

令和 8 年診療報酬改定について（速報）

物価上昇などによる経営環境の悪化を踏まえた対応や、医療機関等における賃上げ対応により 30 年ぶりの大幅プラス改定ではある。特定機能病院や高度急性期病院に対して手厚い点数配分がされた一方、診療所や中小病院に対してはベースアップ評価料や物価対応料のみで大きな配分はなされなかった。

ベースアップ評価料については令和 6 年改定によるベースアップ評価料を算定していたかどうかで令和 8 年以降のベースアップ評価料が異なる。しかし 3 月までに届けていなかった医療機関に関しても対応手段示されているので、詳細は厚生労働省の HP を参照していただきたい。

また特定機能病院、高度急性期病院などを問わず DPC 算定医療機関でも短期滞在手術基本料 3 で算定することになったため、これらの手術が多い急性期病院に対して大きな影響があると思われる。

日本臨床泌尿器科医会で要望事項として挙げていた、尿路ストーマカテーテル交換法を片側の点数として規定してもらう要望は、尿路ストーマカテーテル交換法の増点として対応してもらえた。しかし納入価と償還点数が逆ザヤになっている尿道留置カテーテルの償還価格の増額は認められなかった。

診療報酬 +3.09% (R 8 年度及 R 9 年度 2 年度平均)

R 8 年度+2.41% R 9 年度+3.77% (R 8 年 6 月施行)

賃上げ分 +1.70% (2 年度平均) R 8 年度+1.23% R 9 年度+2.18%

物価対応分+0.76% (2 年度平均) R 8 年度+0.55% R 9 年度+0.97%)

賃上げ対応

(例)

外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6 点⇒ 17 点 (※)

入院ベースアップ評価料 1 点 ~250 点 (※)

※令和 9 年度は 2 倍となる予定

物価対応

(例)

(新) 外来・在宅物価対応料初診時 2 点 (※)

(新) 入院物価対応料急性期一般入院料 1 58 点 (※)

※令和 9 年度は 2 倍となる予定

入院料等の見直し

急性期一般入院料 1 1,688 点⇒ 1,874 点（※）

特定集中治療室管理料 1 7日以内 14,406 点⇒ 14,980 点

地域包括ケア病棟入院料 1 40日以内 2,838 点⇒ 2,955 点

※入院料に関しては大幅な引き上げに見えるが令和 6 年改定における入院ベースアップ評価料が溶け込んでおり、今回の上昇分はその分を差し引いて考える必要あり。入院ベースアップ評価料未対応の医療機関では減算規定あり。

短期滞在手術等基本料 3（4泊5日までの場合）

以前は短期滞在手術基本料 3 は出来高算定病院のみでの算定であったが、DPC 算定医療機関でも短期滞在手術基本料 3 に係わる入院に関しては短期滞在手術基本料を算定することとされた。入院基本料が高い施設や DPC で係数の高い施設でも同額の算定となる。

高度急性期病院におけるロボット手術の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間 200 例以上である場合の評価を新設する。

（新）内視鏡手術用支援機器加算 15,000 点

特定疾患療養管理料の施設基準の設定

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 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。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 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こと。

生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点

1. 包括範囲の見直し

生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、その実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直された。

令和6年改定では悪性腫瘍特異物質治療管理料も包括されていたため、生活習慣病管理料を算定していると、がん患者に腫瘍マーカー検査をしても包括されて請求できなかったが、今回の改定で悪性腫瘍特異物質治療管理料が算定可能となった。

生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、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。

2. 手続きの簡素化

患者の署名は不要になった。

泌尿器科に関する主な変更点

【基本診療料】

① 初・再診料

改定後	現行	〇100 物価対応 料	〇001 外来・在宅ベース アップ評価料Ⅰ	〇002 外来・在宅ベース アップ評価料(Ⅱ)
A000 初診料 291 点	291点	2点	17点(23点)	8～96点
A001 再診料 76点	75点	2点	4点(6点)	4～12点
A002 外来診療料 77点	76点	2点	4点(6点)	

〇001 外来・ベースアップ評価料Ⅰ 〇002 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は届け出が必要

〇002 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は無床診療所で算定

〇001 外来・ベースアップ評価料Ⅰの括弧内は令和8年3月時点ですでにベースアップ評価料を算定している医療機関で算定。

物価対応料の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する

② 短期滞在手術等基本料 1

改定後	現行	
A 4 0 0 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 2,948 点	2,947 点	(増点)
(2) (1) 以外の場合 2,719 点	2,718 点	(増点)
ロ イ以外の場合		
(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 795 点	1,588 点	(減点)
(2) (1) 以外の場合 680 点	1,359 点	(減点)

泌尿器科で「イ 主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K 8 3 4 - 3」顕微鏡下精索静脈瘤手術

