

令和8年度診療報酬改定の概要

急性期（一般急性期・地域中核）

高度急性期（特定機能・大学・三次救急）

フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本資料は、令和8年3月5日付告示の内容に基づき作成したものです。
今後、疑義解釈通知等により内容が改訂される可能性があります。

目次

I. 入院医療の評価(1)～(3)	
II. テーマ別の評価	

I. 入院医療の評価

(1) 急性期

1. 急性期病院の評価	3. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
2. 多職種連携病棟の評価	4. 急性期拠点病院の評価

2026年度改定では、機能分化を促進する仕組みとして「救急搬送受入(入院)件数」「全身麻酔手術件数」の要件となる項目が新たに設けられる。

【救急搬送受入(入院)件数、全身麻酔手術が要件となる項目】

分野	項目	主な内容
急性期	急性期病院一般入院基本料	入院基本料A: 救急搬送受入2,000件以上＋全麻手術1,200件以上 入院基本料B: ①救急搬送受入1,500件以上 ②救急搬送受入 500件以上＋全麻手術500件以上 ③(人口20万未満)救急搬送 2次医療圏最大＋1,000件以上
	DPC	基礎係数の「DPC標準病院」を下記のいずれかを満たす・満たさないで区別 ① 救急搬送での入院700人以上 ② 救急搬送での入院200人以上＋全麻手術500人以上 ③(人口20万以下)救急搬送 2次医療圏最大＋400人以上 ③(離島のみ)救急搬送 2次医療圏最大
	重症度、医療・看護必要度	救急搬送患者の受け入れ状況などを踏まえた加算を設定 病床数あたりの年間救急搬送受入件数 × 0.005
高度急性期	特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院管理料	下記のいずれかを満たす ①救急搬送受入1,000件以上(医療資源が少ない地域 800件以上) ②全麻手術1,000件以上(医療資源が少ない地域 800件以上) ③(小児・新生児ICU等病床5割以上) 救急搬送受入500件以上(医療資源が少ない地域 250件以上)
救急医療	救急外来医学管理料	管理料1: 救急搬送受入 1,500件以上(医療資源が少ない地域 1200件以上) 管理料2: 救急搬送受入 800件以上(医療資源が少ない地域 640件以上)

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-①

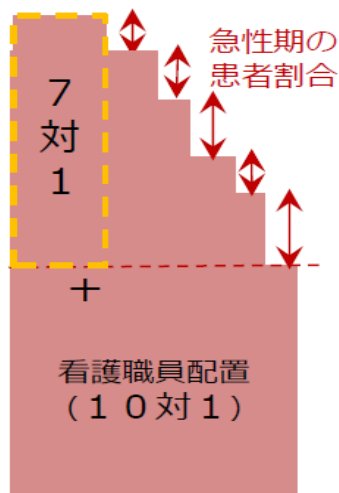
急性期における評価の見直し

- ▶ 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- ▶ 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

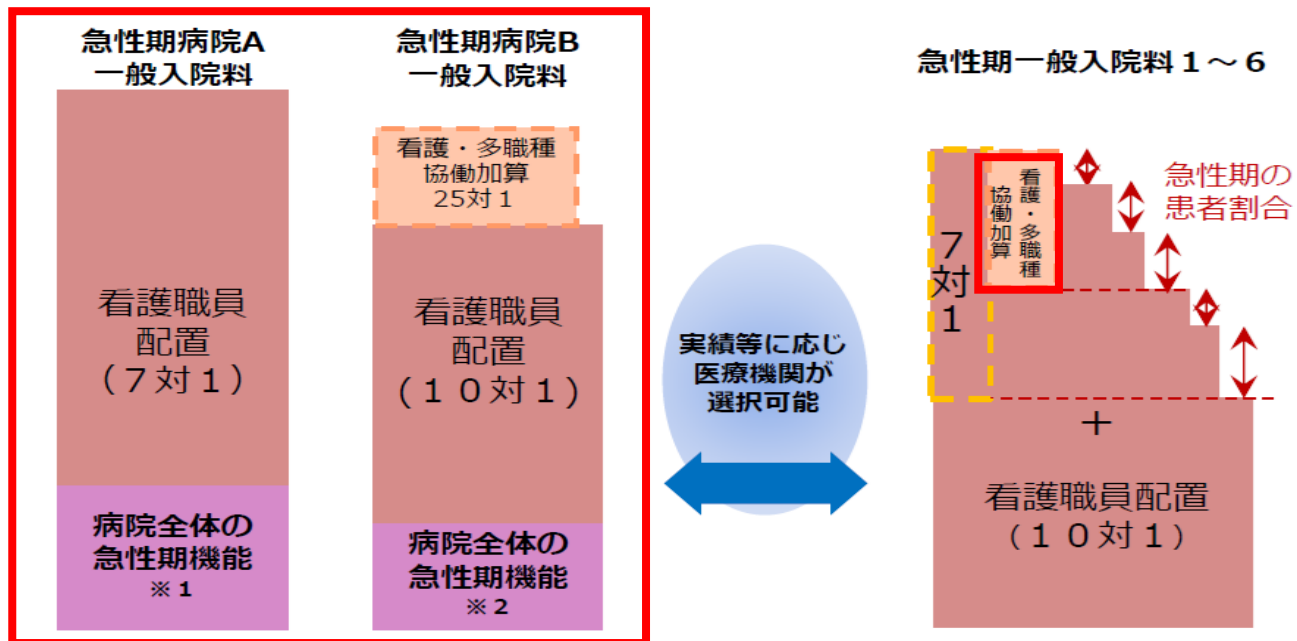
急性期一般入院料 1～6



- ※ 1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
- ※ 2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設



- * 看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

1. 急性期病院

急性期病院一般入院基本料等の新設

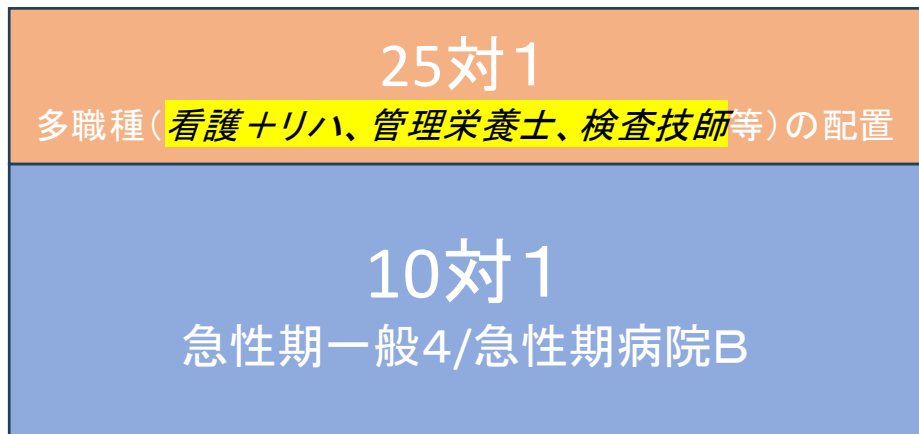
地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。

