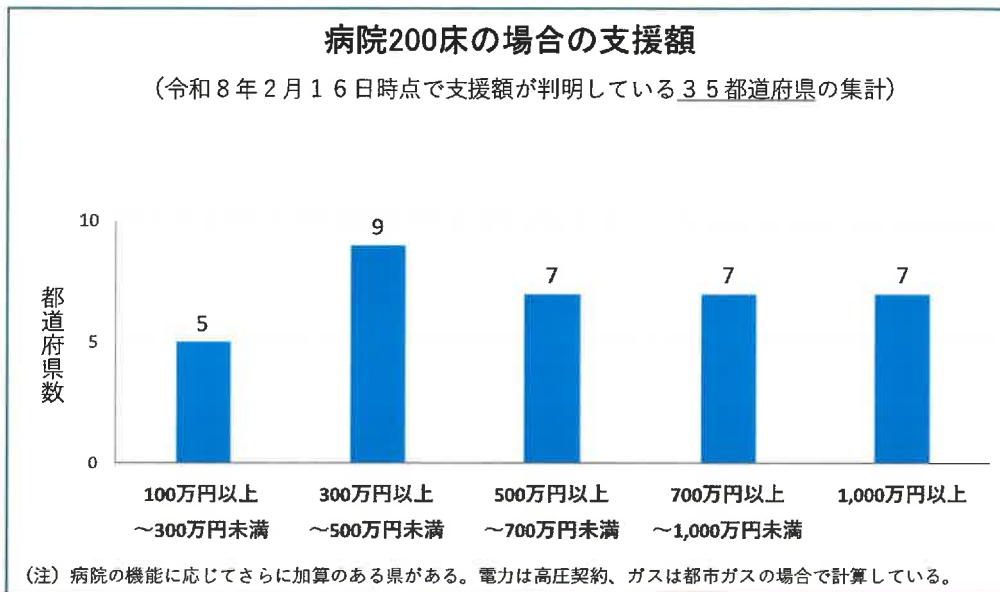
- 「将来の先行き不安」、「経済の不確実性の高まり」が「安心」への人々の関心を高めている
- 「安心」には「確実であること」が欠かせない条件
- 「（ひとり一人の希望が多様化している以上）…成熟社会における政治の最大の役割は、希望とは反対に、未来に起こるかもしれない絶望を避けること」



- 確実な医療提供体制を確保し、医療にかかる「絶望的状況」は何としても避けること

ご清聴ありがとうございました

令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」を活用した各都道府県の医療機関への食材費・光熱費等支援の状況



【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名：ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

＜病院＞

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円（※）

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数（分娩取扱数にあつては3を乗じた数）が800件以上、2,000件以上の病院（救急車受入件数3000件未満に限る）にあつては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額（1.5億円または2億円）とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

＜有床診療所＞

1床あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

＜医科無床診療所・歯科診療所＞

1施設あたり	支援額	
	医科無床診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

＜保険薬局＞

1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	～5店舗	6～19店舗	20店舗～
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

＜訪問看護ST＞

1施設あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

令和8年度診療報酬改定の概要について (理事打合会)



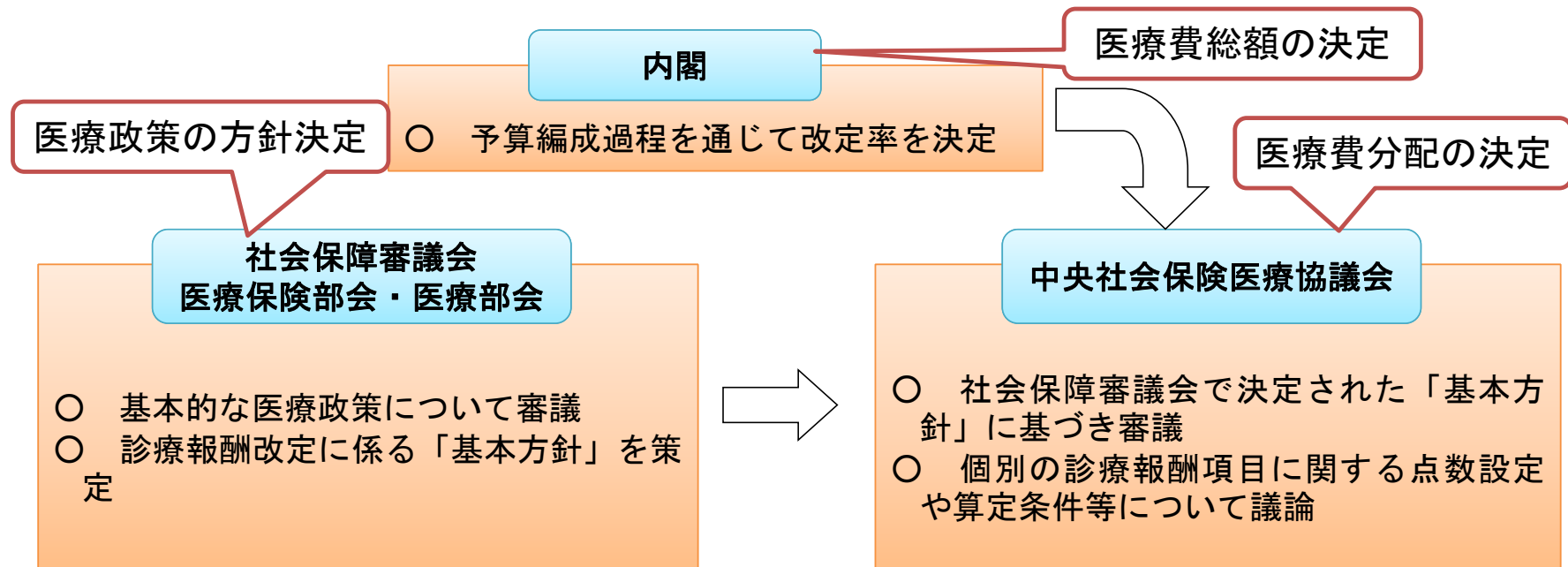
公益社団法人 日本医師会
常任理事 長島 公之



診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



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

(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

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%(2年度平均)** [R8年度:+2.41% R9年度:+3.77%]

※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みとあわせ、R8・R9にそれぞれ3.2%(看護補助者、事務職員は5.7%)のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的対応

※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%**

- ・ 配分にあたっては、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、後発医薬品への置き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み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% **5**

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)

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およびR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
 - ・ 実際の経済・物価の動向が見通しから大きく変動し、経営状況に支障が生じた場合には、R9予算編成において必要な調整を行う。
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
 - ・ R6改定で入院基本料・初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても、R6改定でベースアップ評価料の対象とされた職種と同様に、賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する。
- 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
 - ・ R10年度以降の改定に向けて、医療機関の経営実態がより詳細に把握できるよう、MCDBおよび医療経済実態調査の報告様式の精緻化に向けた検討を行う。

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革およびR9年度の薬価改定の実施
 - ・ 市場拡大再算定の特例(共連れ)の廃止、R9薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

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)

5. 社会保障制度改革の推進(抄)

(1) 薬剤給付の見直し

① OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し

- ・ OTC医薬品の対応する症状に適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、別途の保険外負担(特別の料金)を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中(令和9年3月)に実施する。
- ・ まずは、77成分(薬1,100品目)を対象医薬品とし、薬剤費の4分の1に特別の料金を設定する。

② 食品類似薬の保険給付の見直し

- ・ 栄養保持を目的とした医薬品のうち、代替可能な食品が存在する医薬品について、経口による通常の食事から栄養補給可能な患者に対する使用は保険給付外とする。

③ 長期収載品の選定療養の拡大

- ・ 先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当の「特別の料金」を価格差2分の1相当へと引上げる。

④ 長期処方・リフィル処方箋の活用

- ・ 長期処方・リフィル処方箋に対応している旨の院内掲示を必須要件とする医療機関を拡大する。

(2) 金融所得の反映などの応能負担の徹底

(3) 高額療養費制度の見直し

(4) 高齢者の窓口負担の見直し 等

物件費の高騰を踏まえた対応

※2 物価対応分 +0.76% [2年度平均] (令和8年度 +0.55% 令和9年度 +0.97%)

- ・ 特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%(令和8年度+0.41%、令和9年度+0.82%)を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。
 - 病院 +0.49%(さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。)
 - 医科診療所 +0.10%
- ・ 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

物価対応料(1日につき)

1. 外来・在宅物価対応料	令和8年度	令和9年度
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

物件費の高騰を踏まえた対応

※4 令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分にあたっては、令和7年度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することとする。
(病院+0.40% 医科診療所+0.02%)

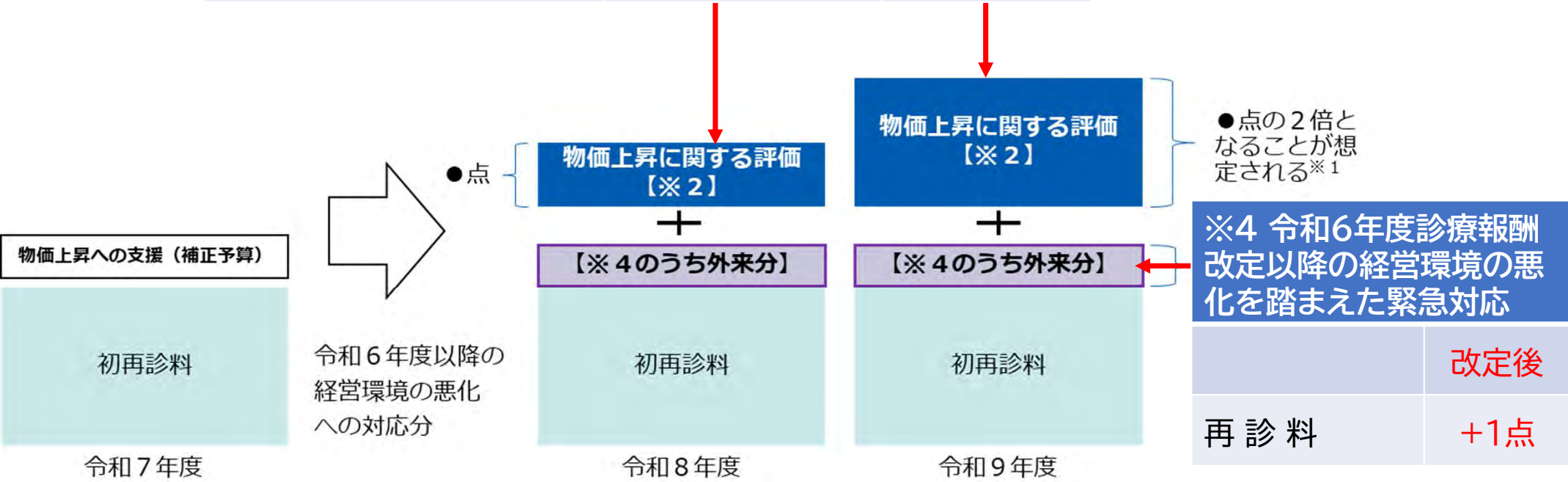
※ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応

	改定前	改定後
再診料	75点	76点(+1)
注2 受結率が低い場合	55点	56点(+1)
注3 同一日に2科目を再診として受診した場合	38点	39点(+1)
(注3のうち、注2に該当する場合)	28点	29点(+1)

※ 初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料についても同様の対応

外来における物価上昇対応

※2 物価対応料(1日につき)		
1. 外来・在宅物価対応料	令和8年度	令和9年度
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



賃上げに対応する財源の配分について

- 令和8年度診療報酬改定における賃上げについては、大臣折衝事項において、以下の考え方が示されており、こうした考え方に基づいて配分・対応する。

令和7年12月24日大臣折衝事項

	改定率 (2年平均)	考え方
賃上げ全体	+1.70%	(令和8・9年度の2年度平均)
①医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度においてベースアップ実現を支援するための措置	令和8年度 1.23% 令和9年度 2.18%	<ul style="list-style-type: none"> 令和8年度及び令和9年度において、それぞれ+3.2%分のベースアップ実現を支援する。(看護補助者及び事務職員については+5.7%) 施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。
②うち、賃上げ対応拡充時の特例的な対応	+0.28%	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げについても、賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することも踏まえ、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医療関係職種での賃上げを確実にすべく、特例的な対応として措置する。

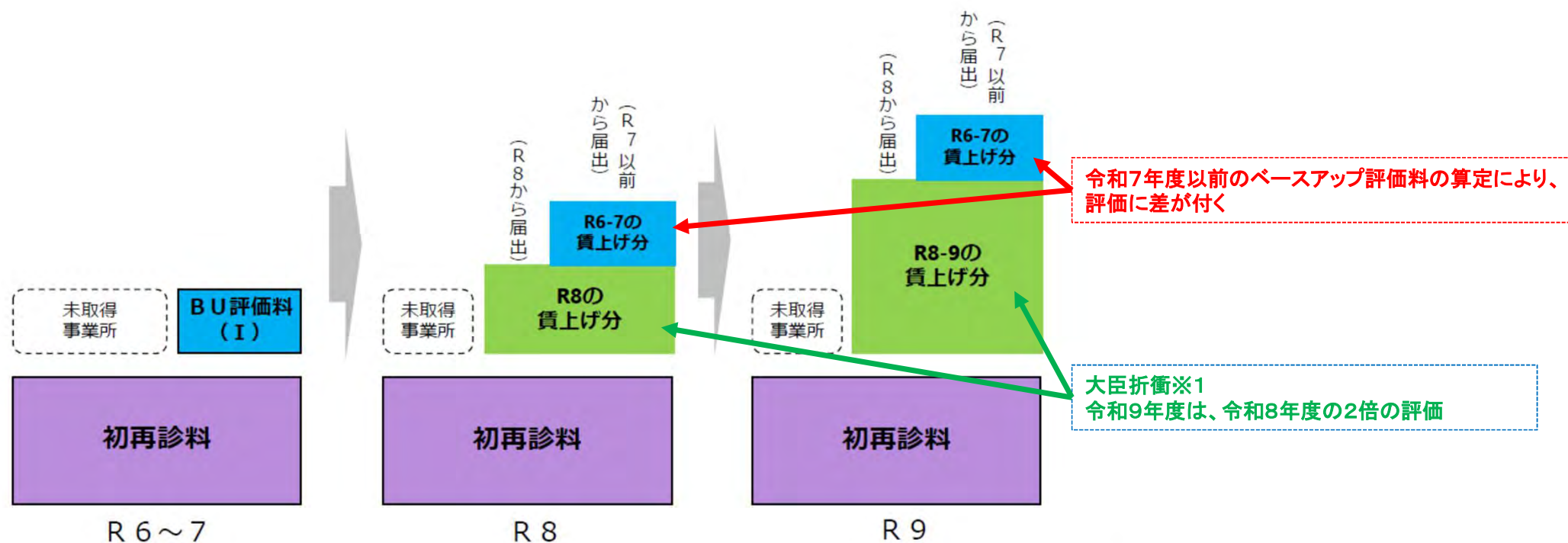
R8: $1.23 - 0.28 = 0.95\%$
R9: $2.18 - 0.28 = 1.90\%$

● 賃上げの実効性確保のための対応

今回の賃上げ措置は、幅広い医療関係職種において物価上昇を超える賃上げを実現するためのものであり、さらに、看護補助者と事務職員に対しては、他産業との人材獲得競争に直面していることも踏まえた上乗せ措置を講じるものである。こうした政策目的が確実に果たされるよう、令和6年度改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種(40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者)についても、令和6年度改定でベースアップ評価料の対象とされた職種(看護職員、リハビリテーションを担う職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記の入院基本料等で措置される職種を除く。))と同様に、実際に支給される給与(賞与を含む。)に係る賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する。これにより賃上げ実績の迅速かつ詳細な把握を行うこととする。