「K 8 4 1 - 2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」

ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

「K 8 4 1 - 2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」

ツリウムレーザーを用いるものツリウムレーザーを用いるもの

「K 8 4 1 - 2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」

その他のもの

③ 短期滞在手術等基本料 3 (4泊5日までの場合) の点数改定

	改定	O 1 0 0 物価対応料
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの	10,262 点⇒10,336 点 (増点) (生活療養を受ける場合) 10,188 点⇒10,232 点	80 点
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882 点⇒32,768 点 (増点) (生活療養を受ける場合) 30,882 点⇒32,664 点	98 点
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (高度狭窄の場合)	26,013 点 (新設) (生活療養を受ける場合) 24,998 点	87 点
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (その他の場合)	22,942 点 (新設) (生活療養を受ける場合) 22,838 点	87 点

K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後 3 月以内に実施する場合	26,057 点⇒26,278 点 (増点) (生活療養を受ける場合) 25,983 点⇒26,174 点	97 点
K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)	25,702 点⇒24,944 点 (減点) (生活療養を受ける場合)、 25,628 点⇒24,840 点	70 点
K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)	23,829 点⇒24,548 点 (増点) (生活療養を受ける場合) 23,755 点⇒24,444 点	80 点
K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524 点⇒22,745 点 (生活療養を受ける場合) 21,450 点⇒22,641 点	41 点

物価対応料の点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する

【特掲診療料】

【第 1 部 医学管理】

B001 23 がん患者指導管理料

イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点

患者 1 人につき 1 回に限り算定するとされていたが、「病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に 1 回に限り算定できる。」と追記された。

【第 3 部 検査】

点数の改定

D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査	
8 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) (尿)	72点 ⇒77点 (増点)
16 IV型コラーゲン (尿)	184点 ⇒179点 (減点)
D 0 0 6 出血・凝固検査	
12 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量	80 点 ⇒95 点 (増点)
D 0 0 7 血液化学検査	
29 シスタチン C	112点 ⇒109点 (減点)
D 0 0 8 内分泌学的検査	

26 遊離テストステロン	159点 ⇒156点 (減点)
D 0 0 9 腫瘍マーカー	
27 γ -セミノプロテイン (γ -S m)	192点 ⇒187点 (減点)
D 0 1 2 感染症免疫学的検査	
15 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性	80点 ⇒95点 (増点)
19 H I V - 1, 2 抗体定量	127点 ⇒124点 (減点)
D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査	
5 H C V 抗体・H C V コアたん白同時検出定性	102点 (新設)
D 0 1 8 細菌培養同定検査	
3 血液又は穿刺液	225点⇒240点 (増点)
真菌培養加算	122点 (新設)
D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査	
12 マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸及びマクロライド耐性変異同時検出	350点 (新設)
19 S A R S - C o V - 2 核酸検出	700点 ⇒650点 (減点)
D 2 4 2 尿水力学的検査	
1 膀胱内圧測定	260点 ⇒312点 (増点)
D 3 1 9 腎盂尿管ファイバースコープ (片側)	1,800点 ⇒2,160点 (増点)
D 4 1 2 - 2 経皮的腎生検法	2,000点⇒2,400点 (増点)
D 4 1 3 前立腺針生検法	1,540点 ⇒1,848点 (増点)
2 その他のもの	
E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影	2,780点 (新設)
6 P S M A イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき)	
E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (一連の検査につき)	3,905点 (新設)
5 P S M A イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき)	
E 1 0 1 - 4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 (一連の検査につき)	4,440点 (新設)
4 P S M A イメージング剤を用いた場合 (一連の検査につき)	
E 2 0 0 コンピューター断層撮影 (C T 撮影) (一連につき)	
イ 128列以上のマルチスライス型の機器による場合	1,120点 (新設)
(1) 共同利用施設において行われる場合	1,100点 (新設)
(2) その他の場合	

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）	
1 3テスラ以上の機器による場合	
イ 共同利用施設において行われる場合	1,620点 ⇒1,720点（増点）
ロ その他の場合	1,600点 ⇒1,700点（増点）