【急性期病院一般入院基本料の主な内容】

	急性期病院一般入院基本料		急性期一般病棟入基料
	A(急性期拠点病院)	B(一般急性期病院)	1～6(急性期病棟)
点数(1日あたり)	1930点(急性期一般1+56点)	1643点(急性期一般4+46点)	1523点～1874点
看護配置	7対1	10対1	7対1 or 10対1
平均在院日数	16日以内	20日以内	16日(入院料1) or 21日以内
在宅復帰率	80%以上	—	80%以上(入院料1)
DPC	DPC病院		—
看護必要度(Ⅱ)	必要度Ⅰ:基準①:28%以上、基準②:35%以上 必要度Ⅱ:基準①:27%以上、基準②:34%以上		入院料1が同等
看護必要度Ⅱ	原則必須	400床以上は必須	200床以上の入院料1必須
救急体制	2次救急、(高度)救命C、総合周産C、24h対応	2次救急・救急告示、24h救急対応	要件なし
地ケア・地メディ	地メディ・地ケアの届出なし ※経過措置あり	地メディの届出なし ※経過措置あり	
看護師長等の要件	院内に「看護師長と同等5年以上の経験＋看護管理者研修(180時間以上)の配置」が望ましい		
救急の実績(年間)	救急搬送2,000件以上＋全麻手術1,200件以上	下記のいずれか ①救急搬送1,500件以上 ②救急搬送 500件以上＋全麻手術500件以上 (人口20万未満) ③救急搬送 2次医療圏最大＋1000件以上	

更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上に係る取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う。

● 入院料のイメージ



7対1と同等程度

● 点数の構成

項目名	加算対象	点数(1日につき)
看護・多職種協働加算1	急性期一般4	277点
看護・多職種協働加算2	急性期病院B	255点

- 急性期4 + 多職種加算1 = 1,874点 = 急性期1
- 急性期B + 多職種加算1 = 1,898点 > 急性期1

● 主な施設基準

項目	内容
多職種配置	25対1
入院料	急性期一般4 もしくは 急性期病院B
看護必要度	必要度Ⅱ: 基準①27%以上、基準②34%以上
平均在院日数	急性期一般1と同等程度 16日以内
在宅復帰率	80%以上
医師配置	10対1
その他	多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有 病院の医療従事者の負担の軽減 処遇の改善に資する体制が整備

● 25対1の配置人員イメージ(7対1病棟との比較)

配置人数の例 (イメージ)

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合



看護・多職種
協働加算
25対1

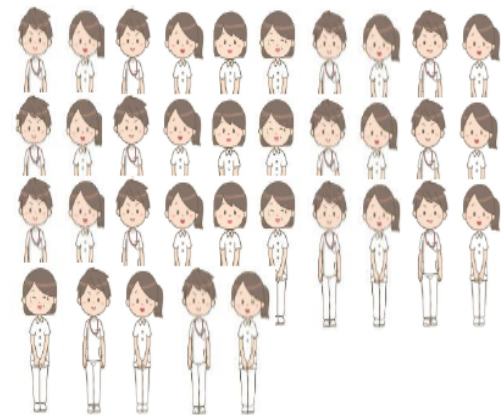


看護職員
配置
(10対1)

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合



看護職員
約35人*3

*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 5 / 1800時間 = 24.3人 (24人)$

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14 \rightarrow 約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

● 多職種の業務例

各職種が専門性を活かして行う業務の例

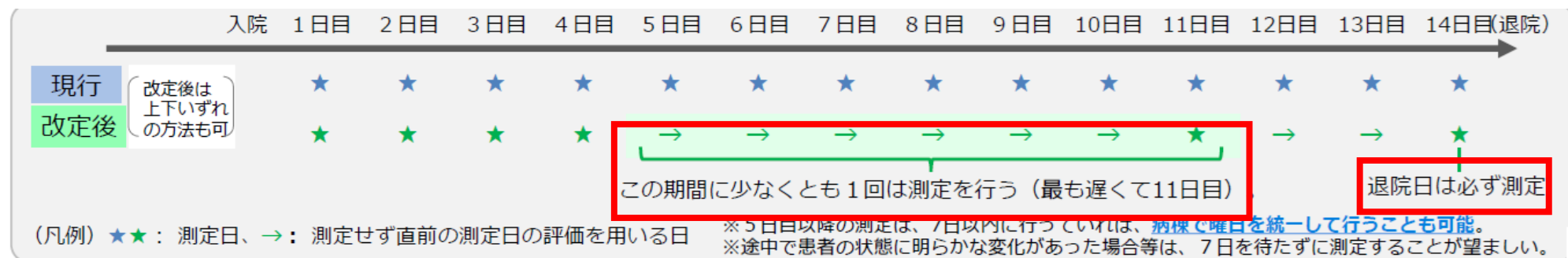
看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。

【急性期病院一般入院基本料の主な内容】

- A項目**(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・手術)の追加
- 該当患者割合に、**対象病棟における1病床あたりの救急搬送受入件数**に応じた加算を追加
※ 急性期における入院基本料等が対象
- B項目の測定対象日を入院後4日間及び以降7日毎とし、測定日以外は、直近の評価で代替可能**
※ 今までどおりの毎日測定でも可

【B項目測定変更の例】



1. **A項目**(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・手術)の追加

● A項目の追加項目

区分	分類	名称	点数
A6	①抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)	ホリナートカルシウム注射 ラスブリカーゼ (遺伝子組換え) 注射	3点

● C項目の追加項目案

区分	分類	名称	日数	区分	名称	日数
C21	救命等に係る内科的治療	注射	4日間	C23	内シャント設置術	5日間
		脳脊髄腔注射 (腰椎)			胸水・腹水濾過濃縮再静注法	
	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)				
処置	腰椎穿刺	経皮的胆管ドレナージ術				
	吸着式血液浄化法	膵嚢胞外瘻造設術 (内視鏡によるもの)				
	カウンターショック (その他)	体外衝撃波胆石破碎術 (一連につき)				
	持続緩徐式血液濾過	小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によるもの)				
手術	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	別に定める手術		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	
	経皮経肝胆管ステント挿入術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術				
	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	造血幹細胞採取 (末梢血幹細胞採取) (自家移植)				
C22	別に定める検査	検査		2日間	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	
		EF-気管支			経皮経食道胃管挿入術 (PTEG)	
		経気管肺生検法			下部消化管ステント留置術	
		超音波検査 (心臓超音波検査) (経食道心エコー法)			体外衝撃波膵石破碎術 (一連につき)	
		組織試験採取、切採法 (心筋)			肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連として) (腹腔鏡によるもの)	
		EBUS-TBNA			肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連として) (その他のもの)	
気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	薬剤投与用胃瘻造設術					

2. 該当患者割合に、対象病棟における1病床あたりの救急搬送受入件数 に応じた加算を追加

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

- 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、急性期病院一般入院基本料等において、救急患者応需係数を算出し、該当患者割合に加えることで求めた割合指数を用いる。
- 救急患者応需係数は、対象病棟における病床あたり年間救急搬送受入件数に応じて算出する。