外来・在宅ベースアップ評価料（I）に関する対応について（案）

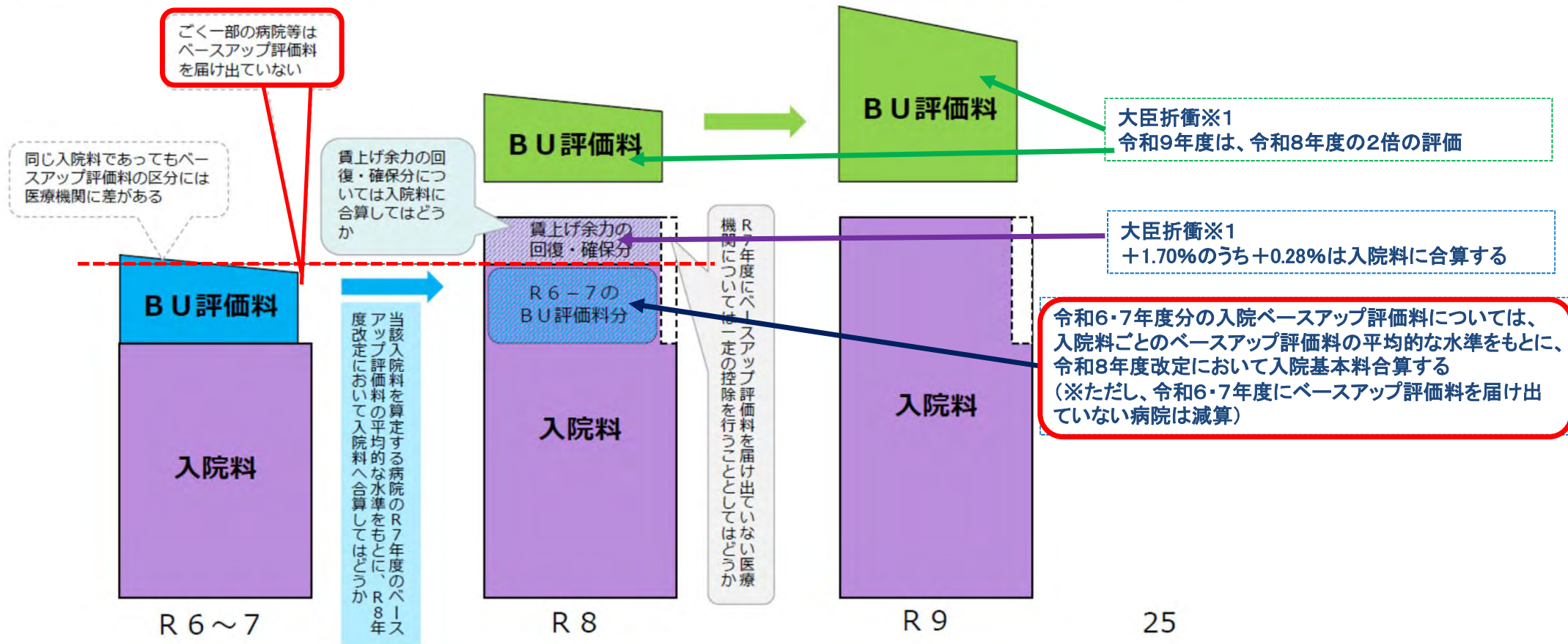
- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）については、現時点で未取得の医療機関が多いことから、令和8年度改定において同様の評価を設定する際には、令和6・7年度の算定状況に応じて、評価に差を設ける必要があるのではないか。



注：歯科・訪問看護についても同様の対応を想定 23

入院ベースアップ評価料に関する対応等について（案）

- 令和6年度分の入院ベースアップ評価料については、入院料ごとのベースアップ評価料の平均的な水準をもとに、令和8年度改定において入院基本料へ合算してはどうか。
- 令和8年度改定での賃上げ余力の回復・確保分についても入院料に合算してはどうか。



賃上げに向けた評価の見直し

※1 賃上げ分 +1.70% [2年度平均] (令和8年度 +1.23% 令和9年度 +2.18%)

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度において、それぞれ+3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ 5.7%）を講じ、施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。
- ・ 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対応

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)			
※令和7年度以前から算定している場合	改定前	令和8年度	令和9年度
1. 初診時	6点	23点	40点
2. 再診時等	2点	6点	10点
3. 訪問診療時			
イ 同一建物居住者等以外の場合	28点	107点	186点
ロ イ以外の場合	7点	26点	45点

※令和8年度から算定する場合			
1. 初診時	—	17点	34点
2. 再診時等	—	4点	8点
3. 訪問診療時			
イ 同一建物居住者等以外の場合	—	79点	158点
ロ イ以外の場合	—	19点	38点

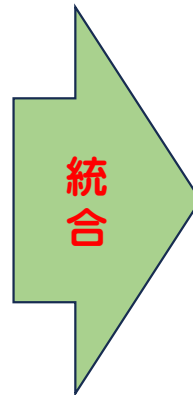
医療DX推進体制整備加算等の見直し

医療情報取得加算 (廃止)

初診時 (月1回)	1点
再診時 (3月に1回)	1点

医療DX推進体制整備加算 (廃止)

イ 医療DX推進体制整備加算1	12点
ロ 医療DX推進体制整備加算2	11点
ハ 医療DX推進体制整備加算3	10点
ニ 医療DX推進体制整備加算4	10点
ホ 医療DX推進体制整備加算5	9点
ヘ 医療DX推進体制整備加算6	8点



電子的診療情報連携体制整備加算 (新設)

初診料 (注15)

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

再診料 (注19)

電子的診療情報連携体制整備加算

2点

※月1回

※再診料の「明細書発行体制加算」は別に算定できない

電子的診療情報連携体制整備加算

[施設基準（初診料・再診料・外来診療料）]

(1) 電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準

イ オンライン請求

ロ 算定した診療報酬の明細書を患者に無償で交付

ハ オンライン資格確認等システムの体制

ニ 医師等が、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で、閲覧又は活用できる体制

ホ オンライン資格確認等システムに係る十分な実績（マイナ保険証利用率●●%以上）

ヘ ロの体制に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことの院内掲示

ト への掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載

チ 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相談に応じる体制

リ 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

ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制

(2) 電子的診療情報連携体制整備加算2の施設基準

(1)のイからチまで及びリ又はヌのいずれかを満たすもの

(3) 初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、
再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準

(1)のイからチまでを満たすもの

時間外対応加算

改定前	
時間外対応加算	
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 (名称変更)	
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

※ 患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や病院勤務医の負担軽減につながる取組みをさらに推進するため、時間外対応加算について、評価を引き上げ、名称を変更する。

初診料関係			
	現行	令和8年度	令和9年度
初診料	291点	291点	291点
外来・在宅物価対応料	—	2点	4点
外来・在宅ベースアップ評価料			
※R7年度以前より算定	6点	23点	40点
機能強化加算	80点	80点	80点
医療情報取得加算	1点	—	—
医療DX推進体制整備加算6	8点	—	—
電子的診療情報連携体制整備加算3	—	4点	4点

再診料関係

	現行	令和8年度	令和9年度
再診料	75点	76点	76点
外来・在宅物価対応料	—	2点	4点
外来・在宅ベースアップ評価料			
※R7年度以前より算定	2点	6点	10点
時間外対応体制加算 ¹	5点	7点	7点
医療情報取得加算 (3月に1回)	1点	—	—
明細書発行体制加算	1点	1点	1点
電子的診療情報連携体制 整備加算(月1回) ※明細書発行体制加算との重複不可	—	2点	2点

在宅患者訪問診療料関係

	現 行	令和8年度	令和9年度
在宅患者訪問診療料(Ⅰ)			
1 在宅患者訪問診療料1			
イ 同一建物居住者以外	888点	888点	888点
外来・在宅物価対応料	—	3点	6点
外来・在宅ベースアップ評価料			
※R7年度以前より算定			
イ 同一建物居住者等以外	28点	107点	186点

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料（Ⅱ）

※ 当該治療管理の範囲を超えて必要な患者に別途行われるべき医学管理や、生活習慣病とは直接的な関係の乏しい医学管理、時間外対応・救急対応に関する医学管理、情報提供等に関連する評価については、**包括範囲から除く**

【包括範囲から除外されるもの（赤字は新たに除外されたもの）】

B001の2	特定薬剤治療管理料	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料
B001の9	外来栄養食事指導料	B001の11	集団栄養食事指導料
B001の14	高度難聴指導管理料	B001の16	喘息治療管理料
B001の20	糖尿病合併症管理料	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料
B001の23	がん患者指導管理料	B001の24	外来緩和ケア管理料
B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料		
B001の27	糖尿病透析予防指導管理料	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料
B001の34	二次性骨折予防継続管理料	B001の36	下肢創傷処置管理料
B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料
B001-2-6	救急外来医学管理料	B001-2-8	外来放射線照射診療料
B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	B001-3-2	ニコチン依存症管理料
B001-9	療養・就労両立支援指導料	B005-6	がん治療連携計画策定料
B005-6-2	がん治療連携指導料	B005-7	認知症専門診断管理料
B005-7-3	認知症サポート指導料	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料
B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	B006	救急救命管理料
B009	診療情報提供料（Ⅰ）	B009-2	電子的診療情報評価料
B010	診療情報提供料（Ⅱ）	B010-2	診療情報連携共有料
B011	連携強化診療情報提供料	B011-3	薬剤情報提供料
B012	傷病手当金意見書交付料	B013	療養費同意書交付料

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料 (I) (II)

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

(*) インスリン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、
インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

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

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月に1回以上は行うことを要件とする。**

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

（新設）眼科医療機関連携強化加算 **60点**
（患者1人につき年1回）

[算定要件]

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

（新設）歯科医療機関連携強化加算 **60点**
（患者1人につき年1回）

[算定要件]

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

生活習慣病管理料

外来データ提出加算の見直し

※現行の外来データ提出加算について、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、評価及び評価体系を見直す

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

外来データ提出加算 50点



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

<施設基準>

加算1	・十分な実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算2	・相当の実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算3	・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算

地域包括診療加算

イ 地域包括診療加算 1	
(1) 認知症を有する患者等	38点
(2) その他の慢性疾患等を有する患者	28点
ロ 地域包括診療加算 2	
(1) 認知症を有する患者等	31点
(2) その他の慢性疾患等を有する患者	21点
※外来データ提出加算 (月1回) (新設)	10点

【認知症を有する患者等(以下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
- ③ 1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患者(以下のいずれかに該当する者)】

- ・ 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
- ・ 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

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算

【算定要件等】

- ・ 認知症地域包括診療加算は、地域包括診療加算を統合
- ・ 院外処方を行う場合の連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする
- ・ 担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組みについて、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい

【外来データ提出加算】

- ・ 診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して提出している場合の評価を新設

【残薬対策】

- ・ 診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする
- ・ 算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する

地域包括診療加算・地域包括診療料

【薬剤適正使用連携加算（30点）】

※ 他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合においても、薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。

【算定要件】

地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、以下の全てを満たす場合に、3月に1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していた患者については、退院又は退所後1か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から3月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

※ 地域包括診療料についても同様。

特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価

初診料

(新設) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

[算定要件]

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。）
- ・ 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

(参考)

- 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し
 1. 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。
 - ▶ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関：
逆紹介割合の実績 30%未満 → 50%未満
 - ▶ 許可病床の数が400床以上の病院：逆紹介割合の実績 20%未満 → 40%未満
 2. 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。

連携強化診療情報提供料

連携強化診療情報提供料

1. 算定対象医療機関を、特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能とする。
2. 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うことについて、医療機関との間で合意を行い、当該合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合においても算定可能とする。
3. 算定可能回数を、患者1人につき3月に1回と見直す。

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料（月1回・6月を限度）

1 初回	800点 → 850点
2 2回目以降	400点 → 500点
※相談支援加算	50点 → 400点
<情報通信機器を用いて行った場合>	
1 初回	696点 → 740点
2 2回目以降	348点 → 435点

【算定要件等】

- ① 医療機関が受け取る勤務情報について、**患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」が、事業者の確認を経て医療機関に提供された場合**においても算定可能とする。
- ② **対象疾患の定めを廃止し、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの**に算定可能とする。
- ③ 2回目以降の指導について、**3月以上の期間**に渡って継続されている実態を踏まえ、算定可能な期間を**6月を限度**に見直す。

慢性心不全の再入院予防の評価

心不全再入院予防継続管理料（1日につき）（新設）	
イ 心不全再入院予防継続管理料1	1,000点
ロ 心不全再入院予防継続管理料2	
（1）6回目まで	700点
（2）7回目以降	225点
ハ 心不全再入院予防継続管理料3	
（1）6回目まで	400点
（2）7回目以降	225点

【対象患者】

- （1）慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの
 - ① 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること
 - ② 入院中に運動療法を実施していること
- （2）イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの
- （3）イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの

小児の成人移行期医療に係る受入の推進

※ 小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態である患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介を受け、**小児科以外の診療科を標榜する保険医療機関を受診する場合に、紹介を受けてから5年以内に限り**、難病外来指導管理料を算定可能とする。（難病外来指導管理料2の新設）

改定前		改定後	
難病外来指導管理料	270点	難病外来指導管理料	
		1 難病外来指導管理料1	270点
		2 難病外来指導管理料2	270点

[算定要件]

- (1) 1については、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疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 2については、**小児科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関**において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする入院中以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、**当該紹介を受けて初診を行った日から起算して5年以内の患者に限る。**）に対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、**月1回に限り算定する。**

遠隔連携診療料の評価の拡大

1. 遠隔連携診療料の**対象疾患**について、**希少がん及び医療的ケア児（者）**を追加し、**人口の少ない地域に所在する医療機関に限り、悪性腫瘍、膠原病及び透析を追加するとともに、評価を見直す。**
2. 遠隔連携診療料について、**在宅医療において主治医の求めを受けて情報通信機器を用いた診療を実施する場合の評価を新設する。**
3. 遠隔連携診療料について、**入院患者に対する情報通信機器を用いた対診に係る評価を新設する。**

改定前	
遠隔連携診療料（3月に1回）	
1 診断を目的とする場合	750点
2 その他の場合	500点



改定後	
遠隔連携診療料（3月に1回）	
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

機能強化加算（初診料）

※ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、機能強化加算について、要件を見直す

《施設基準》

◆ 以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。

イ	A001の注13	外来データ提出加算
ロ	B001-2-9の注4	外来データ提出加算
ハ	B001-3の注4	外来データ提出加算
ホ	B001-3-3の注4	外来データ提出加算
ト	C002の注13	在宅データ提出加算
リ	C002-2の注7	在宅データ提出加算
ヌ	C003の注7	在宅データ提出加算

◆ 「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（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。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こと。

（令和9年5月31日までの経過措置）

特定疾患療養管理料

※ 特定疾患療養管理料の対象となる疾病について、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（NSAIDs）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

《施設基準》

◆ 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患

胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（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。）

長期処方・リフィル処方箋

※5 後発医薬品への置き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み強化等による効率化 ▲0.15%

※ 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、特定疾患療養管理料等の要件に追加

(例) 特定疾患療養管理料

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上^{の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。

<院内掲示が求められる点数>

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

(注) 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、
生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）については、令和6年度改定で実施済み

投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上長期処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。



【参考】保険医療機関及び保険医療養担当規則(厚生労働省令)

第20条第2号 投薬

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

医院

骨塩定量検査

※ 関係学会における骨粗鬆症の治療管理での骨塩定量検査の位置づけを踏まえ、急激な骨減少又は増加をきたす病態や薬剤の投与時を除き、**算定回数を4月に1回から1年に1回とする。**

D217 骨塩定量検査

[算定要件]

骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断又はその経過観察を行った場合であって、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回に限り算定する。

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、アロマトラーゼ阻害薬、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

処方箋料

処方箋料		
内服薬6種類以内	60点	変更なし
内服薬7種類以上等	32点	変更なし
向精神薬の多剤投与	20点	変更なし
一般名処方加算1（後発品のあるすべての医薬品）	10点	8点(-2)
一般名処方加算2（1品目以上）	8点	6点(-2)

※ 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。

《算定要件》

一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品**及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品**（**バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。**）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品**及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品**（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

[処方箋様式]

1. 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。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
 - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
 - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
 - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

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				(枝番)			
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	男・女	電話番号								
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名							
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特記記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内は保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 (医療上必要)	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、後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"/> (<input type="checkbox"/> 回) <small>(※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)</small>										
備考	保険医署名 <small>(「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。)</small>										
	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										
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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 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				公費負担医療の受給者番号							
保険薬剤師氏名											

「リフィル可」の文字を大きく

チェック欄の追加
 「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」

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列5番を標準とすること。
 3. 療養の給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、「保険医氏名」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こと。

同一建物に居住する利用者への訪問看護

1. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価に見直す。
2. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合に、以下の規定を設ける。
 - (1) 適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、その時間を訪問看護記録書に記載すること。
 - (2) この場合の適切な指定訪問看護の時間とは、30分以上を標準とし、20分を下回るものは訪問看護基本療養費（Ⅱ）及びその加算等を算定できないこと。
 - (3) 前回提供した訪問看護の終了から2時間未満の間隔で、提供時間が20分以上30分未満の指定訪問看護を行う場合（緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算して1回とする。
3. 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、同一敷地内の建物も同一建物とする規定に見直しを行う。

同一建物に居住する利用者への訪問看護

訪問看護療養費(Ⅱ)

改定前		改定後	
イ 保健師、助産師又は看護師による場合 (ハを除く。)		イ 保健師、助産師又は看護師による場合 (ハを除く。)	
(1) 同一日に2人 ① 週3日目まで ② 週4日目以降	5,550円 6,550円	(1) 同一日に2人 ① 週3日目まで ② 週4日目以降	5,550円 6,550円
(2) 同一日に3人以上 ① 週3日目まで ② 週4日目以降	2,780円 3,280円	(2) 同一日に3人以上 9人以下 ① 週3日目まで ② 週4日目以降	2,780円 3,280円
		(3) 同一日に 10人以上19人以下 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,760円 2,660円
		(4) 同一日に 20人以上49人以下 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,710円 2,610円
		(3) 同一日に 50人以上 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,610円 2,510円

