

2026年3月6日

株式会社千早ティール・スリー  
代表取締役 谷口 仁志

## 令和8年度（2026年度）診療報酬改定における 重症度、医療・看護必要度関連の変更について

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、令和8年度診療報酬改定における「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」が3月5日に公開され、重症度、医療・看護必要度に関する変更点が明確になりましたので、下記の通りお知らせいたします。

今後とも、皆様方のご指導とご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

### 1. 重症度、医療・看護必要度に関する変更概要

#### 1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

##### (1) 対象となる入院料等にかかる変更

- ・一般病棟入院基本料の中に急性期病院一般入院基本料（急性期病院A一般入院料、急性期病院B一般入院料）が新設され、一般病棟用の「必要度Ⅱ」（許可病床数200床未満で、必要度Ⅱを用いることが困難であることについて正当な理由があるものを除く）を用いて測定することになった。
- ・特定機能病院入院基本料が、特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料、特定機能病院C入院基本料の3区分に、地域包括医療病棟入院料が、地域包括医療病棟入院料1～2の2区分に細分化された。ただし、看護必要度の取り扱いにおいて、各区分による差はない。
- ・看護・多職種協働加算が新設され、当該加算を算定する場合は、一般病棟用の「必要度Ⅰ」または「必要度Ⅱ」を用いて測定をすることになった。
- ・総合入院体制加算と急性期充実体制加算が統合され、急性期総合体制加算が新設された。当該加算を算定する場合は、一般病棟用の「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」を用いて測定をすることになった。

##### (2) 評価項目及び評価方法に関する見直し

- ・A項目「専門的な治療・処置①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、C項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」、「別に定める手術」について、対象となる治療等が追加され、レセプト電算処理システム用コードで示された。

- ・B項目の測定日に変更があった。従来通り、毎日測定を行っても良い。毎日測定しない場合は、入院初日から4日目まで測定必須で、入院5日目以降は、直近測定日から少なくとも7日ごとに1回以上の測定を行うこととされた。ただし、退院日は必ず測定を実施する。また、患者の状態に明らかな変化が生じた場合には、直近の測定日から7日を待たずに測定することが望ましいとされた。測定日以外のB項目の評価は、直近の測定日の評価をもって代替することができる。

#### [経過措置]

令和8年3月31日時点で、急性期一般入院料6、地域一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料。）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和8年9月30日までの間に限り、令和8年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

- (3) 判定基準及び該当患者割合の見直し（割合等は「3. 改定前後の該当患者割合」を参照）
- ・急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料（特定（一般））、看護・多職種協働加算、急性期総合体制加算において、該当患者割合に、救急患者応需係数を加算し、割合指数が一定以上であることが要件になった。

$$\text{救急患者応需係数} = \text{病床あたりの年間救急搬送受入件数} / \text{年} \times 0.005 \text{ (上限 10\%)}$$

救急搬送受入件数・救急用自動車・救急医療用ヘリコプターによる搬送患者の受入件数（入院・外来含む）

「病床あたりの年間救急搬送受入件数」

= 「当該医療機関全体における直近1年間の救急搬送受入件数」

× 「直近1年間における救急搬送により当該医療機関に入院した患者（救急患者応需係数の算出対象病棟への入院に限る）のうち、当該入院基本料算定病床に入院した患者の割合」

÷ 「当該入院基本料算定病床数」

- ・専門病院7対1入院基本料において、該当患者割合が変更された。

#### (4) 評価対象患者の変更

評価対象から除外する患者に、結核患者が追加された。ただし、以下のいずれかに該当する場合に限る。

- ・所定の条件を満たし、一般病棟及び結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
- ・「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する結核患者収容モデル事業を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
- ・医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