割合指数の算出方法

該当患者割合

- 例えば、急性期一般入院料4における、該当患者の基準^{※1}を満たす患者割合が15%とする。

救急患者応需係数^{※2}：

$$1 \text{ 病床あたりの救急搬送受入件数} / \text{年} \times 0.005$$

を該当患者割合に加算

割合指数

- 該当患者割合が15%であるため、割合指数^{※3}は $15\% + 5\% = 20\%$ になる。

- 救急搬送受入件数は、入院しなかった場合を含む病院の受入件数全体を指す。割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、それぞれの病棟に入院した救急搬送患者の比率に応じて、受入件数を按分したうえで計算する。



急性期一般4：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

割合指数を算出する必要がある病床が急性期一般入院料4の100床である病院において、年間1000件の救急搬送を受け入れている場合 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = 10 \text{ 件/床/年}$

この割合が、施設基準における割合指数の基準を満たす必要がある。

- 0.005を乗じて、該当患者割合への加算 (=救急患者応需係数) を計算する。

(計算例)

左例の場合、救急患者応需係数として $10 \times 0.005 = 5\%$ が該当患者割合に加算される。

- ※1 「A ≥ 2点かつB ≥ 3点」「A ≥ 3点」「C ≥ 1点」のいずれか
- ※2 救急患者応需係数の上限は1割
- ※3 患者該当割合の基準1と基準2がある場合は、それぞれの基準に係る該当患者割合に対し、それぞれ救急患者応需係数を加算する。

厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

◆ 加算の上限は10%までとする

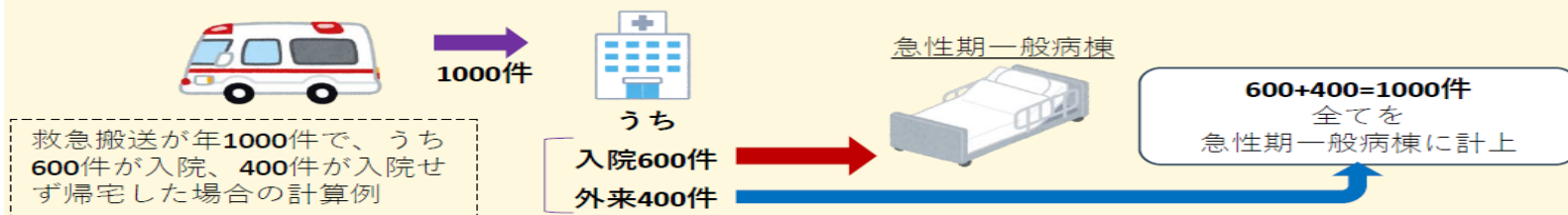
対象：急性期病院、急性期一般、7対1(特定)、看護・多職種協働加算、急性期総合体制加算、地メディ

2. 該当患者割合に、対象病棟における1病床あたりの救急搬送受入件数 に応じた加算を追加

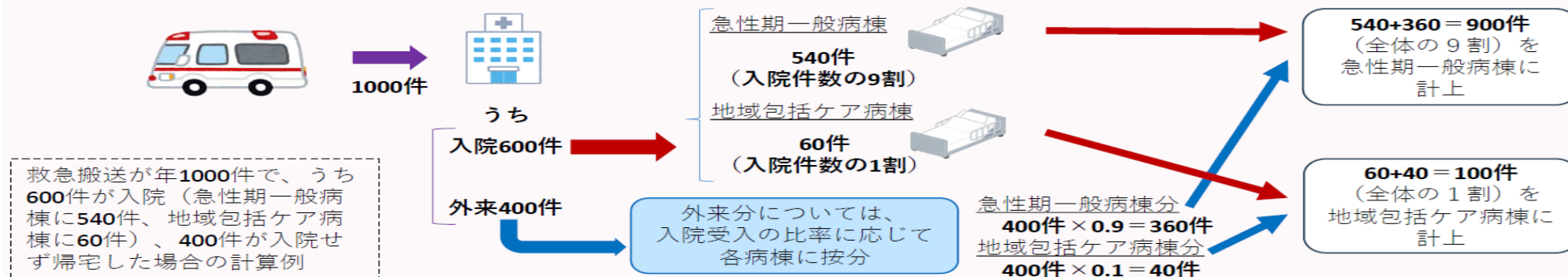
入院料の異なる病棟が併設されている場合の取り扱い

- 入院しなかった場合も含めた救急搬送件数を係数に反映するためには、同一医療機関内に複数種類の病棟がある場合に、救急搬送受入件数をそれぞれの病棟に配分する必要がある。
- 今回のシミュレーションにおいては、救急搬送のうち入院した件数は、入院した病棟への加算に反映させている。また、入院せず外来のみで帰宅した件数については、救急搬送からのそれぞれの病棟への入院受入件数を用いて按分し、各病棟の加算に反映させている。

<病棟が1種類の場合>：救急搬送件数を、外来分も含め、全て1種類の病棟に計上



<異なる病棟が併設されている場合>：救急搬送件数を、救急搬送による入院患者の割合に応じて各病棟に按分



※なお、下の図中では考え方を明らかにするために入院と外来に分けた上で計算しているが、1000件を入院と外来に分けずに、そのまま9:1に按分することで、より簡便に算出できる。

◆ 看護必要度の増減シミュレーション結果

急性期一般入院料 1～5 の変更後の基準該当割合

○ AC項目に加えて救急搬送受入件数に応じた加算を行った場合の、各入院料における各病院の基準を満たす患者割合の平均値の増減のシミュレーションは以下の通り

	平均値	病床数あたりの救急搬送数の少ない病院		病床数あたりの救急搬送数の多い病院		
		全体 (n=404)	手術なし症例が多い	手術症例が多い	手術なし症例が多い	手術症例が多い
急性期一般1 (基準①/基準②)	①現行	28.3%/36.7%	25.7%/34.6%	32.0%/39.3%	26.0%/35.0%	29.7%/38.0%
	②新たな評価	35.4%/43.6%	30.9%/39.6%	36.7%/43.8%	35.2%/44.0%	39.0%/47.1%
	②-①	+7.1%/+6.9%	+5.2%/+5.0%	+4.7%/+4.5%	+9.2%/+9.0%	+9.3%/+9.0%
急性期一般2	①現行	27.2%	25.9%	27.9%	26.2%	28.6%
	②新たな評価	32.8%	29.3%	31.2%	34.4%	36.3%
	②-①	+5.6%	+3.5%	+3.3%	+8.1%	+7.7%
急性期一般3	①現行	23.3%	21.3%	24.4%	23.5%	23.2%
	②新たな評価	29.0%	24.6%	27.9%	30.9%	30.4%
	②-①	+5.7%	+3.3%	+3.6%	+7.5%	+7.2%
急性期一般4	①現行	24.5%	18.6%	29.7%	21.1%	27.3%
	②新たな評価	28.9%	20.9%	31.7%	27.3%	33.5%
	②-①	+4.4%	+2.3%	+2.0%	+6.2%	+6.2%
急性期一般5	①現行	15.9%	14.8%	16.1%	15.3%	19.2%
	②新たな評価	18.4%	15.8%	17.3%	19.3%	23.8%
	②-①	+2.5%	+1.0%	+1.3%	+3.9%	+4.6%