同一建物に居住する利用者への訪問看護

訪問看護療養費(Ⅱ)

改定前			改定後	
□ 准看護師による場合			□ 准看護師による場合	
(1) 同一日に2人		➡	(1) 同一日に2人	
① 週3日目まで	5,050円		① 週3日目まで	5,050円
② 週4日目以降	6,050円		② 週4日目以降	6,050円
(2) 同一日に3人以上			(2) 同一日に3人以上 9人以下	
① 週3日目まで	2,530円		① 週3日目まで	2,530円
② 週4日目以降	3,030円		② 週4日目以降	3,030円
			(3) 同一日に 10人以上19人以下	
			① 1月当たり20日目まで	2,520円
			② 1月当たり21日目以降	2,420円
			(4) 同一日に 20人以上49人以下	
		① 1月当たり20日目まで	2,470円	
		② 1月当たり21日目以降	2,370円	
		(3) 同一日に 50人以上		
		① 1月当たり20日目まで	2,370円	
		② 1月当たり21日目以降	2,270円	

同一建物に居住する利用者への訪問看護

訪問看護療養費(Ⅱ)

改定前		改定後	
ホ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合		ホ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合	
(1) 同一日に2人	5,050円	(1) 同一日に2人	5,050円
(2) 同一日に3人以上	2,780円	(2) 同一日に3人以上9人以下	2,780円
		(3) 同一日に10人以上19人以下 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,760円 2,660円
		(4) 同一日に20人以上49人以下 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,710円 2,610円
		(3) 同一日に50人以上 ① 1月当たり20日目まで ② 1月当たり21日目以降	2,610円 2,510円



包括型訪問看護療養費の新設

包括型訪問看護療養費 **(新設)**

1 単一建物居住者が20人未満の場合 イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 ハ 訪問看護時間が90分以上 ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合	7,000円 11,000円 13,500円 15,000円
2 単一建物居住者が20人以上50人未満の場合 イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 ハ 訪問看護時間が90分以上 ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合	6,300円 9,900円 12,820円 14,250円
3 単一建物居住者が50人以上の場合 イ 訪問看護時間が30分以上60分未満 ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満 ハ 訪問看護時間が90分以上 ニ 訪問看護時間が90分以上で別に厚生労働大臣が定める場合	5,950円 9,350円 12,420円 13,800円

短期滞在手術等基本料

1. 短期滞在手術等基本料1について、包括範囲内で実施される検査等の実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合

2,947点 → 2,947点

(2) (1)以外の場合

2,718点 → 2,718点

ロ イ以外の場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合

1,588点 → 794点

(2) (1)以外の場合

1,359点 → 679点

2. 短期滞在手術等基本料3について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加するとともに、既存の対象手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。
3. 短期滞在手術等基本料3について、DPC対象病院においても、短期滞在手術等基本料3を算定するよう、要件を見直す。
4. 短期滞在手術等基本料3について、対象手術等のうち外来での実施率が特に高いものについて、評価を見直すとともに、これらの手術等を外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

リハビリテーション総合実施計画評価料

1. リハビリテーションにかかる複数の計画書の様式を統一し、リハビリテーション総合実施計画料の評価を見直す。(2回目以降の引下げ)

リハビリテーション総合計画評価料			
1 リハビリテーション総合計画評価料1			
300点	➡	イ 初回の場合	300点
		□ 2回目以降	240点
2 リハビリテーション総合計画評価料2			
240点	➡	イ 初回の場合	240点
		□ 2回目以降	196点

2. 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料において、介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する目標設定等支援・管理料等を廃止する。
3. 目標設定等支援・管理料を算定していない者に対する減算規定を廃止する。

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

1 初回 12,000点

2 1の実施後3月以内に実施する場合
12,000点



1 初回

イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合
12,000点

ロ その他の場合 9,840点

変更なし



【算定要件】

(1) 「1」については、3月に1回に限り算定する。また、次のいずれかに該当するものは「イ」を算定し、その他のものは「ロ」を算定する。なお、「イ」を算定する場合は、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

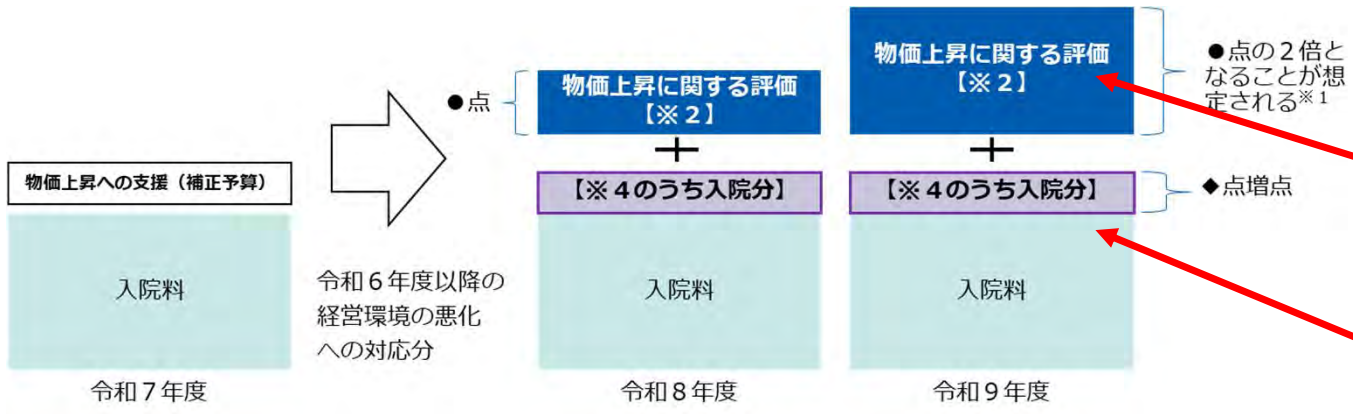
ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

(2) 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、(1)のア又はイのいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、(1)のア又はイのいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

9. 入院料の見直し(物賃対応)

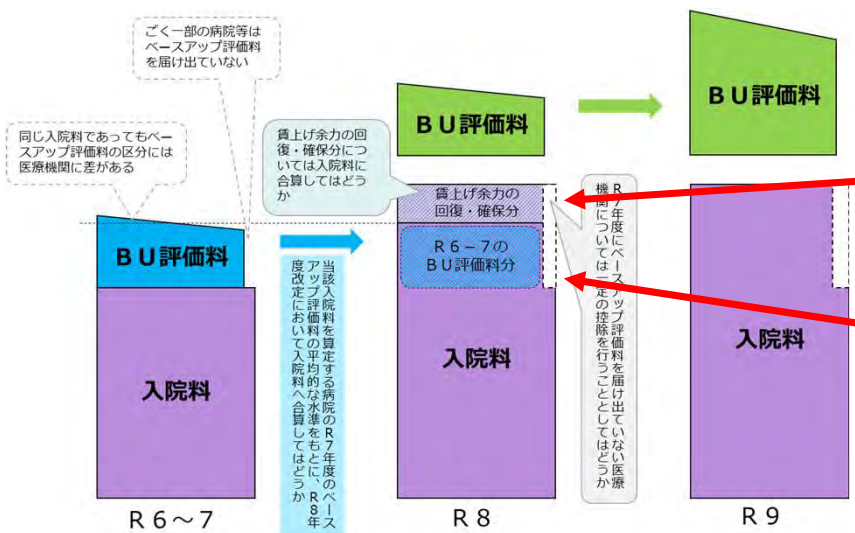
入院における物価上昇対応



大臣折衝※2
 ・令和8年度以降の物価上昇への対応として特別な項目を設定
 ・令和9年度は、令和8年度の2倍の評価

大臣折衝※4
 令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分を入院料に上乗せ

入院ベースアップ評価料に関する対応



大臣折衝※1
 令和9年度は、令和8年度の2倍の評価

大臣折衝※1
 +1.70%のうち+0.28%は入院料に合算する

令和6・7年度分の入院ベースアップ評価料については、入院料ごとのベースアップ評価料の平均的な水準をもとに、令和8年度改定において入院基本料合算する（※ただし、令和6・7年度にベースアップ評価料を届け出していない病院は減算）

出所：令和8年1月14日 中医協 総-5、総-6（一部改変）

入院料の見直し(物価対応)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
急性期一般入院料1	1,688点	1,847点	<ul style="list-style-type: none"> 診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料においても引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点	
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点	
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点	
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点	
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点	

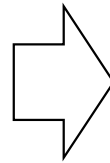
※その他の入院料等についても同様に対応

入院物価対応料(新設)	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
急性期一般入院料1	58点	116点	<ul style="list-style-type: none"> 入院料に上乘せ 令和9年度は、令和8年度の2倍の評価
急性期一般入院料2	45点	90点	
急性期一般入院料3	45点	90点	
急性期一般入院料4	45点	90点	
急性期一般入院料5	36点	72点	
急性期一般入院料6	34点	68点	

※その他の入院料等についても同様に対応

入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料163	163点
入院ベースアップ評価料164	164点
入院ベースアップ評価料165	165点



改定	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料250	250点
入院ベースアップ評価料251	251点
入院ベースアップ評価料252	252点
⋮	
入院ベースアップ評価料498	498点
入院ベースアップ評価料499	499点
入院ベースアップ評価料500	500点

【改定の概要】

現在は、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料165(165点)の範囲で算定



令和8年6月からは、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料250(250点)に算定範囲が拡大
 さらに令和9年6月からは、
 ベースアップ評価料251(251点)から
 ベースアップ評価料500(500点)までの点数も算定可能

入院料の見直し(物価対応)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
急性期一般入院料1	1,688点	1,847点	<ul style="list-style-type: none"> 診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料においても引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点	
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点	
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点	
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点	
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点	

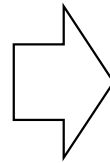
※その他の入院料等についても同様に対応

入院物価対応料(新設)	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
急性期一般入院料1	58点	116点	<ul style="list-style-type: none"> 入院料に上乘せ 令和9年度は、令和8年度の2倍の評価
急性期一般入院料2	45点	90点	
急性期一般入院料3	45点	90点	
急性期一般入院料4	45点	90点	
急性期一般入院料5	36点	72点	
急性期一般入院料6	34点	68点	

※その他の入院料等についても同様に対応

入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料163	163点
入院ベースアップ評価料164	164点
入院ベースアップ評価料165	165点



改定	
【入院ベースアップ評価料】	
入院ベースアップ評価料 1	1点
入院ベースアップ評価料 2	2点
入院ベースアップ評価料 3	3点
入院ベースアップ評価料 4	4点
入院ベースアップ評価料 5	5点
⋮	
入院ベースアップ評価料250	250点
入院ベースアップ評価料251	251点
入院ベースアップ評価料252	252点
⋮	
入院ベースアップ評価料498	498点
入院ベースアップ評価料499	499点
入院ベースアップ評価料500	500点

【改定の概要】

現在は、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料165(165点)の範囲で算定



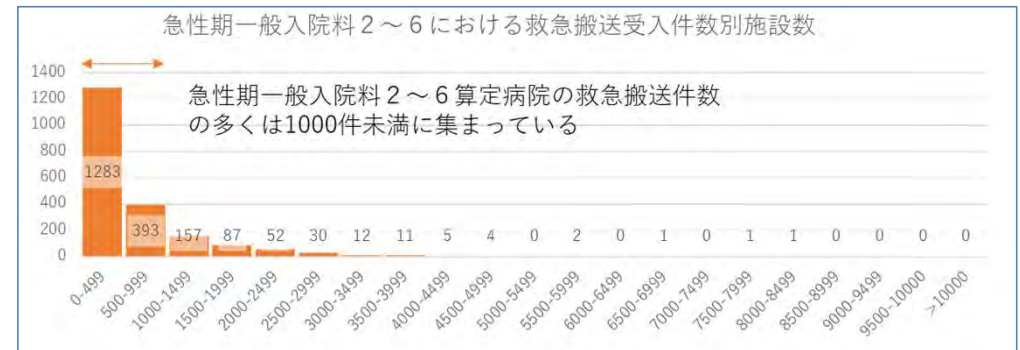
令和8年6月からは、
 ベースアップ評価料1(1点)から、
 ベースアップ評価料250(250点)に算定範囲が拡大
 さらに令和9年6月からは、
 ベースアップ評価料251(251点)から
 ベースアップ評価料500(500点)までの点数も算定可能

10. 急性期病院の入院料の見直し

急性期病院一般入院基本料の新設

考え方①

- ✓ 現在の急性期一般入院料1を算定する病院には、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々な病院があることが確認された。



- そこで、「**拠点的な急性期病院**」や「**地域の救急・急性期機能を担う病院**」について、病棟機能とともに、「**病院としての機能**」を踏まえた評価として、「**急性期病院一般入院基本料**」が新設されることになった。

- 「**拠点的な急性期病院**」 = 急性期病院A一般入院料
- 「**地域の救急・急性期機能を担う病院**」 = 急性期病院B一般入院料

- 新しい入院料が新設される一方で、現在の「急性期一般入院料1～6」も残るので、病院は、自院の状況等に応じて選択することが可能

急性期病院一般入院基本料の新設

考え方②

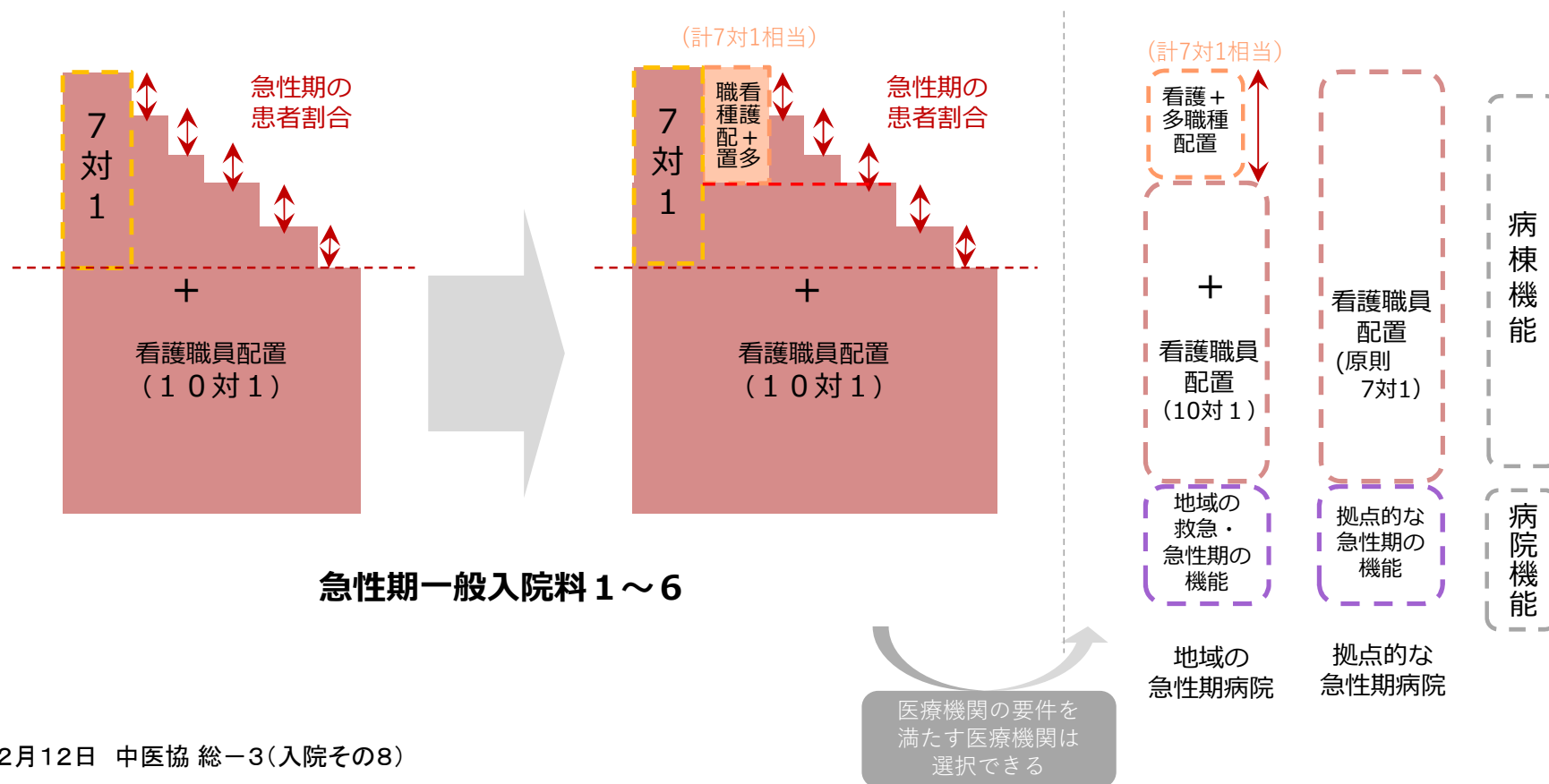
- ✓ 急性期一般入院料のうち、高齢の救急患者の多い病棟においては、多職種（薬剤師や理学療法士、管理栄養士、臨床検査技師など）の協働によりADL低下を防ぐ観点から、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みが提案された。

- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 残薬確認・処方依頼・セット 薬剤の準備・ミキシング 	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） 食事介助、口腔ケア 	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 食形態や経腸栄養剤の検討 ミーラウンドや食事変更の調整 栄養指導や食事に関する相談対応 	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> 検査の準備や実施 検査に関する患者への説明 	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。



急性期病院一般入院基本料の新設

主な施設基準の比較

	急性期病院A	急性期病院B
看護配置	7:1(看護師7割以上)	10:1(看護師7割以上)
平均在院日数	16日	21日
重症度、医療・看護必要度	割合①:2割7分 割合②:3割5分	割合①:2割7分 割合②:3割5分
急性期医療の実績	救急搬送件数 年2,000件以上 かつ 全身麻酔手術 年1,200件以上	以下のいずれかを満たす ①救急搬送件数 年1,500件以上 ②救急搬送件数 年 500件以上 全身麻酔手術 年 500件以上 ③所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数(年1,000件以上) ④離島の場合は所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数
DPC、 地域包括医療病棟、 地域包括ケア病棟等との関係	<ul style="list-style-type: none"> DPC対象病院であること 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の届出を行っていないこと 	<ul style="list-style-type: none"> DPC対象病院であること 地域包括医療病棟の届出を行っていないこと

急性期総合体制加算の新設

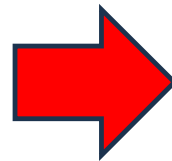
考え方

- ✓ 急性期の拠点的な機能を評価している「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」では、類似しているが異なる施設基準が設定されている等、複雑な評価となっていた
- ✓ 総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移行した病院では、精神病床数の減少がみられているが、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の確保を図る必要性もあった

➤ そこで、**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ことになった。

	14日以内
総合入院体制加算1	260点
総合入院体制加算2	200点
総合入院体制加算3	120点

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



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

総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準

診調組 入-1
7.9.18

- 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算1でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算1でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算1は急性期充実体制加算1と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算1 14日間 計4240点
	総合入院体制加算1のみの施設基準	急性期充実体制加算1のみの施設基準
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> 腹腔鏡下手術：100件/年以上 心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センター又は高度救命救急センター(急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可) 全身麻酔手術件数2000件/年以上 悪性腫瘍手術400件/年以上
総合的な診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科(産婦人科)の標榜と入院医療の提供 分娩件数 100件/年以上 放射線治療 4000件/年以上 精神科の24時間対応体制+入院受入体制 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療科1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上) 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 感染対策向上加算1 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出
その他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I：3割3分以上) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない 救急時医療情報閲覧機能を有している 外来を縮小する体制を有する 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている

注 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

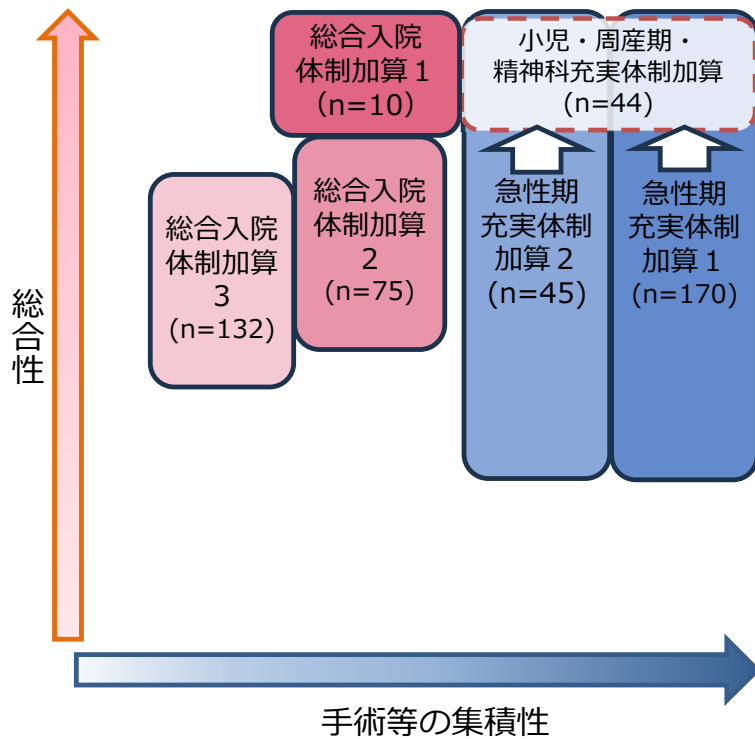
※ 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1では対象となる手術等が異なっている。

拠点的な医療機関の評価の考え方について(イメージ)

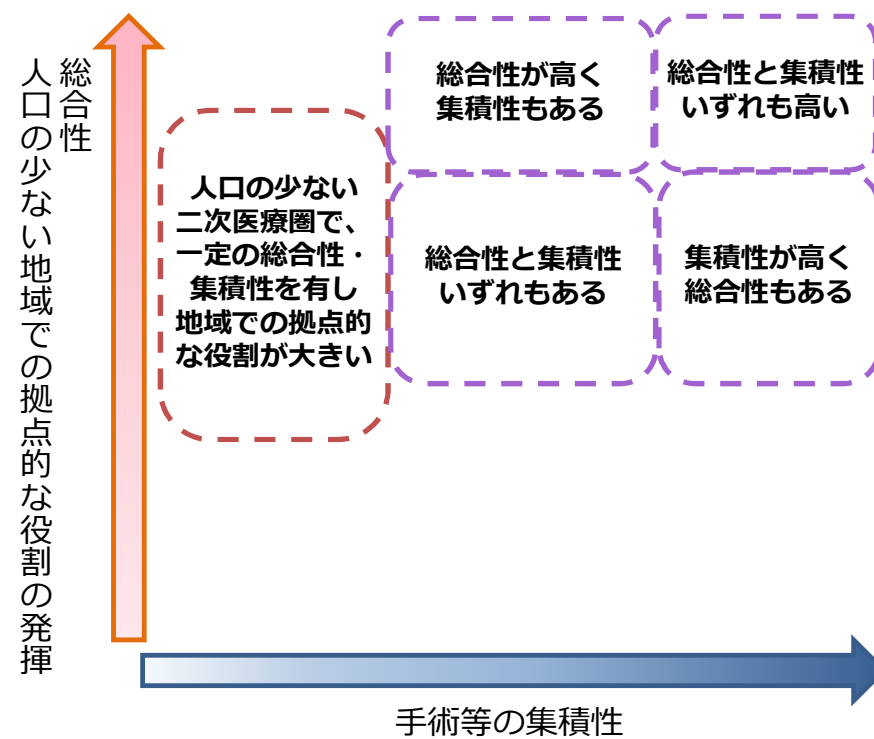
出所: 令和7年12月12日 中医協 総-3(入院その8)

- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は、手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- これらの評価を統合する場合、総合性や集積性に応じた類型を設けることが考えられるのではないか。
- また、人口の少ない二次医療圏で、一定の総合性・集積性を有し、救急医療等での地域での拠点的な役割が大きい医療機関については、拠点的な医療機関の一つの類型とすることが考えられるのではないか。

現行の評価内容のイメージ



統合する場合の考え方のイメージ



11. 重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

考え方

- ✓ 現行の重症度、医療・看護必要度では、手術症例に比べて、内科系疾患は点数が得られにくいという問題点があった
- ✓ また、救急搬送による入院の多くが「手術なし症例」であったが、救急搬送受入件数が多くても、手術なし症例が多い病院では、密度の高い医学的管理を実施しているにもかかわらず、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしにくい、という問題点もあった

➤ そこで、

- ① 内科系疾病に関連したA・C項目の追加と、
- ② 救急搬送受入件数に応じた加算を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応した場合の評価が、適切に重症度、医療・看護必要度に反映されるように見直しを行うことになった

地域包括医療病棟の見直し

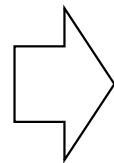
点数の見直し

- 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の診療を更に評価する。（入院料2）
- 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、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分ける。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）3,050点



改定

【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（当該病院に一般病棟入院基本料なし） | |
| イ | 入院料1〔緊急入院（手術なし）の患者〕 | 3,200点 |
| ロ | 入院料2〔緊急入院（手術あり）または予定入院（手術なし）の患者〕 | 3,100点 |
| ハ | 入院料3〔予定入院（手術あり）の患者〕 | 2,950点 |
| 2 | 地域包括医療病棟入院料2（当該病院に一般病棟入院基本料あり） | |
| イ | 入院料1〔緊急入院（手術なし）の患者〕 | 3,150点 |
| ロ | 入院料2〔緊急入院（手術あり）または予定入院（手術なし）の患者〕 | 3,050点 |
| ハ | 入院料3〔予定入院（手術あり）の患者〕 | 2,900点 |

地域包括医療病棟の見直し

施設基準の見直し

- 高齢者の特性に配慮し、「平均在院日数」及び「退院時のADLが低下したものの割合」について、85歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和する。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、「重症度、医療・看護必要度の基準」を見直す。

	現行	改定
平均在院日数	21日	21日（85歳以上の患者割合が2割を増すごとに+1日）
退院時のADLが低下したものの割合	5%未満	●%未満
重症度、医療・看護必要度 A3点、A2点かつB3点、C1点のいずれか	16%以上（必要度Ⅰ） 15%以上（必要度Ⅱ）	19%以上（必要度Ⅰ） 18%以上（必要度Ⅱ）

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の見直し

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進するため、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の体系を見直す。

ご清聴ありがとうございました。



都道府県医師会
社会保険担当理事 殿
郡市区医師会
社会保険担当理事 殿

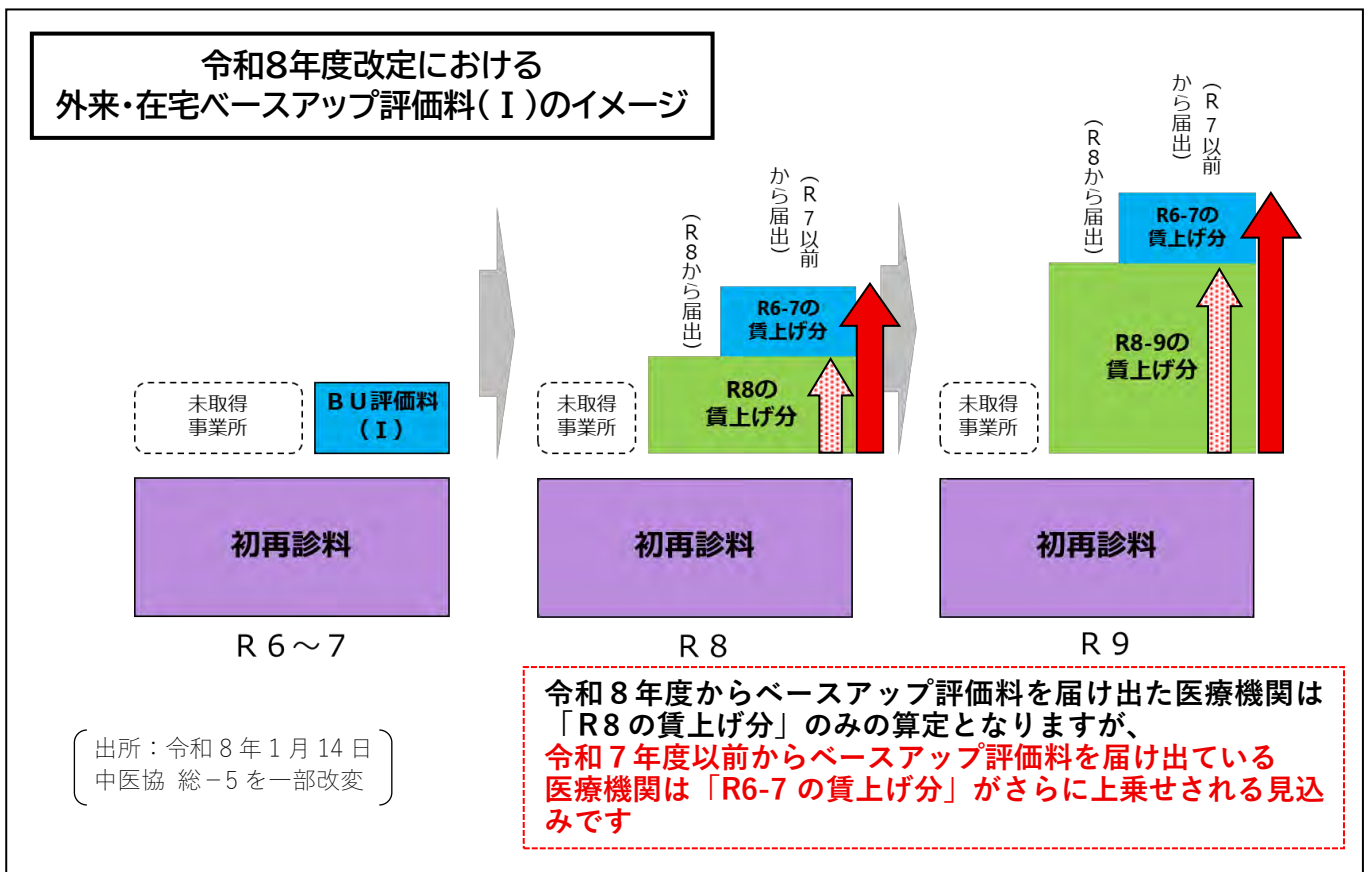
日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

【重要】2月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください(その2)
(まだ届出をされていない診療所・病院向け)

まだベースアップ評価料の届出をされていない医療機関に向けて、2月中の届出をお願いする文書をご案内申し上げたところですが(参考資料1ご参照)、本件は会員にとって大きなメリットとなる大変重要な事項でありますことから、改めてご案内申し上げます。是非、貴会会員への周知徹底をよろしくお願い申し上げます。

<2月中の届出をお願いする理由>

- ① 以下にお示しするとおり、令和8年6月から施行される令和8年度診療報酬改定では、ベースアップ評価料が見直され、令和7年度以前から届け出ている医療機関と、令和8年度から届け出る医療機関では、算定できる点数に差が付く見込みです。



② 診療所が「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」を届け出の際に必要な書類は、基本的には、直近1か月間の初・再診料等の算定回数を調べていただくだけで作成可能です。

また、事務職員であっても看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者や、パートの職員であっても、ベースアップ評価料による賃上げの対象とすることもできます。

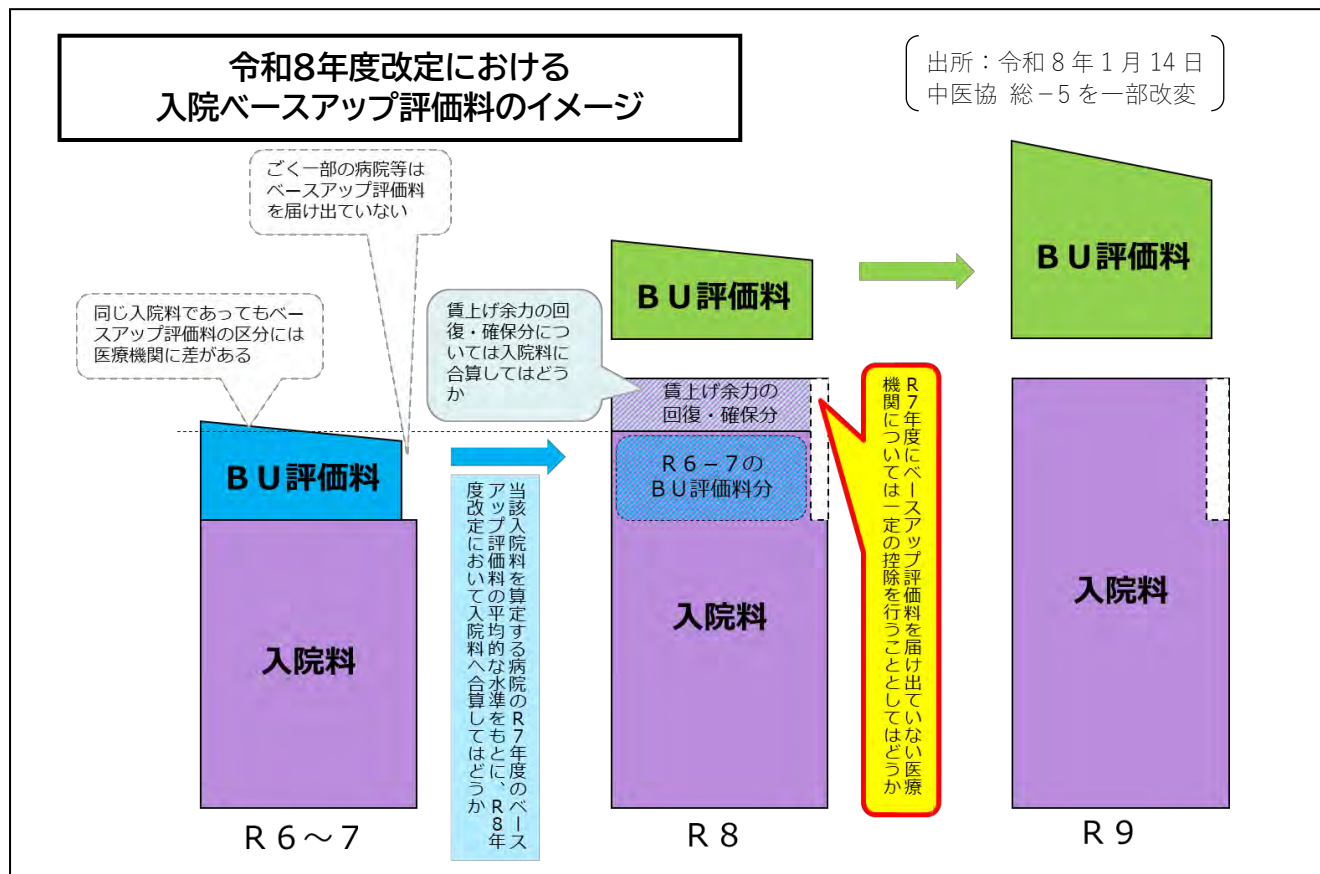
日本医師会のホームページには、当該書類の作成方法等を説明するスライド（参考資料1ご参照）も掲載しておりますので、ご活用ください。（日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和6年度診療報酬改定に関する情報」に掲載しております。）