## 2) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

### (1) 対象となる入院料にかかる変更

- ・特定集中治療室管理料1～2、3～4、5～6がそれぞれ統合され、特定集中治療室管理料1, 2, 3になった。
- ・救命救急入院料の区分が統合され整理された。従来は、救命救急入院料1・3（HCU評価票で測定のみ）及び救命救急入院料2・4（ICU評価票で評価）であったが、改定後は、救命救急入院料1（ICU評価票で評価）、救命救急入院料2（HCU評価票で測定のみ）の2区分になった。つまり、改定後、特定集中治療室用の評価票を用いるのは、救命救急入院料1ということになる。

(2) 評価項目に関する見直し

A 項目に「蘇生術の施行」、「一時的ペーシング」、「抗不整脈剤の使用（注射剤）」が追加され、対象となる処置等がレセプト電算処理システム用コードで示された。

3) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(1) 対象となる入院料等にかかる変更

救命救急入院料の区分が統合され整理された。従来は、救命救急入院料 1・3（HCU 評価票で測定のみ）及び救命救急入院料 2・4（ICU 評価票で評価）であったが、改定後は、救命救急入院料 1（ICU 評価票で評価）、救命救急入院料 2（HCU 評価票で測定のみ）の 2 区分になった。つまり、改定後、ハイケアユニット用の評価票を用いるのは、救命救急入院料 2 ということになる。

(2) 評価項目に関する見直し

A 項目に「一時的ペーシング」、「抗不整脈剤の使用（注射剤）」が追加され、必要度Ⅰは、以下の通り定義等が示され、必要度Ⅱは、対象となる処置等がレセプト電算処理システム用コードで示された。

<必要度Ⅰの定義等>

一時的ペーシング	項目の定義	一時的ペーシングは、体表面ペーシング法、食道ペーシング法又は体外ペースメーカー術を実施した場合を評価する項目である。
抗不整脈剤の使用（注射剤）	項目の定義	抗不整脈剤の使用は、注射剤である抗不整脈剤を投与した場合を評価する項目である。
	判断に際しての留意点	対象となる薬剤は、別紙 18 別表 1 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 A 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧「抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）」に掲げる薬剤である。

(3) 判定基準及び該当患者割合の見直し

(2) で追加された 2 つの評価項目が基準①の判定基準に含まれることになった。これに伴い、ハイケアユニット入院医療管理料 1・2 いずれにおいても、基準①の割合が変更された。

（「3. 改定前後の該当患者割合」を参照）

4) 日常生活機能評価票

(1) 評価方法に関する見直し

日常生活機能評価または機能的自立度評価法（FIM）の測定を行うこととされているものについて、FIMによる測定が望ましいとされた。

(2) 判定基準及び該当患者割合の見直し

重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又は FIM が改善した患者の割合に係る要件が削除された。

## 2. 改定後の評価方法

### 1) 入院基本料・特定入院料

入院基本料・特定入院料の種類			測定に用いる評価票・評価項目	判定基準
一般病棟入院基本料	急性期病院一般入院基本料	急性期病院 A 一般入院料、急性期病院 B 一般入院料	「必要度Ⅱ」 (許可病床数 200 床未満で、必要度Ⅱを用いることが困難であることについて正当な理由があるものを除く)	基準① 「A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者 応需係数 基準② 「A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者 応需係数
	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料 1		
		急性期一般入院料 2~3	●許可病床数 200 床以上 → 「必要度Ⅱ」 ●許可病床数 200 床未満 → 「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	「次のいずれかに該当」 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上」 + 救急患者 応需係数
		急性期一般入院料 4~5	●許可病床数 400 床以上 → 「必要度Ⅱ」 ●許可病床数 400 床未満 → 「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
		急性期一般入院料 6	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
	地域一般入院基本料	地域一般入院料 1		次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
結核病棟入院基本料	7 対 1 入院基本料		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
特定機能病院入院基本料	特定機能病院 A, B, C 入院基本料	7 対 1 入院基本料 (一般病棟)	「必要度Ⅱ」	基準① 「A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者 応需係数 基準② 「A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者 応需係数
		7 対 1 入院基本料 (結核病棟)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
		10 対 1 入院基本料 (一般病棟)		
	看護必要度加算 1~3 (10 対 1 入院基本料 (一般病棟))		次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上	
専門病院入院基本料	7 対 1 入院基本料		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	基準① 「A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上」 基準② 「A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上」
	10 対 1 入院基本料		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
	看護必要度加算 1~3 (10 対 1 入院基本料)			
一般病棟看護必要度評価加算 (13 対 1 入院基本料)				