【第5部 投薬】

処方箋料の見直し

イ一般名処方加算1 10点⇒8点（減点）

ロ一般名処方加算2 8点⇒6点（減点）

【第6部 注射】

G 0 0 3 - 2 薬液膀胱内注入（1日につき） 60点（新設）

【第9部 処置】

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺	350点 ⇒420点（増点）
J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）	
1 慢性維持透析を行った場合1	
イ 4時間未満の場合	1,876点⇒1,856点（減点）
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,036点⇒2,016点（減点）
ハ 5時間以上の場合	2,171点⇒2,151点（減点）
2 慢性維持透析を行った場合2	
イ 4時間未満の場合	1,836点⇒1,816点（減点）
ロ 4時間以上5時間未満の場合	1,996点⇒1,976点（減点）
ハ 5時間以上の場合	2,126点⇒2,106点（減点）
3 慢性維持透析を行った場合3	
イ 4時間未満の場合	1,796点⇒1,776点（減点）
ロ 4時間以上5時間未満の場合	1,951点⇒1,931点（減点）
ハ 5時間以上の場合	2,081点⇒2,061点（減点）
4 その他の場合	1,580点 ⇒1,560点（減点）
注15 腎代替療法診療体制充実加算	20点（施設基準あり）
J 0 4 3 - 5 尿路ストーマカテーテル交換法	100点 ⇒150点（増点）
J 0 6 0 膀胱洗浄（1日につき）	注1 膀胱洗浄と同時に行う留置カテ

	<p>ーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする (薬液注入は注射の項目に変更)</p>
J 0 6 5 間歇的導尿（1日につき）	<p>注）在宅自己導尿を予定している入院中の患者に対し、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、親水性カテーテル加算として70点を所定点数に加算する。 (注の新設)</p>

【第10部 手術】

① 高度急性期病院におけるロボット手術の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

(新) 内視鏡手術用支援機器加算 15,000点

② 複数手術に係る費用の特例の追加 通則14の改定

膀胱結石とWAVE、Aquablationと膀胱結石手術の併施が追加された。

② 点数の改定

K 0 0 1 皮膚切開術 3 長径20センチメートル以上	2,270点 ⇒ 2,724点 (増点)
K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄場合 ロ その他の場合 2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点 (新設) 9,840点 (新設) 12,000点
K 7 7 3 - 4 腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの) 1 2センチメートル以内のもの 2 2センチメートルを超えるもの	51,200点 (新設) 66,200点 (新設)
K 7 8 3 - 2 経尿道的尿管ステント留置術	3,400点 ⇒ 4,080点 (増点)

K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術 2 膀胱こう高位切開術	3,150点 ⇒3,780点 (増点)
K 8 0 3 - 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 2 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	117,790点 ⇒129,569点 (増点)
K 8 0 3 - 3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 2 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	115,790点 ⇒127,369点 (増点)
K 8 3 0 精巣摘出術	3,180点 ⇒3,816点 (増点)
K 8 3 4 精索静脈瘤手術	3,410点⇒4,092点 (増点)
K 8 3 5 陰嚢水腫手術 2 その他	2,630点⇒3,156点 (増点)
K 8 3 5 - 2 陰嚢形成術(二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る。)	10,500点 (新設)
K 8 3 6 - 3 鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術	20,500点 (新設)
K 9 2 0 - 2 輸血管管理料 1 輸血管管理料 I 2 輸血管管理料 II	220点⇒242点 (増点) 110点 ⇒121点 (増点)
K 9 3 9 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2,000点 K 7 7 3 - 5 腹腔くう鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 1 原発病巣が7センチメートル以下のもの	追加

【第12部 放射線治療】

M001 体外照射 3 強度変調放射線治療 (IMRT)

イ 前立腺癌に対する前立腺照射の場合(一連につき)が新設

これまでの1回3,000点から一連の治療で96,500点に変更(前立腺癌の寡分割照射が含まれる)

【特定保険医療材料】

価格の改定

<p>031 腎瘻又は膀胱瘻用材料 (1) 腎瘻用カテーテル ② カテーテルステント型</p>	<p>10,200 円⇒7,420 円 (減額)</p>
<p>035 尿管ステントセット (1) 一般型 ② 異物付着防止型 ③ 長期留置型 (2) 外瘻用 ① 腎盂留置型 ア 標準型</p>	<p>23100 円⇒22,700 円 (減額) 139,000 円⇒92,900 円 (減額) 7900 円⇒7,700 円 (減額)</p>
<p>040 人工腎臓用特定保険医療材料 (回路を含む。) (1) ダイアライザー ① I a 型 ② I b 型 ③ II a 型 ④ II b 型 ⑤ S 型 ⑥ 特定積層型 (2) ヘモフィルター (3) 吸着型血液浄化器 (β₂-ミクログロブリン除去用) (4) 持続緩徐式血液濾過器 ① 標準型 ア 一般用 イ 超低体重患者用 ② 特殊型 (5) ヘモダイアフィルター</p>	<p>1,440 円⇒1,610 円 (増額) 1,500 円⇒2,090 円 (増額) 1,450 円⇒1,310 円 (減額) 1,520 円⇒1,820 円 (増額) 2,200 円⇒1,890 円 (減額) 5,590 円⇒5,800 円 (増額) 4,340 円⇒3,750 円 (減額) 21700 円⇒21,500 円 (減額) 27,000 円 27,000 円⇒21,400 円 (減額) 27,400 円 2,630 円⇒2,600 円 (減額)</p>