③ 国の令和7年度補正予算における賃上げ支援事業として、診療所であれば1施設当たり15万円、有床診療所であれば1床当たり7.2万円の給付金が支給されることになりました。

本事業の対象となる診療所は、原則として、令和8年3月1日時点で「ベースアップ評価料」を届け出ている診療所とされております。

（※上記事業では、賃上げ支援事業のみならず物価支援事業も講じられております。詳細については、別途ご案内申し上げました参考資料2をご確認ください。）

④ また、病院においても、以下にお示しするとおり、令和8年度診療報酬改定では入院料の評価が見直され、令和7年度以前からベースアップ評価料を届け出ている医療機関と、令和8年度から届け出る医療機関では、算定できる点数に差が付く見込みであることから、まだ届出をされていない場合は2月中の届出をご検討ください。



(参考資料)

1. 令和8年1月28日付け日医発第1718号(保険)

「2月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください（まだ届出をされていない診療所向け）」

2. 令和8年1月27日付け日医発第1713号(医経)(保険)

「令和7年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施について」

(参考資料1)

日医発第 1718 号(保険)
令和 8 年 1 月 28 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿
郡市区医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

2 月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください (まだ届出をされていない診療所向け)

医療機関に勤務する職員の賃上げを実施するための診療報酬上の評価である「ベースアップ評価料」について、まだ届出をされていない診療所は、以下の理由により、2 月中に届出を行っていただきたく、今般、別添の説明資料を作成しましたので、貴会会員への周知徹底についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

< 2 月中の届出をお願いする理由 >

- ① 国の令和 7 年度補正予算における賃上げ支援事業として、診療所であれば 1 施設当たり 15 万円、有床診療所であれば 1 床当たり 7.2 万円の給付金が支給されることになりました。

本事業の対象となる診療所は、原則として、令和 8 年 3 月 1 日時点で「ベースアップ評価料」を届け出ている診療所とされております。

(※上記事業では、賃上げ支援事業のみならず物価支援事業も講じられております。詳細については、別途ご案内申し上げました令和 8 年 1 月 27 日付け日医発第 1713 号(医経)(保険)「令和 7 年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施について」をご確認ください。)

- ② 令和 8 年 6 月から施行される令和 8 年度診療報酬改定では、ベースアップ評価料が見直される見込みですが、令和 7 年度以前から届け出ている医療機関と、令和 8 年度から届け出る医療機関では、算定できる点数に差が付く方向性で検討中となっております。

(※「ベースアップ評価料」の見直しも含め、令和 8 年度診療報酬改定については、現在、中医協において検討中であり、正式な内容については、後日、改めてお知らせいたします。)

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和 6 年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

<添付資料>

2 月中に外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出をする場合の説明資料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

令和8年2月中の届出を是非ご検討ください

【理由】

- ・令和7年度 医療機関等における
賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施
- ・令和8年度診療報酬改定(賃上げ対応)



1

令和7年度補正予算

医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する
支援事業実施要綱（抜粋）

3. 診療所等賃上げ支援事業

(3) 本事業の対象となる医療機関

本事業の対象となる医療機関等のうち、

ア 有床診療所(医科・歯科)、無床診療所(医科・歯科)及び訪問看護ステーションは
令和8年3月1日時点でベースアップ評価料(※)を届け出ている施設

(※)「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料」、「入院ベースアップ評価料(医科)」、「入院ベースアップ評価料(歯科)」、「訪問看護ベースアップ評価料」のいずれかを指す。

(5) 給付金の支給額

給付金の支給額は以下のとおり算定する。

・ 有床診療所(医科・歯科)

許可病床数 × 72千円

(※:使用許可病床数が2床以下の場合は1施設 × 150千円を支給する。)

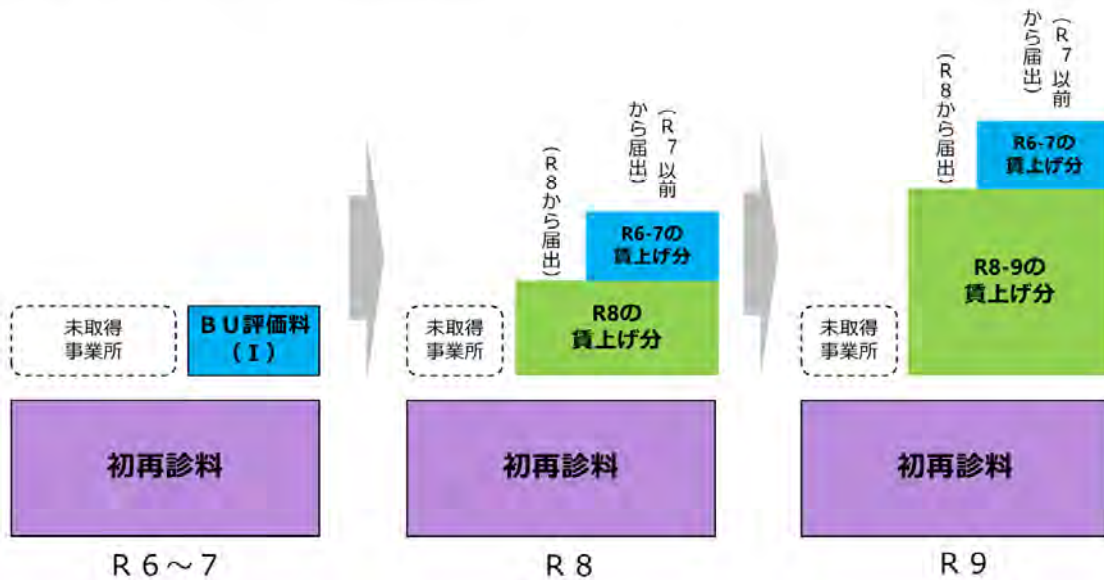
・ 無床診療所(医科・歯科)

1施設 × 150千円

2

外来・在宅ベースアップ評価料（I）に関する対応について（案）

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）については、現時点で未取得の医療機関が多いことから、令和8年度改定において同様の評価を設定する際には、令和6・7年度の算定状況に応じて、評価に差を設ける必要があるのではないか。



外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出状況

診療組 入-2
7. 8. 21

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。



届出受理医療機関割合（令和7年7月7日時点）

	医療機関数	届出受理数	届出受理割合
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
合計	162,949	67,260	41.3%

出典：保険局医療課調べ（保険医療機関等管理システムより集計）

（令和8年1月14日 中医協 総-5）

令和7年度補正予算の賃上げ支援事業において、例えば診療所（無床）であれば、1施設当たり15万円の給付金が支給されることになりました。
【支給を受ける要件】ベースアップ評価料 3/1時点での届出施設

- 「**外来・在宅ベースアップ評価料（I）**」のみを届け出る場合の**届出添付書類が大幅に簡素化**されています。
※届出書添付書類（Excel）には「別添」「計画書」「届出書」の3つのシートがありますが「別添」シートを入力するだけで、「計画書」と「届出書」は、ほぼ自動的に完成します。
- 基本的には、**直近1か月間の初・再診料等の算定回数を調べていただくだけで**、届出書添付書類の作成が可能です。
- 令和7年度補正予算及び令和8年度診療報酬改定の対応のために、届出をご検討ください。



2月中のベースアップ評価料の届出を是非ご検討ください!!

5

届出書作成のおおまかなイメージ

1. 直近1か月間の初・再診料等の算定回数を入力（事前にレセコンで調べておく）

2月に届出の場合は、1月の初・再診料等の算定回数を調べる

（1月の算定回数が通常と大きく違う場合や、季節変動がある場合は、過去3カ月間や半年間の平均等でも可）

（例）	1か月の算定回数	×	外来・在宅 ベースアップ評価料（I）	=	1ヶ月当たりの 算定金額
	初診料:100回	×	6点（初診時）	=	600点（6,000円）
	再診料:500回	×	2点（再診時）	=	1,000点（10,000円）
			合計		1,600点（16,000円）

初・再診料等の算定回数を入力すれば、ベースアップ評価料の算定金額見込みは自動計算される

2. 上記金額を1.165で割り、対象職員「全体」の賃金改善見込み額を設定

基本給等の引上げに連動して引き上がる法定福利費の事業主負担分等（16.5%）が持ち出しにならないように、差し引いた金額

（例）	1ヶ月当たりの 算定金額	÷	1.165	=	対象職員全体の 賃金改善見込み額
	16,000円	÷	1.165	=	13,734円



- 届出の際に、個々の対象職員の賃金や賃金改善見込み額を記載する必要はありません
 → 個々の職員の給与額は記載する必要がないので、職員に作成を任せることができます
- 対象職員の人数も記載する必要はありません

6

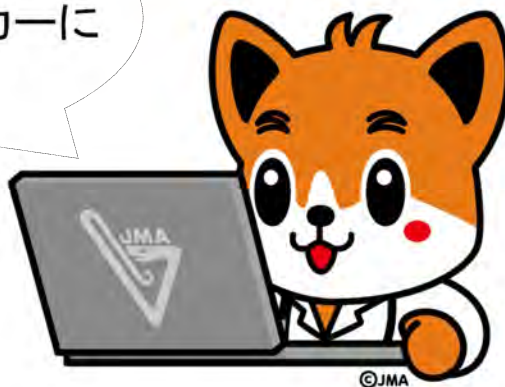
2月中の届出の場合 全体の流れ（目次）

- (1) 1月分の初診料・再診料の算定回数をレセコン等で調べておく
- (2) 届出様式の書類(エクセル・ファイル)を厚労省のサイトからダウンロード
- (3) エクセルのシートに入力→計画書・届出書が自動作成される
- (4) 作成したエクセル・ファイルを電子メールで地方厚生(支)局の都道府県事務所の専用メールアドレスに送信する
 - 専用メールアドレスは、エクセルのシートに都道府県名を入力すると、表示される
 - (メールが困難なら、書面提出も可)
- (5) 2月中の届出→3月1日からベースアップ評価料の算定開始
3月分給与から賃上げ(評価料の対象職員への配分)開始

7

(1) 1月分の初診料・再診料の算定回数をレセコン等で調べておく

操作方法が不明な場合は、
お使いのレセコンメーカーに
お問い合わせください



©JMA

8

(2) 届出様式の書類（エクセル・ファイル）を厚生労働省のサイトからダウンロードします

医療機関の届出にかかる負担軽減のため、令和7年1月にベースアップ評価料（I）専用届出様式を公開しました。この新しい様式は、厚生労働省や地方厚生（支）局のウェブサイトからダウンロードできます。

厚生労働省

ベースアップ評価料特設ページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html



または

新しい様式はこちら

--- 中略 ---

厚生労働省 ベースアップ評価料

2. 届出様式（医療機関用）

① 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月（令和8年3月）

② 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を終了する月（原則として3月）（令和8年3月）

9

(3) エクセルのシートに入力（全体像）

①届出に関する基本事項

②算定に関する事項

③賃金改善に関する事項

①届出に関する基本事項

届出種別：新届出

届出年月日：令和8年2月18日

医療機関コード：0123456

所在地：東京都

〒：〒100-0000

代表者氏名：田中 太郎

電話番号：03-XXXX-XXXX

②算定に関する事項

4 ベースアップ評価料算定期間

① 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月 令和8年3月

② 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を終了する月（原則として3月） 令和8年3月

5 外来・在宅ベースアップ評価料（I）等により算定される金額の見込み

【直近1か月間の算定回数（実績）】※記載上の注意2～10参照

点数表の項目	算定回数
③ 初診料等	100回
④ 再診料等	500回
⑤ 訪問診療料（同一建物以外）	0回
⑥ 訪問診療料（同一建物）	0回

⑦ ベースアップ評価料による算定金額の前年度からの繰越予定額 0円

1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み（①の1か月当たりの金額を含む） 16,000円

③賃金改善に関する事項

6 賃金改善実施期間

① 届出に係る年度において賃金改善を開始する月 令和8年3月

② 届出に係る年度において賃金改善を終了する月（原則として3月） 令和8年3月

7 対象職員（全体）の賃金改善見込み額

① 対象職員（全体）の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額 13,734円

② ①に併当賞与、時間外手当等の増加見込み額（現時点で不明の場合は0として構わない） 0円

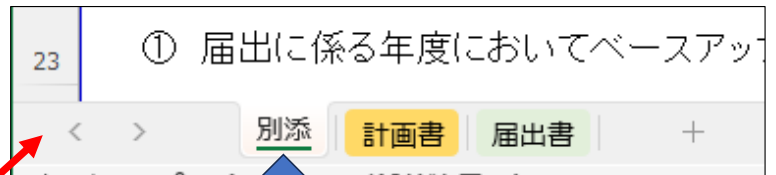
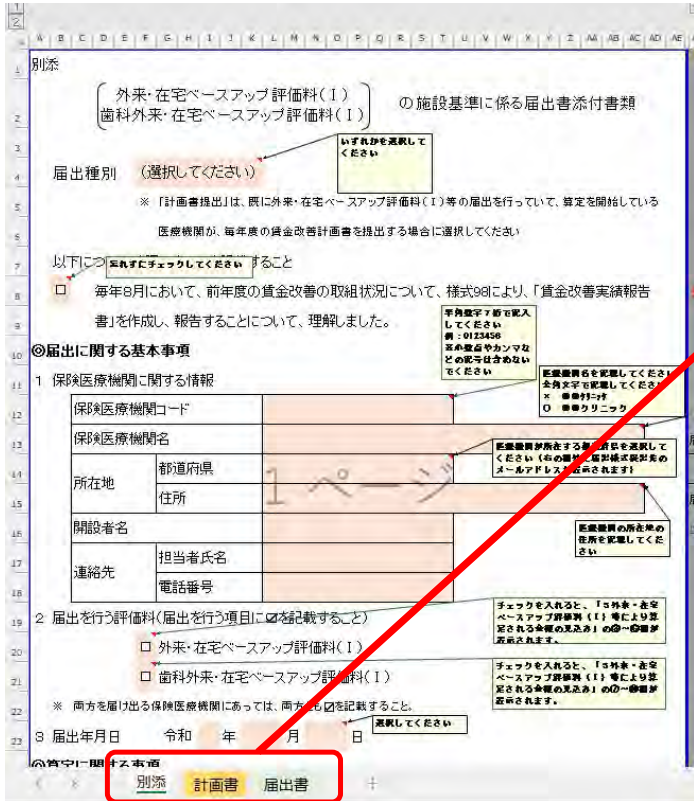
（参考）法定福利費（事業主負担分を含む）を含む増加額の目安 16,000円



それぞれの項目の入力例を順にお示します

10

エクセルを開いて、「別添」のシートを選びます



「別添」を選び、下にスクロールしていく

「別添」シート記載例 ①「届出に関する基本事項」 (2月中の届出の場合)

別添

外来・在宅ベースアップ評価料(1)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1) の施設基準に係る届出書添付書類