※シミュレーションの前提：内保連提案のAC項目（外来多数項目等除く）を追加した上で、急性期病棟100床あたりの救急搬送受入件数1000件の場合に5%加算（加算係数0.005）必要度II、3ヶ月間の入院実患者数20名以上、病床数20床以上、救急搬送受入のある病棟を対象に算出
出典：DPCデータ（2025年1月～3月）、救急応需件数は令和5年度病床機能報告より

3. 看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し ⑥

◆ 該当患者割合の見直し

		改定前		改定後				改定前		改定後	
入院料等		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	入院料等		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期病院一般入院料A	基準割合①	新設	新設	28%	27%	急性期総合体制加算1	基準割合①	新設	新設	33%	32%
	基準割合②			35%	34%		基準割合②			40%	39%
急性期病院一般入院料B	基準割合①	新設	新設	28%	27%	急性期総合体制加算2	基準割合①			32%	31%
	基準割合②			35%	34%		基準割合②			39%	38%
急性期一般入院料1	基準割合①	21%	20%	28%	27%	急性期総合体制加算3	基準割合①			30%	29%
	基準割合②	28%	27%	35%	34%		基準割合②			37%	36%
急性期一般入院料2		22%	21%	28%	27%	急性期総合体制加算4	基準割合①			29%	28%
急性期一般入院料3		19%	18%	24%	23%		基準割合②			36%	35%
急性期一般入院料4		16%	15%	20%	19%	急性期総合体制加算5	基準割合①			28%	27%
急性期一般入院料5		12%	11%	15%	14%		基準割合②			35%	34%
7対1入院基本料 (特定機能病院 (一般病棟に限る。))	割合①	/	20%	/	27%	看護・多職種協働加算	基準割合①	新設	新設	28%	27%
	割合②				27%		34%			基準割合②	35%
7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)		8%	7%	8%	7%	看護必要度加算1	18%	17%	18%	17%	
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①	21%	20%	22%	21%	看護必要度加算2	16%	15%	16%	15%	
	割合②	28%	27%	29%	28%	看護必要度加算3	13%	12%	13%	12%	
地域包括医療病棟入院料		16%	15%	19%	18%	急性期看護補助体制加算	7%	6%	6%	5%	
地域包括ケア病棟入院料		10%	8%	10%	8%	看護職員夜間配置加算	7%	6%	6%	5%	
特定一般病棟入院料の注7		10%	8%	10%	8%	看護補助加算1	5%	4%	4%	3%	

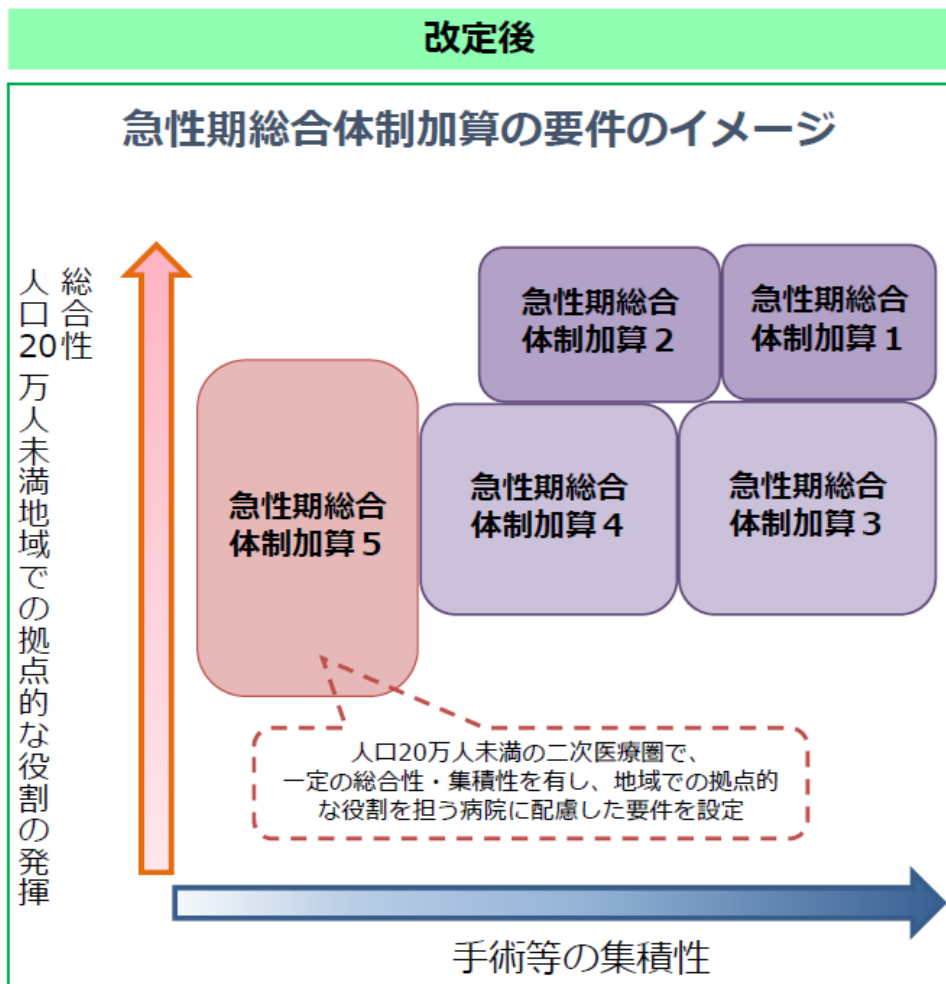
該当入院料	該当基準
急性期病院 急性期一般1	割合① 以下のいずれか ・A3点以上 ・C1点以上
7対1(特定機能病院・専門病院)	割合② 以下のいずれか ・A2点以上 ・C1点以上
急性期総合体制加算	
看護・多職種協働加算	
急性期一般2～5等	以下のいずれか ・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
地域包括医療 地域包括ケア等	以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上

急性期一般1 救急患者応需係数の対象

※ 経過措置
令和8年9月30日

地域における拠点的な医療機関を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たな評価を行う。その際、人口の少ない地域において、救急搬送の受入を最も担う病院について配慮する。

1. 加算のイメージ



2. 加算点数、算定可否

	加算1	加算2	加算3	加算4	加算5
7日以内	530点	470点	440点	360点	300点
8日～11日	290点	230点	200点	150点	120点
12日～14日	210点	150点	120点	90点	60点
急性期病院 A一般	○	○	○	○	○
急性期病院 B一般	×	×	×	×	○
急性期病院 A精神	○	○	○	○	○
急性期病院 B精神	×	×	×	×	○