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	判定基準
特定一般病棟入院料	一般病棟看護必要度評価加算	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
	「注 7」(必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」 (A 項目・C 項目)	次のいずれかに該当 ・A 得点 1 点以上 ・C 得点 1 点以上
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1～3	「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」- 必要度Ⅱ	A 得点 2 点以上
救命救急入院料	救命救急入院料 1 救命救急入院料 2	「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	基準①:「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」、「一時的ペーシング」、「抗不整脈剤の使用」、「特殊な治療法等」のいずれかに該当 基準②: A 項目のいずれかに該当
ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1・2		
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料 1～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料	「日常生活機能評価票」 ※FIM による評価の場合を除く	10 点以上
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		
地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1～4	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」 (A 項目・C 項目)	次のいずれかに該当 ・A 得点 1 点以上 ・C 得点 1 点以上
	地域包括ケア入院医療管理料 1～4		
地域包括医療病棟入院料	地域包括医療病棟入院料 1～2	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	基準① 「A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者応需係数 基準② 新たに入棟した患者について、入棟初日の B 得点が 3 点以上

2) 入院基本料等加算

入院基本料等加算の種類		測定に用いる評価票・評価項目	判定基準
急性期総合体制加算 (急性期病院一般入院基本料)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	基準① 「A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者応需係数
看護・多職種協働加算 (急性期病院 B 一般入院料、急性期一般入院料 4)			基準② 「A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上」+ 救急患者応需係数
急性期看護補助体制加算 (急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の 7 対 1 又は 10 対 1)、専門病院入院基本料(7 対 1 又は 10 対 1)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・ A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・ A 得点 3 点以上 ・ C 得点 1 点以上
看護補助加算	看護補助加算 1 (地域一般入院料 1・2、13 対 1 入院基本料)		
看護職員夜間配置加算	急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の 7 対 1 又は 10 対 1、専門病院入院基本料(7 対 1 又は 10 対 1)		
	地域包括ケア病棟入院料	「必要度Ⅰ」 (B 項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」)	「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」のいずれかに該当
重症患者対応体制強化加算	特定集中治療室管理料 1～3、救命救急入院料 1	「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	「特殊な治療法等」に該当