届出種別 **新規届出**

※「計画書提出」は、既に外来・在宅ベースアップ評価料(1)等の届出を行って、算定を開始している医療機関が、毎年度の資金改善計画書を提出する場合に選択してください

以下に必ずチェックしてください すること

毎年8月において、前年度の資金改善の取組状況について、様式98により、「資金改善実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

◎届出に関する基本事項

1 保険医療機関に関する情報

保険医療機関コード	0123456
保険医療機関名	●●クリニック
所在地	都道府県 東京都
住所	文京区 本駒込 ●-■-▲
開設者名	日医 太郎
連絡先	担当者氏名 日医 太郎 電話番号 03-XXXX-XXXX

2 届出を行う評価料(届出を行う項目に☑を記載すること)

外来・在宅ベースアップ評価料(1)

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)

①吹き出しの記載も参考にして、医療機関名等の基本事項を入力します。

②医療機関が所在する都道府県を選択します。

届出様式提出先のメールアドレス
baseup-hyoukaryou13@mhlw.go.jp

③届出様式を提出する厚生局のメールアドレスが自動的に表示されます。
(※このメールアドレスは、関東信越厚生局 東京事務所のメールアドレスです)

「別添」シート記載例 ②「算定に関する事項」(2月中の届出の場合)

4 ベースアップ評価料算定期間

① 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月 令和 8 年 3 月

② 届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を終了する月(原則として3月) 令和 8 年 3 月

※ ベースアップ評価料は、届出をした日の翌月1日(月の最初の開庁日に届出した場合は、当月1日)から算定可能。

【2月中の届出】

4 ベースアップ評価料算定期間

①算定開始月 令和8年3月

②算定終了月 令和8年3月

※令和8年3月の1ヶ月分のみ

「別添」シート記載例 ②「算定に関する事項」(2月中の届出の場合)

5 外来・在宅ベースアップ評価料(I)等により算定される金額の見込み

【直近1か月間の算定回数(実績)】※記載上の注意2~10参照

	点数表の項目	算定回数
医科 点数表	③ 初診料等	100 回
	④ 再診料等	500 回
	⑤ 訪問診療料(同一建物以外)	0 回
	⑥ 訪問診療料(同一建物)	0 回
歯科 点数表	⑦ 初診料等	回
	⑧ 再診料等	回
	⑨ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	回
	⑩ 歯科訪問診療料(同一建物)	回

⑪ ベースアップ評価料による算定金額の前年度からの繰越予定額

※ 初回届出時及び前年度からの繰越がない場合は0と記載すること。

⑫ 1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み
(⑪の1か月当たりの金額を含む)

レセコンで調べた直近1か月間(1月)の
③初診料
④再診料
等の算定回数を入力

1月分が通常と大きく違う場合、季節変動がある場合は、3カ月や1年間の平均でも可

前年度からの繰越がある場
⑪前年度からの繰越予定額
0円

⑫ベースアップ評価料の算定金額見込みが自動計算

自動計算され記載不要です

16,000 円

「別添」シート記載例 ③「賃金改善に関する事項」(2月中の届出の場合)

6 賃金改善実施期間

- ⑬ 届出に係る年度において賃金改善を開始する月 令和 8 年 3 月
- ⑭ 届出に係る年度において賃金改善を終了する月(原則として3月) 令和 8 年 3 月

※ ベースアップ評価料を算定している期間は、常にペア等による賃金改善を実施する必要がある。

選択してください
(原則として3月)

「⑬届出に係る年度において賃金改善を開始する月」は「①届出に係る年度においてベースアップ評価料の算定を開始する月」以前とすること。

【2月中の届出】

6 賃金改善実施期間

- ⑬開始月 令和8年3月
- ⑭終了月 令和8年3月

※令和8年3月の1ヶ月分のみ

⑫ ⑫ 1か月当たりの外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定金額の見込み
(⑪の1か月当たりの金額を含む)

16,000 円

記載不要です

7 対象職員(全体)の賃金改善見込み額

⑮ 対象職員(全体)の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額

13,734 円

対象職員全員の合計額
を記載してください

⑫ ÷ 1.165

⑯ ⑮に伴う賞与、時間外手当等の増加見込み額(現時点で不明の場合は0として構わない)

0 円

⑯不明なら0円

(参考)法定福利費(事業主負担分等を含む)を含む増加額の目安

16,000 円

⑫以上に

※ 「⑮対象職員(全体)の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額」には、「⑬届出に係る年度に
始する月」における対象職員(全体)の1か月の基本給等総額の増加額の見込みを記載すること。

⑮と⑯の数字から自動計算
されるため記載不要です

⑮対象職員(全体)の基本給等に係る1か月の賃金改善見込み額

基本給等の引上げに連動して引き上がる法定福利費の事業主負担分等が、医療機関の持ち出しにならないように
⑮の計算方法 ⑫の金額を1.165で割って、小数点以下を切り上げた数字

「(参考)法定福利費(事業主負担分等を含む)を含む増加額の目安」

この欄は「(⑮+⑯) × 1.165」により自動計算される
この金額を⑫の金額以上にする

「計画書」及び「届出書」記載例

以上で「別添」の入力は完成です。入力が完了すると「計画書」及び「届出書」の緑の部分下記のように自動的に作成されますので、確認の上、あわせて厚生局にメールで提出します。

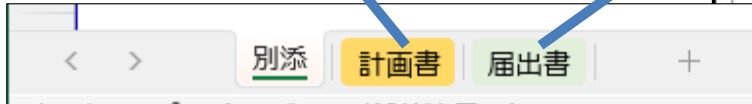
【計画書】完成例

別添		資金改善計画書（令和 7 年） <small>緑の欄は「別添」シートから転記されるため記載不要です</small>	
保険医療機関コード	0123456	保険医療機関名	●●クリニック
I. 資金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間			
(1) 資金改善実施期間	令和 8 年 3 月 ~ 令和 8 年 3 月	1	ヶ月
(2) ベースアップ評価料算定期間	令和 8 年 3 月 ~ 令和 8 年 3 月	1	ヶ月
※ ベースアップ評価料を算定している期間は、常にベースアップによる資金改善を実施する必要があります。 ※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下、「基本給等」という）の引上げ（以下、「ペア等」という）をいい、定期昇給は含まない。			
II-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【（2）の期間中】		「別添」シートの④から前年度のベースアップ評価料による算定金額見込みが自動計算されます	
(3) 算定金額の見込み	前年度の資金改善見込みが算定金額と前年度からの繰越額の合計に満たない場合に表示されます	16,000	円
(4) 翌年度への繰越予定額		0	円
(5) 前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）	「別添」シートの⑤の数字が転記されます	0	円
(6) 算定金額の見込み（繰越額調整後）【（3）-（4）+（5）】		16,000	円
II-2. 当年度における対象職員の資金改善の見込み額【（1）の期間中】		「別添」シートの⑥から前年度の資金改善見込み額が自動計算されます	
(7) 全体の資金改善の見込み額		16,000	円
(8) うちベースアップ評価料による算定金額の見込み【（6）の再掲】		16,000	円
III. 対象職員（全体）の資金改善の見込み額に係る事項			
(9) 基本給等に係る資金改善の見込み額（1か月分）	「別添」シートの⑦の数字が転記されます	13,734	円
本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に添付していることを誓約します。			
令和 8 年 2 月 10 日	開設者名	日医 太郎	

【届出書】完成例

別添2		特掲診療所の施設基準に係る届出書	
保険医療機関コード	0123456	又は保険薬局コード	
連絡先	担当者氏名	日医 太郎	
	電話番号	03-XXXX-XXXX	
【届出事項】			
外来・在宅ベースアップ評価料【1】		の施設基準に係る届出を必ずチェックしてください	
1 チェックしてください。すべての基準に適合していない場合は届出ができません。			
<input type="checkbox"/> 届出書を行う前6か月間において当該届出に係る事項に關し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに當る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 届出書を行う前6か月間において、健康保険法第15条第1項及び第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める要件事項等第三に規定する基準に適合したことがなく、かつ届出後戻していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第15条第1項及び第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める要件事項等第三に規定する基準に適合したことがなく、かつ届出後戻していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、厚生労働大臣の定める入居患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入居患者数の算定の方法及び規定する入居患者数の基準に該当する医療従事者又は医師等の員数の算定に當る保険医療機関でないこと。 <input type="checkbox"/> 届出書について、上記基準のすべてに適合しているため、別添の様式を添えて届出します。			
令和 8 年 2 月 10 日	保険医療機関・保険薬局の所在地 文京区 本駒込 ●-■-▲		
	及び名称 ●●クリニック		
	開設者名 日医 太郎		
	届出係 厚生局長 殿		

エクセルのシート



その他の留意点等

● 診療所の手間を軽減する観点からは、以下のような対応が考えられます。

- パートの対象職員も勤務時間を常勤換算した上で対象職員に含める。また、事務職員であっても看護補助など患者のサポートを通じて医療に従事する業務も行う者は、「その他医療に従事する職員」として対象職員に含める。
- 職員ごとの分配方法
 - 最も簡単な方法：対象職員の賃上げは、全職員、同一の金額とする。（パート職員については、常勤換算数に応じた金額とする。）
 - 面倒にはなるが、職員ごとに異なる賃上げ額としてもかまわない
- 賃金規程を見直し、「ベースアップ評価手当として支給すること」、「本手当は賞与の額に影響しないこと」、「本手当は診療報酬におけるベースアップ評価料をもとに支給されているため、本制度が改定された場合は、見直しを行うことができること」等を規定する。

令和 8 年 1 月 27 日

都道府県医師会

担当理事 殿

公益社団法人 日本医師会

常任理事 長島 公之

常任理事 宮川 政昭

(公印省略)

令和 7 年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する
支援事業の実施について

令和 7 年度補正予算による「医療・介護等支援パッケージ」については、令和 7 年 12 月 5 日付文書 (日医発第 1454 号) 等にてお知らせをしているところです。

今般、厚生労働省医政局長、医薬局長より、「令和 7 年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施について」が発出されました。

本通知は「医療・介護等支援パッケージ」のうち、「医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」について、「1. 病院賃上げ支援事業」、「2. 病院物価支援事業」、「3. 診療所等賃上げ支援事業」、「4. 診療所等物価支援事業」が実施されることを示すものです。

なお、「1」及び「2」(病院)については、実施主体は国(厚生労働大臣)となります。給付金の手続きの詳細については、後日、国より直接、病院へ連絡がいくとのことですので、お待ちください。

「3」及び「4」(診療所等)については、実施主体が都道府県となります。本事業については国から都道府県に対して年度内執行に向けての要請がなされているところですが、都道府県医師会におかれましても、都道府県に対し、今年度中に給付金が支給されるよう早期執行の働きかけをお願いいたします。

その他、本事業の詳細については、添付の実施要綱をご確認ください。

「1」及び「3」の賃上げ支援事業における「賃金改善の内容」については、実施要綱上、原則として 12 月から 5 月までの間、ベースアップ等を実施することとされていますが、本会としては現実的には 12 月から 3 月分までは一時金、4 月及び 5 月分はベースアップ等による方法(ただし書きの方法)が中心になると考えます。

また、「1」及び「3」の賃上げ支援事業については、対象施設は下記の通りとなります。

1. 病院賃上げ支援事業 令和 8 年 2 月 1 日時点でベースアップ評価料を届け出ている病院
2. 診療所等賃上げ支援事業 令和 8 年 3 月 1 日時点でベースアップ評価料を届け出ている診療所等（※）

（※）院長と医療に従事しない専ら事務作業を行う職員のための診療所等、現在の制度上、ベースアップ評価料が届け出られない有床診療所、無床診療所及び訪問看護ステーションのうち、令和 8 年 6 月 1 日時点で令和 8 年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出る施設も対象

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知をいただくとともに、ベースアップ評価料の届出をまだされていない診療所におかれましては、令和 8 年 2 月中の届出をご検討いただきますよう、周知のご協力をお願い申し上げます。

令和 8 年度診療報酬改定においても、さらなる賃上げ対応の評価が検討されています。

これまでもご案内しておりますが、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のみを届け出る場合の届出添付書類は大幅に簡素化されています。令和 7 年度補正予算の本事業及び令和 8 年度診療報酬改定の対応のためにも、2 月中のベースアップ評価料の届出を是非ご検討いただきますよう、お願い申し上げます。

なお、日本医師会では、ベースアップ評価料の届出を行う医療機関に向け、届出書類の作成手順を解説した資料と動画をメンバーズルームに掲載しておりますので、あわせてご周知頂ければ幸いです。

（日本医師会メンバーズルーム）

<https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/index.html>

以 上

【添付資料】

・令和 7 年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施について（令和 8 年 1 月 26 日 厚生労働省医政局長、医薬局長）

医政発 0126 第 67 号
医薬発 0126 第 1 号
令和 8 年 1 月 26 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
厚生労働省医薬局長
(公 印 省 略)

令和 7 年度 医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施について

標記の事業については、別紙「医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により行うこととしたので通知する。

なお、貴管下関係者に対しては、貴職からこの旨通知されたい。

医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業実施要綱

1. 病院賃上げ支援事業

(1) 目的

本事業は、医療機関等が賃金・物価上昇の影響を受けている状況を踏まえ、医療機関等の従事者の処遇の改善につなげるため、病院（健康保険法（大正十一年法律第七十号）上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績がある施設に限る。本実施要綱においては以下同じ。）に対して賃上げに必要な経費として給付金を支給するとともに、これを確実な賃上げに繋げることを目的とする。

(2) 実施主体

厚生労働大臣とする。

(3) 本事業の対象となる医療機関

本事業の対象となる医療機関（以下「対象医療機関」という。）は、病院であって、令和8年2月1日時点でベースアップ評価料（※）を届け出ている病院とする。

（※）「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料」、「入院ベースアップ評価料（医科）」、「入院ベースアップ評価料（歯科）」、「訪問看護ベースアップ評価料」のいずれかを指す。

(4) 本事業の対象者

本事業による賃上げ支援の対象者は、対象医療機関の開設者と労働契約を締結している者（非常勤職員を含む。以下「対象職員」という。）であり、次に掲げる者以外であること。

- ① 病院長
- ② 対象医療機関を開設する法人の理事長、対象医療機関を運営する個人事業主

(5) 給付金の支給額

賃上げに必要な経費として許可病床数（※）×84千円を支給する。

（※）医療法第27条の使用許可を受けた病床数であって令和7年8月1日時点の病床数とする。ただし、令和6年度補正予算事業「病床数適正化支援事業」（令和7年度に繰り越して実施）により同年8月2日以降に削減した病床数を除くこと。本実施要綱においては以下同じ。

(6) 本事業の内容

本事業は対象医療機関に(5)で算定した額を支給し、対象医療機関がこれを活用して対象職員の賃金改善を行うことを目的とする。

(7) 賃金改善(※)の内容

原則として、本事業の支給額を活用して令和7年12月から令和8年5月までの間、対象職員のベースアップ(基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ。以下同じ。)を実施するとともに、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大すること。

ただし、賃金表や給与規程等の変更に時間を要する場合は、令和8年6月1日から対象職員のベースアップを行うことを前提に、令和7年12月から令和8年3月までの4ヶ月分の一時金又は特別手当を、令和8年3月までの間に対象職員に支給することができるが、その場合は4月から5月までベースアップを実施するとともに、支給した一時金又は特別手当に相当する水準のベースアップを対象職員に対して令和8年6月1日から行うこと。

(※) 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に本事業の支給額を充てることができる。その上で余剰が生じている部分は賃金改善に充てること。

(※) 賃金改善の内容には賃金水準や基本給の引上げに伴い増加する法定福利費等の事業主負担分も含むものとする。

(※) 定期昇給による賃金の上昇部分、診療報酬及び他の補助金等(補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第二条第一項に規定する補助金等又は地方自治法第二百三十二条の二の規定により地方公共団体が支出する補助金)を財源として行っている部分に充てることはできない。

(8) 留意事項

① 本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させていないこと。また、例えば、一部の対象職員に本事業による賃金改善を集中させることや、同一法人内の一部の対象医療機関のみに賃金改善を集中させることなど、著しく偏った配分は行わないこと。

その上で、医療機関の実情に応じて、職種ごとに傾斜配分することは認められるものであり、例えば、賃金水準が全産業平均と比べて高い職種(例:医師・歯科医師等)への配分額を相対的に小さくする一方、賃金水準が全産業平均と比べて低い職種(例:看護補助者等)に対しては、重点的に配分することが考えられる。

なお、現在、ベースアップ評価料の対象とされていない職種の賃金改善にも配分することはできるが、当該職種が令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の対象とならない場合(※)、当該職種の令和8年6月以降のベースアップのための特別の財源は措置されない点に留意すること。

(※) 現時点でベースアップ評価料の対象とすることが検討されている職種

- ・ 事務職員
- ・ 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師

(40歳以上の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師は、現在のベースアップ評価料の対象になっておらず、現時点で対象に含めることは検討されていない。)