3. 主な施設基準（総合性、手術の集積性などの一部抜粋）

		加算1	加算2	加算3	加算4	加算5
総合性		<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科について標榜・入院医療を提供している。（地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜・入院医療の提供を行ってなくても良い。） 				
		<ul style="list-style-type: none"> 精神科につき24時間対応できる体制があること 				
		<ul style="list-style-type: none"> 精神患者の入院受入体制がある 		両方満たす		いずれかを満たす
		<ul style="list-style-type: none"> ① 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ② 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 				
手術の集積性 (年間実績)		<ul style="list-style-type: none"> 全麻酔手術2000件以上 			<ul style="list-style-type: none"> 全麻手術1200件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 全麻手術800件以上 (地域最多救急病院除く)
		下記アからキのうち 6つ以上及びク、ケ	下記アからキのうち 4つ以上及びク又はケ	下記アからキのうち 5つ以上	下記アからキのうち 3つ以上及びク又はケ	下記アからク及びコ のうち 2つ以上
		ア 悪性腫瘍手術400件以上 イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 エ 心臓胸部大血管手術60件以上(加算1及び3では100件) オ 消化管内視鏡手術600件以上 カ 脳神経外科手術50件以上 キ 放射線治療(対外照射法)200例以上 ク 分娩件数100件以上 ケ 6歳未満の手術40件以上 コ 医療提供機能連携加算の届出(地域最多救急病院が加算5を算定する場合に限る) ※地域最多救急病院が加算5を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない				
救急医療の体制		<ul style="list-style-type: none"> 救急時医療情報閲覧機能を有している 				
		高度救命救急C、救命救急C			2次救急、救命救急C	
必要度	基準①	I : 33% II : 32%	I : 32% II : 31%	I : 30% II : 29%	I : 29% II : 28%	I : 28% II : 27%
	基準②	I : 40% II : 39%	I : 39% II : 38%	I : 37% II : 36%	I : 36% II : 35%	I : 35% II : 34%

※ 各項目で経過措置対応あり

I . 入院医療の評価

(2) 高度急性期・救急・DPC

1. 高度急性期	3. DPC／PDPS
2. 救急医療	

特定機能病院について、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。

【特定機能病院入院基本料の変更：一般病棟の場合】

	全体
7対1入院基本料	1,822点
10対1入院基本料	1,458点



承認要件の見直し(3類型)に伴い、入院料の評価区分も変更(**+約200~300点:急性期一般より大きい上げ幅**)

	A (大学病院本院)	B (ナショナルセンター等)	C (その他)
7対1入院基本料	2,146点	2,136点	2,016点
10対1入院基本料	1,771点	1,760点	1,642点

※ 特定機能病院の名称変更時も、入院料名変更に関今後反映

特定集中治療室を有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、特定集中治療室管理料について見直しを行う。

1. 救急搬送受入件数等の要件追加(経過措置:令和8年12月31日まで)

下記のいずれかを満たす

- ①救急搬送受入**1,000件以上**(医療資源が少ない地域 800件以上)
- ②全麻手術**1,000件以上**(医療資源が少ない地域 800件以上)
- ③(小児・新生児ICU等病床5割以上)
救急搬送受入**500件以上**(医療資源が少ない地域 250件以上)

2. 入院料体系の簡素化(広範囲熱傷の加算化)

3. 宿日直医師OKの治療室範囲拡大

入院料種別	広範囲熱傷	宿日直医師
ICU管理料 1	—	×
ICU管理料 2	○	×
ICU管理料 3	—	×
ICU管理料 4	○	×
ICU管理料 5	—	○
ICU管理料 6	○	○



入院料種別	宿日直医師
ICU管理料 1	×
ICU管理料 2	○
ICU管理料 3	○

広範囲熱傷の場合

- ・ 入院日数 60日以内
- ・ 8日~60日に**200点**を加算

4. ICU用の看護必要度の見直し

看護必要度の追加項目	点数
蘇生術の施行	A2点
抗不整脈剤の使用	A2点
一時的ペーシング	A2点

5. SOFAスコアの一定以上割合変更

経過措置:令和8年12月31日まで

入院料種別	SOFAスコア	改定前	改定後
ICU管理料 1	5点以上	10%以上	20%以上
ICU管理料 2	3点以上		

6. 特定機能病院でも重症患者対応強化加算の届出可

重症対応強化加算の届出可	① 特定機能病院 ② 急性期総合体制加算の届出医療機関

7. 遠隔支援加算の対象見直し

① 支援側

② 被支援側



令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑥

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新)	重症患者対応体制強化加算	
イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]
重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

専従の常勤看護師 1名以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした 院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること	
看護師 2名以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。	① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を用いた重症患者の看護の実際	*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、 他の医療機関等の支援を行う。 (支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい) ・ 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加する など、地域における集中治療の質の向上を目的として、 地域の医療機関等と協働することが望ましい。

直近6カ月間で**15%以上**(R6年度改定で変更)

必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「」 に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式4207 予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・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の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上

◆ 特定集中治療室管理料の点数変更 (+約500点)

1日につき	ICU1	ICU2	ICU3
7日以内	14,980点	10,390点	9,390点
8日～14日以内 ※広範囲熱傷：60日まで CHDF・ECMO：25日まで 臓器移植：30日まで	13,371点	8,773点	7,770点
広範囲熱傷管理加算	200点		
遠隔支援加算 ※点数の変更はなし	—	980点	

※ 救急搬送受入件数等の実績を満たさない場合は、下記の点数を算定

経過措置；令和8年12月31日

21日以内	4,401点
-------	--------

◆ 専任医師等の配置 ※ICU2の専門看護師 経過措置；令和10年5月31日

1日につき	ICU1	ICU2	ICU3
常時1名以上治療室内配置 ICU経験5年以上かつ 適切な研修の修了医師2名以上	○	—	—
宿日直医師可・原則治療室内	×	○	○
専門看護師週20時間以上勤務	○	○※	—

◆ ICU用の看護必要度

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	-	あり
2 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
3 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	-	あり
4 人工呼吸器の管理	なし	-	あり
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6 肺動脈圧測定 （スワンガンツカテーテル）	なし	-	あり
7 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA）	なし	-	あり
8 蘇生術の施行	なし	-	あり
9 抗不整脈剤の使用（注射剤）	なし	-	あり
10 一時的ペーシング	なし	-	あり

基準	A得点2点以上
----	---------

中医協総会第637回（令和7年12月19日開催）資料

※ 割合変更なし	ICU1	ICU2	ICU3
基準患者割合	80%以上	70%以上	70%以上

経過措置；令和8年12月31日

入院料種別	SOFAスコア	改定前	改定後
ICU管理料1	5点以上	10%以上	20%以上
ICU管理料2	3点以上		

ハイケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、ハイケアユニット入院医療管理料について見直しを行う。

1. 救急搬送受入件数等の要件追加(経過措置:令和8年12月31日まで)

下記のいずれかを満たす
①救急搬送受入 1,000件以上 (医療資源が少ない地域 800件以上)
②全麻手術 1,000件以上 (医療資源が少ない地域 800件以上)
③(小児・新生児ICU等病床5割以上) 救急搬送受入 500件以上 (医療資源が少ない地域 250件以上)

2. ハイケアユニット管理料の点数変更(＋約250～300点)

	ハイケア1	ハイケア2
21日以内	7,202点	4,501点

※ 救急搬送受入件数等の実績を満たさない場合は、下記の点数を算定

21日以内	4,401点
-------	---------------

3. ハイケア用の看護必要度の見直し

看護必要度の追加項目	点数
抗不整脈剤の使用、一時的ペースング	基準①・②新設

A モニタリング及び処置等	基準①	基準②
1 創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	-	○
2 蘇生術の施行	○	○
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	-	○
4 注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	-	○
5 動脈圧測定(動脈ライン)	-	○
6 シリンジポンプの管理	-	○
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	○	○
8 人工呼吸器の管理	○	○
9 輸血や血液製剤の管理	○	○
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	○	○
11 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	○	○
12 抗不整脈剤の使用(注射剤)	○	○
13 一時的ペースング	○	○