### 3. 改定前後の該当患者割合及び割合指数

1) 一般病棟用の評価票を用いる入院料等（背景色を付した箇所は割合指数）

入院料等	改定前		改定後	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期病院 A 一般入院料、急性期病院 B 一般入院料	(新設)	(新設)	基準①28%	基準①27%
急性期一般入院料 1	基準①21% 基準②28% (※)	基準①20% 基準②27%	基準②35% (※)	基準②34%
急性期一般入院料 2	22%	21%	28%	27%
急性期一般入院料 3	19%	18%	24%	23%
急性期一般入院料 4 (看護・多職種協働加算を算定しない場合)	16%	15%	20%	19%
急性期一般入院料 5	12%	11%	15%	14%
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))	/	基準①20% 基準②27%	/	基準①27% 基準②34%
7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料)	8%	7%	8% (変更なし)	7% (変更なし)
7 対 1 入院基本料 (専門病院入院基本料)	基準①21% 基準②28%	基準①20% 基準②27%	基準①22% 基準②29%	基準①21% 基準②28%
地域包括ケア病棟入院料 1~4、地域包括ケア入院医療管理料 1~4、特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	10%	8%	10% (変更なし)	8% (変更なし)
地域包括医療病棟入院料 1~2	基準①16%	基準①15%	基準①19%	基準①18%
	基準②50%	基準②50%	基準②50%	基準②50%
急性期総合体制加算 1 (急性期病院 A 一般入院料)	(新設)	(新設)	基準①33% 基準②40%	基準①32% 基準②39%
急性期総合体制加算 2 (急性期病院 A 一般入院料)	(新設)	(新設)	基準①32% 基準②39%	基準①31% 基準②38%
急性期総合体制加算 3 (急性期病院 A 一般入院料)	(新設)	(新設)	基準①30% 基準②37%	基準①29% 基準②36%
急性期総合体制加算 4 (急性期病院 A 一般入院料)	(新設)	(新設)	基準①29% 基準②36%	基準①28% 基準②35%
急性期総合体制加算 5 (急性期病院 A 一般入院料、急性期病院 B 一般入院料)	(新設)	(新設)	基準①28% 基準②35%	基準①27% 基準②34%
看護・多職種協働加算 (急性期病院 B 一般入院料、急性期一般入院料 4)	(新設)	(新設)	基準①28% 基準②35%	基準①27% 基準②34%
看護必要度加算 1 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	18%	17%	18% (変更なし)	17% (変更なし)
看護必要度加算 2 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	16%	15%	16% (変更なし)	15% (変更なし)
看護必要度加算 3 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	13%	12%	13% (変更なし)	12% (変更なし)
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料 6、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	6%	5%	6% (変更なし)	5% (変更なし)
看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料 6、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))				
看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の「注 8」)	30%	/	30% (変更なし)	/
看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)	4%	3%	4% (変更なし)	3% (変更なし)

※ 許可病床数が 200 床未満であって、必要度Ⅱを用いて評価を行うことに正当な理由があるもの

[経過措置]

・令和8年3月31日時点で急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われた場合）の届出を行っている病棟または病室については、令和8年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

・令和8年3月31日時点で、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

・令和8年3月31日時点で、総合入院体制加算1の届出を行っている保険医療機関は急性期総合体制加算1～5、総合入院体制加算2の届出を行っている保険医療機関は急性期総合体制加算3～5、総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関は急性期総合体制加算5、急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関は急性期総合体制加算1～5における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準について、令和8年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

2) 特定集中治療室用の評価票を用いる入院料等

入院料等	改定前	改定後
救命救急入院料1	対象外（HCU用で測定のみ）	70%
特定集中治療室管理料1（旧1・2）	80%	80%（変更なし）
特定集中治療室管理料2（旧3・4）	70%	70%（変更なし）
特定集中治療室管理料3（旧5・6）		
重症患者対応体制強化加算	直近6ヶ月で15%	直近6ヶ月で15%（変更なし）

3) ハイケアユニット用の評価票を用いる入院料

入院料等	改定前（必要度Ⅰ・Ⅱ共通）	改定後（必要度Ⅰ・Ⅱ共通）
救命救急入院料2	対象外（ICU用で70%or80%）	測定のみ
ハイケアユニット入院医療管理料1	基準①で15%、基準②で80%	基準①で20%、基準②で80%
ハイケアユニット入院医療管理料2	基準①で15%、基準②で65%	基準①で20%、基準②で65%

[経過措置]

令和8年3月31日においてハイケアユニット入院医療管理料1、2に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法における基準を満たす治療室については、令和8年12月31日までの間に限り、改定後の重症度、医療・看護必要度に関する基準をそれぞれ満たすものとみなす。

4) 日常生活機能評価票を用いる入院料（FIMによる評価の場合を除く）

入院料等	改定前	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2	・重症患者が新規入院患者のうち40%以上 ・新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に4点以上改善	重症患者が新規入院患者のうち35%以上
回復期リハビリテーション病棟入院料3・4、回復期リハビリテーション入院医療管理料	・重症患者が新規入院患者のうち30%以上、 ・新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に3点以上改善	重症患者が新規入院患者のうち25%以上
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	重症患者が新規入院患者のうち50%以上	重症患者が新規入院患者のうち45%以上

以上