② 補助金の返還について

ア 本事業では、賃上げに必要な経費を予め対象医療機関に補助したうえで、対象医療機関がこれを活用して令和8年3月までの間に賃金改善を実施し、6月1日からベースアップを実施したことを確認する。

具体的には、令和8年8月1日までに「賃金改善報告書」(別紙様式2)を厚生労働大臣に提出し、厚生労働大臣において(5)で算定した支給額の全部が(7)の内容に充てられていることを確認する。

イ アの確認の結果、(5)で算定した支給額の全部又は一部が(7)の内容に充てられていなかった場合は、支給額の全部又は一部を減額して交付額を確定し、減額分の返還を求める。

ウ 令和8年1月1日において廃院している場合(本事業の申請時点で同年1月2日以降に廃院を予定している場合を含む。)は支給対象外とする。また、給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃院した場合は給付金の全部の返還を求める。ただし、事業譲渡等による廃院であって譲受先において引き続き診療を継続している等、厚生労働大臣においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。

エ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合は給付金の全部の返還を求める。

③ 本事業の実施にあたり、本要綱に定めのない事項については、厚生労働省医政局医療経営支援課と別途、協議することとする。

2. 病院物価支援事業

(1) 目的

本事業は、医療機関等が令和6年度診療報酬改定以降の物価動向等を背景とする足元の物価高騰に対応できるよう、病院に対して診療等に必要な経費に係る物価上昇へ対応するための給付金を支給し、経営の改善に繋げ、地域医療提供体制の確保を図ることを目的とする。

(2) 実施主体

厚生労働大臣とする。

(3) 本事業の内容

本事業は、病院に対して(4)で算定した給付金を支給する。

(4) 給付金の支給額

本事業の支給額は、病院の許可病床数に111千円を乗じた額に、下表に記載する①救急に対応する病院への加算、②全身麻酔手術を行う病院への加算、③分娩を行う病院への加算(いずれも併給不可。)のいずれか高い加算額を加えた額とする。

また、①、②又は③の加算の判定に用いる「救急車の受入件数」、「全身麻酔の手術総数」又は「分娩件数」は、令和6年度病床機能報告における報告数(令和5年4月1日から令和6年3月31日までの件数)又は令和7年度病床機能報告における報告数(令和6年4月1日から令和7年3月31日までの件数)のいずれか高い報告数を用いる。

なお、上記の加算の判定に用いた「救急車の受入件数」には、平成20年5月26日付け障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知の別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」に定める第4条の規定に基づき、都道府県又は指定都市(以下「都道府県等」という。)により指定された精神科救急医療確保事業に参画している医療施設及び身体合併症対応施設が都道府県等に報告した別紙様式1の「受診時間帯」の合計(上記の加算の判定に用いた期間と同一の期間における報告数)を加えることができる。

1 給付額	2 対象経費
111千円に許可病床数を乗じた額に 下表の①、②又は③のいずれかの加算額を加えた額	診療に必要な経費

【①救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車の受入件数 1件以上1,000件未満	救急車の受入件数 1,000件以上	救急車の受入件数 2,000件以上
加算額	5,000千円	15,000千円	30,000千円

1施設あたり	救急車の受入件数 3,000件以上	救急車の受入件数 5,000件以上	救急車の受入件数 7,000件以上
加算額	90,000千円	150,000千円	200,000千円

なお、都道府県の医療計画上、三次救急病院に指定されている病院については、以下の表に基づき加算する。

1施設あたり	救急車の受入件数 1件以上1,000件未満	救急車の受入件数 1,000件以上	救急車の受入件数 2,000件以上
加算額	100,000千円	100,000千円	100,000千円

1施設あたり	救急車の受入件数 3,000件以上	救急車の受入件数 5,000件以上	救急車の受入件数 7,000件以上
加算額	100,000千円	150,000千円	200,000千円

【②全身麻酔の手術を行う病院への加算】

(①のうち救急車受入件数が3,000件未満の病院に限る。ただし、三次救急病院は適用しない。)

1施設あたり	全身麻酔の手術総数 800件以上2,000件未満	全身麻酔の手術総数 2,000件以上
加算額	20,000千円	80,000千円

【③分娩を行う病院への加算】

(①のうち救急車受入件数が3,000件未満の病院に限る。ただし、三次救急病院は適用しない。)

1施設あたり	分娩件数に3を乗じた数 800件以上2,000件未満	分娩件数に3を乗じた数 2,000件以上
加算額	20,000千円	80,000千円

(5) 留意事項

- ① (4) に規定する加算の判定では、
 - ア 「病床機能報告」や「精神科救急医療体制整備事業」により対象施設から厚生労働省へ報告があった報告数と、
 - イ 本事業において対象施設から申請があった報告数を比較して、一致した報告数に基づいて判定を行う。
なお、それぞれの報告数が一致しない場合はアに基づいて判定を行う。

- ② 給付金の支給について
 - ア 給付金の支給を受けようとする対象施設は厚生労働大臣に対して第1号様式による「支給申請書兼請求書」及び「病院物価支援事業申請書兼実績報告書」に厚生労働大臣が必要と認める書類を添えて申請を行う。
 - イ 厚生労働大臣は、給付金の支給について、可能な限り速やかに開始できるよう努めた上で、申請受付開始日や申請期限を決定するものとする。

- ③ 給付金の返還について
厚生労働大臣は、給付金の支給を受けた開設者又は開設者であった者が以下のア又はイに定める事項に該当する場合、支給を行った給付金全額の返還を求める。
 - ア 令和8年1月1日において廃院している場合（本事業の申請時点で同年1月2日以降に廃院を予定している場合を含む。）は支給対象外とする。また、給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃院した場合は給付金の全部の返還を求める。ただし、事業譲渡等による廃院であって譲受先において引き続き診療を継続している等、厚生労働大臣においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。
 - イ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合。

- ④ 本事業の実施にあたり、本要綱に定めのない事項については、厚生労働省医政局医療経営支援課と別途、協議することとする。

3. 診療所等賃上げ支援事業

(1) 目的

本事業は、医療機関等が賃金・物価上昇の影響を受けている状況を踏まえ、医療機関等の従事者の処遇の改善につなげるため、都道府県が有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）、薬局及び訪問看護ステーション（いずれも健康保険法（大正十一年法律第七十号）上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績がある施設に限る。本実施要綱においては以下同じ。）に対して賃上げに必要な経費として給付金を支給するための経費を補助し、確実な賃上げに繋げることを目的とする。

(2) 実施主体

都道府県とする。

(3) 本事業の対象となる医療機関

本事業の対象となる医療機関等（以下「対象医療機関等」という。）のうち、
ア 有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び訪問看護ステーションは令和8年3月1日時点でベースアップ評価料（※1）を届け出ている施設

イ 薬局は令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出ることを誓約（※2）する施設

ウ 医師又は歯科医師である院長と医療に従事しない専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行う職員のみ診療所等、現在の制度上、ベースアップ評価料が届け出られない有床診療所、無床診療所及び訪問看護ステーションのうち、令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出ることを誓約（※2）する施設

とする。

（※1）「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料」、「入院ベースアップ評価料（医科）」、「入院ベースアップ評価料（歯科）」、「訪問看護ベースアップ評価料」のいずれかを指す。

（※2）「賃金改善報告書」（別紙様式2）において令和8年6月1日から令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出たことを報告することとする。なお、現在、当該評価料は内容が検討されているところであり、今後、変更があり得ることから、当該評価料の対象とならなかった施設の取扱いは、返還も含めて、厚生労働省医政局医療経営支援課（薬局については医薬局総務課）と協議の上、決定する。

(4) 本事業の対象者

本事業による賃上げ支援の対象者は、対象医療機関等の開設者と労働契約を締結している者（非常勤職員を含む。以下「対象職員」という。）であり、次に掲げる者以外であること。

- ① 対象医療機関等の管理者
- ② 対象医療機関等を開設する法人の理事長
対象医療機関等を運営する個人事業主
- ③ 薬局の開設者

(5) 給付金の支給額

給付金の支給額は以下のとおり算定する。

- ・ 有床診療所（医科・歯科）
許可病床数×72 千円（※1）
（※1）使用許可病床数が2床以下の場合は1施設×150 千円を支給する。
- ・ 無床診療所（医科・歯科）
1施設×150 千円
- ・ 訪問看護ステーション
1施設×228 千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数（※2）として1店舗以上5店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局
1施設×145 千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数（※2）として6店舗以上19店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局
1施設×105 千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数（※2）として20店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局
1施設×70 千円
（※2）厚生（支）局へ届出を行っている「保険薬局における施設基準届出状況報告書（別紙様式3）または特掲診療料の施設基準等に係る届出書」に記載している令和7年4月30日時点の数とする。以下4.（4）において同じ。

(6) 本事業の内容

本事業は対象医療機関等に給付金を支給し、対象医療機関等がこれを活用して対象職員の賃金改善を行うことを目的とする。

(7) 賃金改善 (※) の内容

原則として、本事業の支給額を活用して令和7年12月から令和8年5月までの間、対象職員のベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ。以下同じ。）を実施するとともに、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大すること。

ただし、賃金表や給与規程等の変更に時間を要する場合は、令和8年6月1日から対象職員のベースアップを行うことを前提に、令和7年12月から令和8年3月までの4ヶ月分の一時金又は特別手当を、令和8年3月までの間に対象職員に支給することができるが、その場合は4月から5月までベースアップを実施するとともに、支給した一時金又は特別手当に相当する水準のベースアップを対象職員に対して令和8年6月1日から行うこと。

(※) 令和7年度の対象職員のベースアップについて、令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施している場合は、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に本事業の支給額を充てることができる。その上で余剰が生じている部分は賃金改善に充てること。

(※) 賃金改善の内容には賃金水準や基本給の引上げに伴い増加する法定福利費等の事業主負担分も含むものとする。

(※) 定期昇給による賃金の上昇部分、診療報酬及び他の補助金等（補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第二条第一項に規定する補助金等又は地方自治法第二百三十二条の二の規定により地方公共団体が支出する補助金）を財源として行っている部分に充てることはできない。

(8) 留意事項

① 本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていないこと。また、例えば、一部の対象職員に本事業による賃金改善を集中させることや、同一法人内の一部の対象医療機関等のみに賃金改善を集中させることなど、著しく偏った配分は行わないこと。

その上で、医療機関の実情に応じて、職種ごとに傾斜配分することは認められるものであり、例えば、賃金水準が全産業平均と比べて高い職種（例：医師・歯科医師等）への配分額を相対的に小さくする一方、賃金水準が全産業平均と比べて低い職種（例：看護補助者等）に対しては、重点的に配分することが考えられる。

なお、現在、ベースアップ評価料の対象とされていない職種の賃金改善にも配分することはできるが、当該職種が令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料の対象とならない場合(※)、当該職種の令和8年6月以降のベースアップのための特別の財源は措置されない点に留意すること。

(※) 現時点でベースアップ評価料の対象とすることが検討されている職種

- ・ 事務職員
- ・ 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師

(40歳以上の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師は、現在のベースアップ評価料の対象になっておらず、現時点で対象に含めることは検討されていない。)

② 補助金の返還について

ア 本事業では、賃上げに必要な経費を予め対象医療機関等に補助したうえで、対象医療機関等がこれを活用して令和8年3月までの間に賃金改善を実施し、6月1日からベースアップを実施したことを確認する。

具体的には、令和8年8月1日までに「賃金改善報告書」(別紙様式2)を都道府県知事に提出し、都道府県知事において(5)で算定した支給額の全部が(7)の内容に充てられていることを確認する。

イ アの確認の結果、(5)で算定した支給額の全部又は一部が(7)の内容に充てられていなかった場合は、支給額の全部又は一部を減額して交付額を確定し、減額分の返還を求める。

ウ 令和8年1月1日において廃院・廃止している場合(本事業の申請時点で同年1月2日以降に廃院・廃止を予定している場合を含む。)は支給対象外とする。また、給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃院・廃止した場合は給付金の全部の返還を求める。ただし、事業譲渡等による廃院・廃止であって譲受先において引き続き診療等を継続している等、都道府県知事においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。

エ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合は給付金の全部の返還を求める。

③ 本事業の実施にあたり、本要綱に定めのない事項については、厚生労働省医政局医療経営支援課(薬局については医薬局総務課)と協議の上、決定する。

4. 診療所等物価支援事業

(1) 目的

本事業は、医療機関等が令和6年度診療報酬改定以降の物価動向等を背景とする足元の物価高騰に対応できるよう、有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び薬局に対して診療等に必要な経費に係る物価上昇へ対応するための給付金を支給し、経営の改善に繋げ、地域医療提供体制の確保を図ることを目的とする。

(2) 実施主体

都道府県とする。

(3) 本事業の内容

都道府県が有床診療所（医科・歯科）、無床診療所（医科・歯科）及び薬局（以下「対象施設」という。）に対して（4）に定める額を支給する。

(4) 給付金の支給額

- ・ 有床診療所（医科・歯科）
使用許可病床数×13千円（※）
（※）使用許可病床数が13床以下の場合は1施設×170千円を支給する。
- ・ 無床診療所（医科・歯科）
1施設×170千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数として1店舗以上5店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局）
1施設×85千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数として6店舗以上19店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局）
1施設×75千円
- ・ （所属する同一グループ内の保険薬局の数として20店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局）
1施設×50千円

(5) 留意事項

① 歯科技工所への対応について

給付金の支給を受けた無床診療所（歯科）は歯科技工所への委託料への適切な転嫁を行うなど、歯科技工所における物価高騰への対応にも配慮すること。

② 給付金の支給について

ア 給付金の支給を受けようとする対象施設は都道府県知事に対して都道府県知事が必要と認める書類を添えて申請を行う。

イ 都道府県知事は、給付金の支給について、可能な限り速やかに開始できるよう努めた上で、申請受付開始日や申請期限を決定するものとする。

③ 給付金の返還について

都道府県知事は、給付金の支給を受けた開設者又は開設者であった者が以下のア又はイに定める事項に該当する場合、支給を行った給付金全額の返還を求める。

ア 令和8年1月1日において廃院・廃止している場合（本事業の申請時点で同年1月2日以降に廃院・廃止を予定している場合を含む。）は支給対象外とする。また、給付金の支給を受けた日以降に正当な理由なく廃院・廃止した場合は給付金の全部の返還を求める。ただし、事業譲渡等による廃院・廃止であって譲受先において引き続き診療等を継続している等、都道府県知事においてやむを得ないと認めた場合はその限りではない。

イ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合。

④ 本事業の実施にあたり、本要綱に定めのない事項については、厚生労働省医政局医療経営支援課（薬局については医薬局総務課）と協議の上、決定する。

5. 医療機関等賃上げ・物価支援執行事業

(1) 事業の目的

本事業は、医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の各事業について、都道府県等が執行事務を行う際に生じる経費を支援することで、地域の医療提供体制の確保を目的とする。

(2) 事業の実施主体

本事業の実施主体は都道府県、市区町村とする。

(3) 事業の内容

令和7年4月1日から令和8年3月31日までに生じる、医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の執行に係る経費を支援する。

(4) 事業の所要額

都道府県等が必要と認めた額を予算の範囲内で交付する。

(5) 留意事項

医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業の執行事務に係る委託費等の事務費や当該事業の執行のために雇用する非常勤職員の人件費（都道府県職員の人件費を除く。）も対象となるが、事業期間等を踏まえ、適切な必要額を計上すること。

また、本事業の実施にあたり、本要綱に定めのない事項については、厚生労働省医政局医療経営支援課と協議の上、決定する。

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

※医療・介護等支援パッケージ

医政局医療経営支援課

(内線2640)

医薬局総務課

(内線4264)

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援

令和7年度補正予算案 5,341億円

① 施策の目的

医療機関や薬局における従事者の処遇改善を支援するとともに、物価上昇の影響に対して支援することで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

② 対策の柱との関係

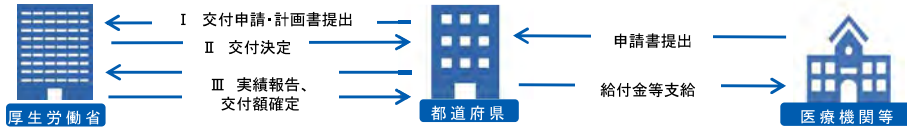
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

経済状況の変化等に対応するため、救急医療を担うといった医療機能の特性も踏まえつつ、診療に必要な経費に係る物価上昇への的確な対応や、物価を上回る賃上げの実現に向けた支援を行う。

(交付額) 医療従事者の処遇改善支援、診療に必要な経費に係る物価上昇対策の合計
[補助率10/10]

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



- I 医療機関や薬局は都道府県に交付申請する際に申請に必要な内容を申請し、都道府県が当該内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県に所要額を交付決定し、都道府県が医療機関や薬局に支給
- III 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

※ 病院に対しては国からの直接執行を予定

⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療機関や薬局の処遇改善・物価上昇への支援を行うことで、地域に必要な医療提供体制を確保する。