基準①	2, 7, 8, 9, 10, 11, 12又は13のうち1項目以上に該当
基準②	1～13のうち1項目以上に該当

中医協総会第637回(令和7年12月19日開催)資料

※ 割合変更なし	ハイケア1	ハイケア2
基準患者割合①	20%以上	15%以上
基準患者割合②	80%以上	65%以上

救命救急入院料1から救命救急入院料4の評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

1. 構成変更

入院料種別	基準
救命救急 1	ハイケア評価 (4対1看護)
救命救急 2	ICU3と同等 (2対1看護)
救命救急 3	ハイケア評価+広 範囲熱傷あり
救命救急 4	ICU3+ 広範囲熱傷あり



入院料種別	基準
救命救急 1	ICU3と同等 (2対1看護)
救命救急 2	ハイケア評価 (4対1看護)

2. 点数変更(+500点程度)

1日につき	救命救急1	救命救急2
3日以内	12,379点	10,623点
4日～7日	11,240点	9,629点
8日～14日	9,894点	8,469点
広範囲熱傷管理加算	200点	

※広範囲熱傷：60日まで、CHDF・ECMO：25日まで、臓器移植：30日まで

脳卒中ケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について要件を見直す。

1. 点数変更(+約300点)

2. 実績要件の追加(施設基準)

脳卒中ケアユニット管理料
6,365点

当該保険医療機関の算定

A205-2_超急性期脳卒中加算 + K178-4_経皮的脳血栓回収術 ≥ 年間20回

院内トリアージ実施料及び夜間休日救急搬送医学管理料等を見直し、救急外来医療を24時間提供するための人員や設備、検査体制等に応じた新たな評価を行う。

【救急外来の評価】

下記を廃止・再編

夜間休日救急搬送医学管理料
600点＋注加算

2次救急
の時間外救急搬送受入評価
(初診患者のみ)

院内トリアージ実施料
300点

時間外救急ウォークイン患者の
トリアージ評価
(初診患者のみ)



救急外来医学管理料 (初診・再診ともに算定可)				
		管理料1	管理料2	管理料3
本 点 数	1. 救急搬送医学管理料(救急車)	800点	600点	200点
	2. 夜間休日救急医学管理料 (時間外ウォークイン患者)	600点	400点	50点
加 算	診 療 行 為	救急外来緊急検査対応加算1	300点(血液・細菌検査・CT/MRI・注射・処置等実施時)	
		救急外来緊急検査対応加算2	200点(血液・細菌検査・CT/MRI・注射・処置実施時)	
	精 神	精神科疾患患者等受入加算 (急性薬物中毒・精神科受診既往)	400点(受入時)	
	情 報	救急時医学情報取得加算 (意識障害患者:救急時医療情報閲覧機能 や電子処方箋システムの情報取得)	50点(月1回)	
	時 間 外 救 急 搬 送 ※1	土日祝の夜間	300点	
		土日祝夜間(平日)の夜間	250点	
		土日祝の日中	200点	
院内トリアージ実施体制加算 ※2		50点		

※1の加算は、「1.救急搬送医学管理料で算定」

※2の加算は「夜間休日救急医学管理料」で算定
他に地域連携(小児)夜間・休日診療料でも可

【救急外来医学管理料の主な施設基準】

救急外来医学管理料				
		管理料1 救急外来緊急検査対応加算1	管理料2 救急外来緊急検査対応加算2	管理料3
救急体制		救命C、2次救急、精神科救急		救急告示病院
救急搬送件数(年間)		1,500件以上 (医療資源が少ない地域 1,200件以上)	800件以上 (医療資源が少ない地域 640件以上)	
人員体制	医師	救外専任医師を経験5年以上2名以上 (院内で速やかに救外診療可の場所に配置)	救外専任医師を配置 (院内で速やかに救外診療可の場所に配置)	
	看護師	救外専任看護師常時配置(複数名が望ましい)	救外専任看護師常時配置(1名以上)	
	薬剤師、技師	院内に薬剤師、検査技師、放射線技師を配置		
	救急救命士	配置時には院内研修実施が望ましい		
緊急手術体制		緊急呼出で麻酔科医・看護師確保		
緊急検査体制		血液検査、CT・MRI実施体制確保		
研修		院内職員向けに救急研修 (心肺蘇生・外傷対応)		
防災体制		BCP、年1回防災訓練		
救急の取組		下記の内、管理料1は2つ、管理料2は1つを実施 ア. MC協議会等の参加 イ. 消防機関実施のウツタイン様式調査に参加 ウ. 当該医療機関勤務医が消防救命士に特定行為実施の支持要請対応 エ. 地域連携機関と定期的な検討会実施 オ. 救命士の病院実習受入 カ. 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加、 在宅療養等に関する救急搬送について情報共有ルール策定		

※ 救急施設(ベッド、機器配置等)に関する要件も別途あり(記載省略)、救急時医学情報取得加算・院内トリアージ実施体制加算等は施設基準別途あり

高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。

【下り搬送の評価】



① 救急患者連携搬送料1イ (自院スタッフ同乗の下り搬送)		② 救急患者連携搬送料1ロ (自院スタッフ以外の下り搬送)		③ 救急患者連携搬送料2イ (搬送先:スタッフ同乗)		④ 救急患者連携搬送料2ロ (搬送先:スタッフ同乗なし)	
搬送元医療機関				搬送先医療機関 ※救命C、急性期総合体制加算の医療機関除く			
入院前(外来)	2,400点	入院前(外来)	1,000点	800点		200点	
入院初日	1,200点	入院初日	500点				
入院2日目	800点	入院2日目	350点				
入院3日目	600点	入院3日目	200点				
長時間搬送(30分超) 700点				長時間搬送(30分超) 700点			

DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。

【医療機関別係数の見直し】

1. 基礎係数の見直し

- 3つの医療機関群（大学病院本院群、DPC 特定病院群、DPC 標準病院群）の内、DPC 標準病院群を「救急搬送での入院」等の要件にて「1」と「2（1以外）」にわけると
R8年度基礎係数 大学本院群：1.1245、特定病院群：1.0769 標準群1：1.0583 標準群2：1.0283
- ※ 令和10年度改定においては、DPC標準群1は急性期病院A・B届出が必要の方向性

DPC 標準病院群 1	<ul style="list-style-type: none"> ① 救急搬送での入院700人以上 ② 救急搬送での入院200人以上＋全麻手術500人以上 ③(人口20万以下)救急搬送 2次医療圏最大＋400人以上 ④(離島のみ)の2次医療圏)救急搬送 2次医療圏最大
----------------	--

2. 機能評価係数Ⅱの見直し

複雑性係数	計算の対象を「 在院日数・全診断群分類の25%タイル値 」に限定（早期の入院・医療資源投入を評価）	
地域医療係数	定量評価 指数	DPC標準病院群にて変更 ・「15歳未満と 周産期 」と「15歳以上」の区分で評価 ・「15歳以上」は、「①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の 心血管疾患 」の区分で評価
	体制評価 指数	下記の項目評価を追加 ● 認定ドナーコーディネーター (R9年度～)の院内配置 ● 地域の需要変動へ柔軟に対応 できる体制