3

【○医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援】

施策名:ア 医療分野における賃上げ・物価上昇に対する支援【交付額】

<病院>

【基礎的支援】

1床あたり	支援額
賃金分	8.4万円
物価分	11.1万円(※)

※全身麻酔手術件数又は分娩取扱数(分娩取扱数にあっては3を乗じた数)が800件以上、2,000件以上の病院(救急車受入件数3000件未満に限る)にあっては、それぞれ1施設2,000万円、8,000万円を加算。救急加算との併給不可。

【救急に対応する病院への加算】

1施設あたり	救急車受入件数 1件以上1,000件 未満	救急車受入件数 1,000件以上	救急車受入件数 2,000件以上	救急車受入件数 3,000件以上	救急車受入件数 5,000件以上	救急車受入件数 7,000件以上
救急加算額	500万円	1,500万円	3,000万円	9,000万円	1.5億円	2億円

※1 三次救急病院については、救急受入件数が5,000件未満の場合、上記の各区分の加算を適用せず、1億円を加算する。5,000件以上の場合は、上記の各区分の加算額(1.5億円または2億円)とする。

※2 別途、病床数適正化支援、施設整備等支援及び産科・小児科支援や、食費・光熱費等に対して「重点支援地方交付金」による支援が行われる。

<有床診療所>

<医科無床診療所・歯科診療所>

<保険薬局>

<訪問看護ST>

1床あたり	支援額
賃金	7.2万円
物価	1.3万円
合計	8.5万円

1施設あたり	支援額	
	医科無床診療所	歯科診療所
賃金	15.0万円	15.0万円
物価	17.0万円	17.0万円
合計	32.0万円	32.0万円

1施設あたり	支援額 (1法人あたりの薬局数に応じて傾斜配分)		
	~5店舗	6~19店舗	20店舗~
賃金	14.5万円	10.5万円	7.0万円
物価	8.5万円	7.5万円	5.0万円
合計	23.0万円	18.0万円	12.0万円

1施設あたり	支援額
賃金	22.8万円
物価	(介護より)
合計	22.8万円

4

日医発第 1837 号(保険)
令和 8 年 2 月 13 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿
郡市区医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

【重要】2月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください(その3)
(「外来・在宅ベースアップ評価料 (II)」の対象となる診療所向け)

まだベースアップ評価料の届出をされていない医療機関に向けて、2月中の届出をお願いする以下の文書を先般ご案内し、貴会会員への周知徹底をお願い申し上げたところです。

【以前ご案内した文書】

①令和 8 年 1 月 28 日付け日医発第 1718 号(保険)

「2月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください(まだ届出をされていない診療所向け)」

②令和 8 年 2 月 12 日付け日医発第 1812 号(保険)

「**【重要】**2月中のベースアップ評価料の届出をご検討ください(その2)(まだ届出をされていない診療所・病院向け)」

以上に加え、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」を届け出ている診療所のうち、「外来・在宅ベースアップ評価料 (II)」の算定も可能な診療所につきましては、2月中の「外来・在宅ベースアップ評価料 (II)」の届出のご検討をお願いしたく、今般、以下のとおりご案内申し上げますので、本件につきましても、貴会会員への周知徹底を賜りますよう、何卒よろしく願いいたします。

【2月中の「外来・在宅ベースアップ評価料 (II)」の届出をお願いする理由】

1. 外来医療または在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所のうち、初・再診料の算定回数が少ないなどの理由から、評価料(I)のみでは賃上げに必要な資金を十分に確保できない一部の診療所に向けた点数として「外来・在宅ベースアップ評価料 (II)」があります。

※「外来・在宅ベースアップ評価料(II)」の対象となる診療所は、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」によって算定される点数の見込み額が、対象職員の給与総額の1.2%に満たない診療所です。

2. 令和8年6月に施行される令和8年度診療報酬改定では、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」の評価のあり方が見直され、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を「①令和8年度から算定を開始する医療機関」と、「②令和7年度以前より算定している医療機関」とでは、算定できる点数に差が生じます。

<令和8年度改定における「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」の見直し>

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）		R8.6～R9.5	R9.6～
初診・訪問診療時	①令和8年度から算定を開始する医療機関	8～96点	8～192点
	②令和7年度以前より算定している医療機関	16～160点	16～256点
再診時等	①令和8年度から算定を開始する医療機関	1～12点	1～24点
	②令和7年度以前より算定している医療機関	2～20点	2～32点

3. 以上を踏まえ、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」の算定が可能な医療機関におかれましては、令和7年度中に評価料（Ⅱ）を算定することで、令和8年度以降、更なるベースアップも可能となることから、2月中の届出をご検討ください。
4. なお、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」の届出様式や、その作成方法等については、添付資料をご参照ください。

（添付資料）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）＆（Ⅱ）届出医療機関用
ベースアップ評価料の届出様式と賃金改善計画書の記載例

（ 出所：厚生労働省 ベースアップ評価料 特設ページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html ）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） &（Ⅱ）届出医療機関用

ベースアップ評価料の 届出様式と賃金改善計画書の 記載例

【記載が必要なシート】

- ・別添2
- ・様式95_外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
- ・様式96_外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
- ・（別添）_計画書（無床診療所及びⅡを算定する有床診療所）

※実際の入力にあたっては

様式や計画書中の記載上の注意や、
施設基準通知等も必ず参照してください。

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	1234567	保険医療機関コードを7桁で入力 (7桁以外の数字だとエラーが出ます)
------------------------	---------	---------------------------------------

連絡先

担当者氏名 : ●● ●●

電話番号 : 03-9999-9999

届出の担当者名と電話番号を記載

(届出事項)

新規届出

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 (II) 1

該当する届出種別を選択し、
評価料 (II) は区分番号 (1~8) も記載してください

の施設基準に係る届出

それぞれの事項を確認のうえ、チェック

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出 (法令の規定に基づくものに限る。) を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 6 年 9 月 30 日

届出年月日を記載

保険医療機関・保険薬局の所在地 東京都千代田区霞が関X-X-X

及び名称 ●●クリニック

住所・医療機関名・開設者名を記載

開設者名 ●● ●●

届出を行う地方厚生 (支) 局長宛としてください (例: 関東信越厚生局長)

●●●●厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

様式95

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(I)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード	1234567	緑色の箇所は記載不要（関連する箇所を記載すると自動的に記載されます） 他の緑色の箇所も同じです。
保険医療機関名	●●クリニック	

2 届出を行う評価料

届出を行う評価料を選択。医科・歯科併設医療機関は両方を選択できます。

- 外来・在宅ベースアップ評価料(I)
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

3 外来医療等の実施の有無

該当するものを選択。医科・歯科併設医療機関は両方を選択できます。

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数

対象職員(常勤換算)数を入力
 常勤職員の所定労働時間が週40時間となっている医療機関で、週20時間が所定労働時間である非常勤職員は、20÷40で0.5人として計算します。

3.5 人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)をいう。
 ※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
 なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。
 なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
 常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生(支)局へ提出すること。

様式96

(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)) の施設基準に係る届出書添付書類 (新規・3、6、9、12月の区分変更)

1 保険医療機関コード 1234567
 保険医療機関名 ●●クリニック

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

届出を行う評価料を選択。医科・歯科併設医療機関は両方を選択できます。

3 該当する届出

算出を行う月(通知別表7を参照)

新規
 区分変更 (3月 6月 9月 12月)

届出の種類、算出を行う月を選択

※ 新規の場合の「算出を行う月」は以下のように考えます。

ただし、各月の最初の開庁日に届出する場合には、その前月を「届出する月」とみなします。

ベースアップ評価料は「届出する月」の翌月から算定可能です。

届出する月	算出を行う月
3月	3月
4月	
5月	
6月	6月
7月	
8月	
9月	9月
10月	
11月	
12月	12月
1月	
2月	

4 対象職員(常勤換算)数

3.5 人

対象職員(常勤換算)数を入力
 常勤職員の所定労働時間が週40時間となっている医療機関で、週20時間が所定労働時間である非常勤職員は、20÷40で0.5人として計算します。

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。

※ 【記載上の注意】3を参照

5に該当する場合にはチェック。5に該当しない場合は、評価料(Ⅱ)を届け出することはできません。
 ※詳細は「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する取扱いについて」(令和6年3月5日付保医発0305第6号)第106を参照してください

6 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値(【B】)

(1) 算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

① 算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「3」の入力に連動)

- 前年3月～2月 前年6月～5月 前年9月～8月 前年12月～11月

② 対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

※部分を良く読んだ上で、「対象職員の給与総額」を入力

1,850,000 円 (前回届出時 円)

※ 「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。(ただし、役員報酬については除く。) また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
 ※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」(上記「3」の入力に連動)

- 前年12月～2月 3月～5月 6月～8月 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

対象期間の1月当たりの平均回数(実績) ①から⑧を入力

① 初診料等の算定回数

150.0 回 (前回届出時 回)

② 再診料等の算定回数

600.0 回 (前回届出時 回)

③ 訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

④ 訪問診療料(同一建物)の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

⑤ 歯科初診料等の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

⑥ 歯科再診料等の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

0.0 回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。
 ※ 自由診療の患者については、計上しない。
 公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
 ※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

750.0 回

【合計】は、ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・点数の見込みが自動計算されます。
 「(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率」が1.2%以上の場合には評価料(Ⅱ)は算定できません。

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

2,100.0 点 (前回届出時 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

1.13% (前回届出時)

(4) 【B】の値

0.07 ← 「(4) 【Bの値】」は8(1)「算定が可能となる区分」を判定するための数値

$$【B】= \frac{\left[\begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \end{array} \right]}{\left[\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \end{array} \right]} \times 10 \text{円}$$

7 前回届け出た時点との比較

届出後の3・6・9・12月に様式96を再度記入します。以下のチェックのいずれかが該当なしの場合は、区分変更が必要です。

- 前回届出時と比較して、
- 対象職員の給与総額(6(1))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み(6(2))の変化は1割以内である。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の算定回数の見込み(6(2))の変化は1割以内である。
 - 【B】の値(6(4))の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) の算定が可能となる区分に基づき、届出する区分を選択します。
(1) が算定不可となった場合は、届出を行うことはできません。

(1) 算定が可能となる区分

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input type="radio"/>	届出無し
<input checked="" type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

<input type="radio"/>	届出無し
<input checked="" type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8

【記載上の注意】

同じ区分を選択してください。

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 4 「6」(1)②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 5 「6」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ

- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 6 「6」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「6」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「6」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)
- 9 「6」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9~12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「6」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「6」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「6」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

別添

(診療所) 賃金改善計画書 (令和 6 年度分)

届出する年度を入力 (賃金改善計画書は、毎年度作成する必要があります)	保険医療機関コード 1234567
	保険医療機関名 ●●クリニック

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

(1) 賃金引上げの実施方法

<input checked="" type="radio"/> 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。	賃金引き上げの実施方法を選択
<input type="radio"/> 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。	

※ 令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で同じ水準の賃金引き上げを行う場合には、「一律の引上げを行う」を選択すること。令和6年度のベースアップ評価料による算定金額の一部を繰り越すなどして、令和5年度との比較で、令和6年度と令和7年度で段階的な賃金改善を行う場合には、「段階的な引上げを行う」を選択すること。

賃金改善実施期間を入力。終期は当年度末の3月となります。

(2) 賃金改善実施期間

令和 6 年 10 月 ~ 令和 7 年 3 月 6 ヶ月

※ 令和7年度の賃金改善期間の終期については、令和8年3月を原則とするが、令和8年4月及び5月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

ベースアップ評価料の算定期間を入力。終期は当年度末の3月となります。

(3) ベースアップ評価料算定期間

令和 6 年 10 月 ~ 令和 7 年 3 月 6 ヶ月

※ 「(3) ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
 ※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ(以下、「ベア等」という)をいい、定期昇給は含まない。
 ※ また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。
 ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出る場合には、チェックをしてください

II 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の届出有無

有

※ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等を届け出ない場合は、以下(4)の「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による算定金額の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み」は「(参考)賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(Ⅱを算定しない診療所向け)」により計算を行うこと。

(2)の月数と様式96シートの入力値により計算されます

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み【(3)の期間中】

(4) 算定金額の見込み

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による算定金額の見込み	234,000 円
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み	126,000 円
2,100 点	
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による算定金額の見込み	108,000 円
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分及び点数	セル保護なし 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)Ⅰ) (イ) 8点 (ロ) 1点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等(初診時等)の算定回数	900 回
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等(再診時等)の算定回数	3,600 回
(5) 令和7年度への繰越予定額(令和6年度届出時のみ記載)	0 円
(6) 前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)	0 円
(7) 算定金額の見込み(繰越額調整後)【(4)-(5)+(6)】	234,000 円

繰越がある場合には記載

※ 「(4) 算定金額の見込み 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分及び点数」について、届出書添付書類からの自動転記により、前回提出時と異なる区分が表示された場合、前回提出時と同じ区分に修正して、提出すること。様式96シートからの転記と区分が異なる場合、手修正すること。
 ※ 「(7) 算定金額の見込み」については、対象職員のベア等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)等の増加分に充てること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額【(2)の期間中】

(8) 全体の賃金改善の見込み額	301,000 円
(9) (8)のうちベア等実施分	対象職員以外のベア等実施分も含まれます 301,000 円

※ 「賃金改善の見込み額」は、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「ベア等」の定義はIを参照のこと。

※ 「(9) (8)のうちベア等実施分」は「(7) 算定金額の見込み(繰越額調整後)」以上の金額とすること。

また、ベースアップ評価料収入によるベア等分のほか、ベースアップ評価料収入以外の財源を活用して、当該年度においてベア等を実施した分を含めて記載すること。

よく読んでから記入してください

○ 以下、基本給等総額については1ヶ月当たりの額を記載してください。

- ※ 「基本給等総額」には、給与のうち、基本給及び決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
- ※ 年度更新及び区分変更等によりベースアップ評価料の賃金改善計画書を再度届出する場合、「賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】」には、初回届出時点における「賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】」の金額を記載すること。
- ※ 「ペア等」の定義はIを参照のこと。

よく読んでから記入してください

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員(全体)の基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】		3.5 人
(11) 賃金改善しなかった場合の対象職員の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】		1,330,000 円
(12) 賃金改善した後の対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】		1,358,000 円
(13) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(12) - (11)】	ペア等の金額を入力	28,000 円
(14) (13)のうちペア等実施分		28,000 円
(15) ペア等による賃金増率【(14) ÷ (11)】		2.1 %

【ベースアップ評価料対象外職種について】※上記でベースアップ評価料対象職種に計上した職員を除く

V. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(16) 40歳未満の勤務医師等の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】		0.0 人
(17) 賃金改善しなかった場合の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】		0 円
(18) 賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】		0 円
(19) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(18) - (17)】	ペア等の金額を入力	0 円
(20) (19)のうちペア等実施分		0 円
(21) ペア等による賃金増率【(20) ÷ (17)】		0.0 %

VI. 事務職員の基本給等に係る事項

(22) 事務職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(2)の開始月時点】		1.2 人
(23) 賃金改善しなかった場合の事務職員の基本給等総額【初回届出時点の賃金改善実施期間(2)の開始月】		240,000 円
(24) 賃金改善した後の事務職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(2)の開始月】		249,600 円
(25) 基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)【(24) - (23)】	ペア等の金額を入力	9,600 円
(26) (25)のうちペア等実施分		9,600 円
(27) ペア等による賃金増率【(26) ÷ (23)】		4.0 %

VII. 賃金上げを行う方法

(28) 賃上げの担保方法	<input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input checked="" type="checkbox"/> 賃金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他の方法：具体的に ()	賃金の引き上げを行う方法について 選択または記載
(29) 賃金改善に関する規定内容(できる限り具体的に記入すること。)	常勤職員に対して、ベースアップ評価料手当として月8,000円を従来の給与に上乗せして支給することとした。またパート職員についても、8,000円に個々の常勤換算数を乗じた金額を従来の給与に上乗せ支給することとした。	
届出を行う日付と開設者名を入力		

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 6 年 9 月 30 日

開設者名： ●●●●

【記載上の注意】

- 1 本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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）」のことをいう。
また、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 2 「（１）賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。
なお、令和7年度に新規届出を行う場合については、「令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。
- 3 「（２）賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
ただし、令和6年6月から本評価料を算定する場合にあつては、令和6年4月から開始として差し支えない。
- 4 「（３）ベースアップ評価料算定期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 5 「（７）算定金額の見込み」については、対象職員のベア等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）等の増加分に充てること。
- 6 「（８）全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあつては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。
- 7 「（９）（８）のうちベア等実施分」については、ベースアップ評価料収入によるベア等分のほか、ベースアップ評価料収入以外の財源や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を含めて記載すること。
- 8 「（１０）対象職員の常勤換算数」（以降の設問の常勤換算数についても同様の定義）は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。