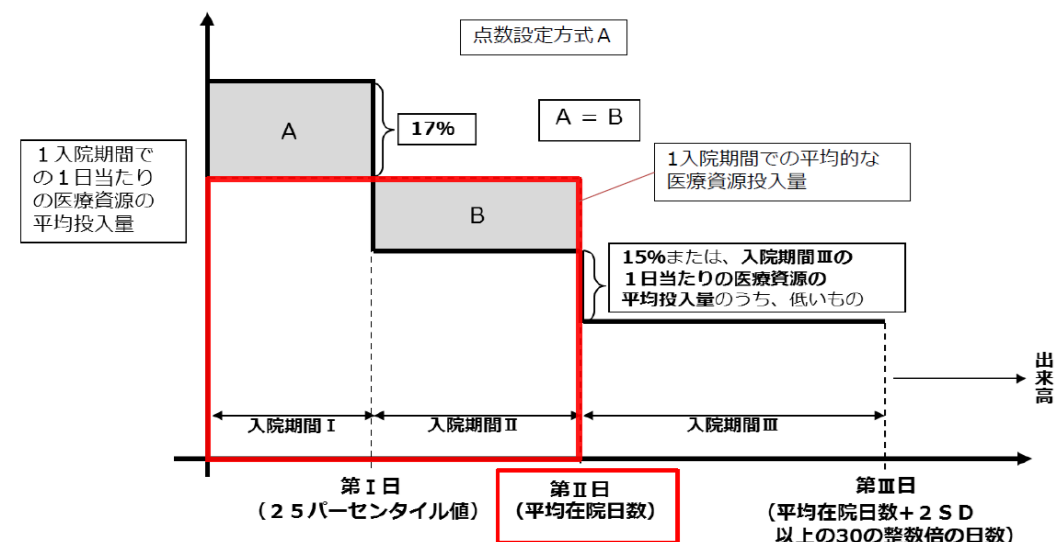
【診断群分類の見直し】

1. 点数A～Cにおける入院期間Ⅱの見直し

- 一部の診断群分類について、
入院期間Ⅱを「平均在院日数」→「**在院日数の中央値**」
へ変更。包括点数を再設定

2. 新型コロナウイルス感染症に係る取扱いの見直し

- 医療資源を最も投入した病名：「新型コロナウイルス感染症」
出来高算定 → **DPC設定にて包括算定**



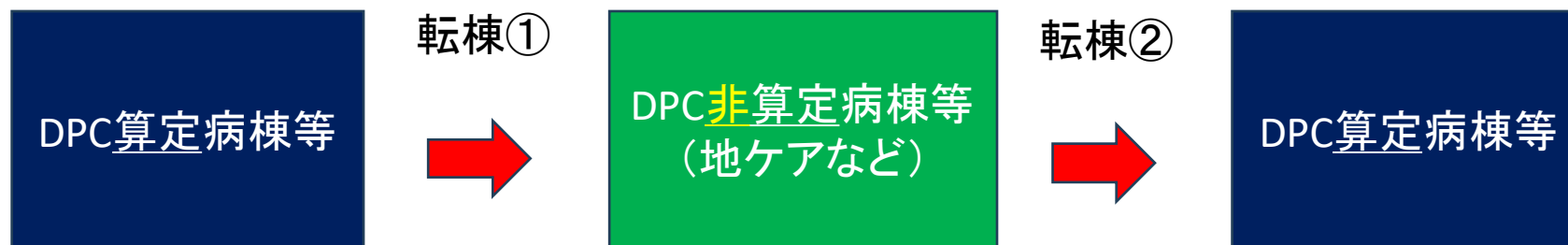
入院期間
早期化

在院日数の中央値(より短くなる)

中医協総会第630回 (令和7年11月26日開催) 資料に追記

【算定ルールの見直し】

● DPC制度の再転棟ルールの見直し



改定前	<p>同じDPC病名 (MCD2桁が同じ)にて、 DPC算定病床等からの転棟(①)より、7日以内のDPC算定病床等の再転棟(②)は、一連の入院(DPC日数は通算)となる。 → 7日超を開ければ、DPC日数はリセットされる</p>
改定後	<p>同じDPC病名 (MCD2桁が同じ)にて、 DPC算定病床等からの再転棟(②)は日数に関わらず、一連の入院となる → 転棟時の7日超リセットは不可。 ※ 「退院後の再入院は7日超でリセット」は継続</p>

【様式1の見直し】

1. 様式1の提出項目の削除・修正・新設

削除する項目

喫煙指数	個別支援の実施状況（精神病棟）
入棟時の褥瘡の有無（※）	外出又は外泊の実施状況（精神病棟）
退棟時の褥瘡の有無（※）	障害福祉サービス等の連携に関する情報（精神病棟）
退院に向けた会議の開催状況（精神病棟）	

※ 任意で入力する場合、引き続きDPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価の対象となる。

対象患者等を見直す項目

SOFAスコア/pSOFAスコア	特定集中治療室を算定する病床から退室する際の入力を不要とする
入院時体重/入院時ADL	短期滞在手術等基本料3の対象手術等の実施目的の予定入院の場合、入力を不要とする
退院時体重/退院時ADL	様式1の対象期間が5日以内の場合、入力を不要とする
P/F比	救急医療入院（呼吸不全で重篤な状態、心不全で重篤な状態等）における入力を不要とする

入力を任意とする項目

入院時BNP・NT-proBNP	Hugh-Jones分類
------------------	--------------

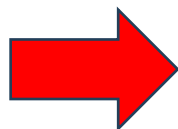
新設する項目

入院前の生活の場への復帰の有無	下り搬送の有無/下り搬送時に使用された車両
患者の状態等（障害者施設等入院基本料等を算定する場合に限る）	発症前ADLスコア（疾患別リハビリテーション料を算定する場合に限る）

2. 様式1の作成スケジュール(作成のタイミング)

厚生労働省_令和8年度診療報酬改定説明会資料より抜粋

退院・転棟時



退院・転棟及び**当該病棟入院90日後**

I . 入院医療の評価

(3)短期滞在手術等基本料

1. 短期滞在手術等基本料	
---------------	--

手術の外来移行を促すとともに、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

1. 短期滞在手術等基本料1の見直し

項目		改定前	改定後
イ 主として入院で実施されている手術の場合	麻酔を伴う場合	2,947点	2,948点
	その他の場合	2,718点	2,719点
ロ その他の場合	麻酔を伴う場合	1,588点	795点
	その他の場合	1,359点	690点

※ 参考:ロ_その他の術式(令和6年度版)

解釈番号	項目名	解釈番号	項目名
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 「3」長径4cm以上(6歳未満に限る。)	K282	水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の 「ロ」その他のもの
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 「3」長径6cm以上12cm未満(6歳未満に限る。)	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術「1」初回
K008	腋臭症手術	K616-4	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
K070	ガングリオン摘出術「1」手、足、指(手、足) (手に限る。)	K617	下肢静脈瘤手術「2」硬化療法(一連として)
K093	手根管開放手術	K617	下肢静脈瘤手術「3」高位結紮術
K093-2	関節鏡下手根管開放手術	K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術
K202	涙管チューブ挿入術「1」涙道内視鏡を用いるもの	K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術
K217	眼瞼内反症手術「2」皮膚切開法	K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術1早期悪性腫瘍粘膜切除術
K219	眼瞼下垂症手術「1」眼瞼挙筋前転法	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術「1」長径2cm未満 痔核手術(脱肛を含む。)
K219	眼瞼下垂症手術「3」その他のもの	K743	「2」硬化療法(四段階注射法によるもの)
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K254	治療的角膜切除術「1」エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	K823-6	尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)
K268	緑内障手術「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		

2. 短期滞在手術等基本料3の見直し

① 新たな項目の追加・点数の見直し(増点41項目、減点32項目)

新設例	K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの	16,876点	-
増点例	K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 口 その他のもの(両側)	33,282点	+2,127点
減点例	K890-3	腹腔鏡下卵管形成術	95,723点	▲4,520点

② DPC対象患者の取り扱い変更

- 短期滞在3該当患者 : **DPC算定 ⇒ 短期滞在3算定へ変更**

※ **2018年度改定以前の形に戻る**

③ 新規加算<入院手術対応加算>の設定

外来で一定程度実施の医療機関にて、入院が必要な患者に対する短期滞在3算定で加算を設定

加算例	K030	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術1長径2センチメートル未満	+366点
-----	------	-------------------------------	-------

施設基準(外来移行指数) **当該医療機関の外来実施率(12例以上のもの) ÷ 全病院実施率 ≥ 1.3**

計算の例

	症例数	外来実施件数	当該病院での 外来実施率	全病院での 平均的な外来実施率
A手術	100	90	90%	60%
B手術	20	10	50%	80%
計	120	80	67%	-

→ 当該医療機関の外来実施率

$$\frac{90+10}{100+20} = \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \approx 1.32$$

想定される外来実施率

Ⅱ . テーマ別の評価

1. 臓器移植	
---------	--

1. 臓器移植

脳死臓器提供管理料の見直し

認定ドナーコーディネーターを保険医療機関に配置することにより、臓器提供を希望する国民の意思がより尊重され、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されること、脳死判定基準に係る関係省令の改正により、法的脳死判定に当たって脳血流消失判定検査等を実施することや、法的脳死判定後にも継続して補助循環装置等を使用しながら脳死患者の管理を実施することが可能となったこと等を踏まえ、脳死臓器提供管理料の評価を見直す。

1. 脳死臓器提供体制向上加算の新設(脳死臓器提供料の加算)

新設	脳死臓器提供体制向上加算	5,000点
算定要件	臓器提供に関する専門の知識を有する者(認定ドナーコーディネーター:院内従事者)が臓器提供に係る説明	

○移植コーディネーターの種類

提供施設
院内ドナーコーディネーター
提供施設に所属し、院内での臓器提供時、関係部署との連携体制の確保など円滑に進むような調整を行う。

臓器移植コーディネーター
第三者的立場で、臓器移植に係る情報の収集、ドナーの家族に対する臓器提供についての説明等の実施とともに、適正なレシピエントの選択、臓器の搬送等の一連の臓器移植に関わる業務を行う。



・JOTコーディネーター(27名)
・都道府県移植コーディネーター(JOT理事長により臓器のあっせんの一部を委嘱) (約60名) 令和7年4月1日現在

※ 認定ドナーコーディネーター: 令和7年度中に認定開始予定
中医協総会第623回(令和7年10月29日開催)資料

2. 脳死判定に係る画像診断、脳死判定後の循環維持費用の加算を新設(脳死臓器提供料の加算)

画像診断	動脈造影カテーテル法	1,920点	SPECT	800点	CT撮影(造影剤使用)	720点		
補助循環の費用	IABP法	2,420点	人工心肺	1,720点	ECMO	1,720点	PCPS	1,790点
	補助循環ポンプカテ使用	2,110点	補助人工心臓	2,860点	補助人工心臓	4,960点	植込型補助人工心臓	2,860点

1. 臓器移植

臓器移植手術に係る評価の新設

臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器採取術及び臓器移植術について、新たな評価を行う。

● 臓器移植実施体制確保加算の新設

新設	臓器移植実施体制確保加算	手術料×4倍を加算
----	--------------	-----------

対象患者	対象の臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者
算定要件	臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、該当手術実施時に加算を算定 臓器採取術と移植術の医療機関異なる場合は各々算定可

対象術式	下記の臓器採取術・臓器移植術に関する術式(肺、心、肝、脾、小腸、腎) K514-3、K514-4、K605からK605-4まで、K697-6、K697-7、K709-2からK709-6まで、K716-5、K716-6、K779-2及びK780に掲げる手術
------	--

質の高い造血幹細胞移植を推進する観点から、臍帯血移植の評価を見直す。

● NGS－SBT法実施加算の新設(造血幹細胞移植法の加算)

新設	NGS－SBT法実施加算	2,000点
算定要件	臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験にて、 NGS－SBT法を用いた場合に算定	

臍帯血移植における従来法とNGS法について

○ 臍帯血移植に際し、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験が必要となるが、その方法には従来法に加えて近年NGS(次世代シーケンサー)法が普及している。

K922 造血幹細胞移植
3 臍帯血移植 66,450点

【留意事項通知】(抜粋)
(4) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。
(8) 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

- ・ 臍帯血移植実施にあたり、ドナーソースとなる臍帯血のHLA遺伝子型タイピング検査が全例実施されている。これまで臍帯血は従来法(PCR-SSO法)によりHLA-A、B、C、DRB1の4座がタイピングされてきた。
- ・ 近年普及したNGS法(NGS-HLAタイピング)は、HLA-A、B、C、DRB1、DRB3/4/5、DQA1、DQB1、DPA1、DPB1の11座のアレルを正確に判定でき、従来法で同定できないアレルの同定が可能である。
- ・ 上記によりNGS法は従来法より患者メリットが大きい(後述)が、費用面等での負担が大きい。

	測定方法	HLAアレル	結果返却までの時間
従来法	蛍光ビーズを用いる	4座同定	数日以内
NGS法	次世代シーケンサーを用いる	11座同定	1～2週間程度

出典：日本赤十字社提供資料を元に難病対策移植医療対策推進室で作成

中医協総会第623回(令和7年10月29日開催)資料

病歴から抗HLA抗体陽性が疑われる患者以外の移植待機患者においても、抗HLA抗体陽性患者が一定程度存在することを踏まえ、臓器生着率の向上に資する観点から、抗HLA抗体スクリーニング検査の対象患者を見直す。

● 抗HLA検査スクリーニング検査(自己抗体検査:1,000点)の算定対象見直し

改定後要件	下記のいずれかにて、原則1年に1回算定 ① 臓器移植後の患者 ② 臓器移植ネットワークに移植希望の登録をした患者にて、輸血歴や妊娠歴から抗HLA抗体陽性が疑われる場合 ※ 輸血歴・妊娠歴での疑いは削除
-------	---



フィルタス株式会社

メディカルサポート部

本動画に含まれるコンテンツの著作権は、フィルタス株式会社に帰属しています。

無断での転載、複製、配布、その他の利用を禁止します。