令和６年度診療報酬改定の概要
【入院Ｖ（DPC/PDPS・短期滞在手術等）】

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、ＨＰ掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令和６年度診療報酬改定

６．医療機能に応じた入院医療の評価

（１）地域包括医療病棟の新設

（２）急性期・高度急性期入院医療

（３）回復期入院医療

（４）慢性期入院医療

（５）DPC/PDPS・短期滞在手術等

（６）働き方改革・横断的事項

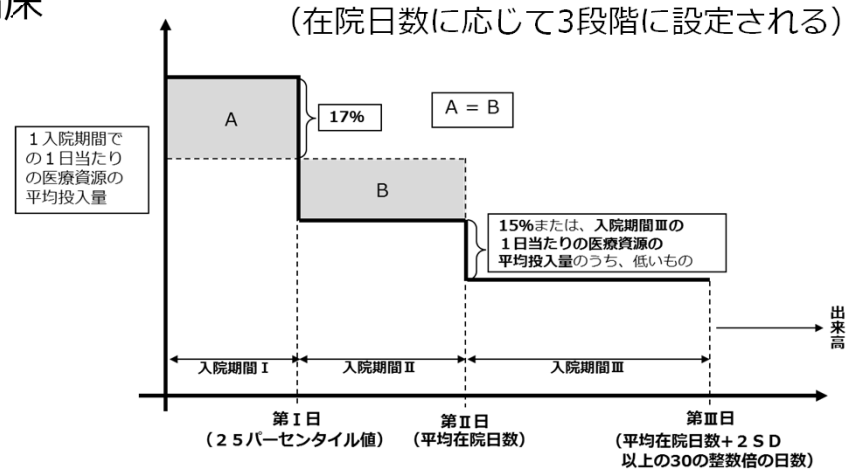
DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**１日あたり包括払い制度**である。
  - ※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  - ※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和６年６月１日時点見込みで**1,786病院**・約**48万床**となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**85%**を占める。
  - ※　令和４年７月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



DPC対象病院の基準

➢ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- **調査期間1月当たりのデータ数が90以上**（※）
- **適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**（※）
  - **「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満**
  - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満**
  - **「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満**
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

（※）令和８年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる
「DPC算定病床」

・A100　一般病棟入院基本料
・A104　特定機能病院入院基本料
・A105　専門病院入院基本料
・A300　救命救急入院料
・A301　特定集中治療室管理料
・A301-2　ハイケアユニット入院医療管理料
・A301-3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料
・A301-4　小児特定集中治療室管理料
・A302　新生児特定集中治療室管理料
・A302-2　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
・A303　総合周産期特定集中治療室管理料
・A303-2　新生児治療回復室入院医療管理料
・A305　一類感染症患者入院医療管理料
・A307　小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定
・出来高算定の診断群分類に該当する患者
・特殊な病態の患者
　－入院後２４時間以内に死亡した患者
　－生後７日以内の新生児の死亡
　－臓器移植患者の一部
　－評価療養/患者申出療養を受ける患者　等
・新たに保険収載された手術等を受ける患者
・診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

A106　障害者施設等入院基本料
A304　地域包括医療病棟入院料
A306　特殊疾患入院医療管理料
A308　回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3　地域包括ケア病棟入院料
A309　特殊疾患病棟入院料
A310　緩和ケア病棟入院料　　等

精神病棟　結核病棟　療養病棟

DPC算定
対象外の病床

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）
適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく**、**臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。

- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。

- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提②　包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要**がある。

DPCの基本構造

○　日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。

①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

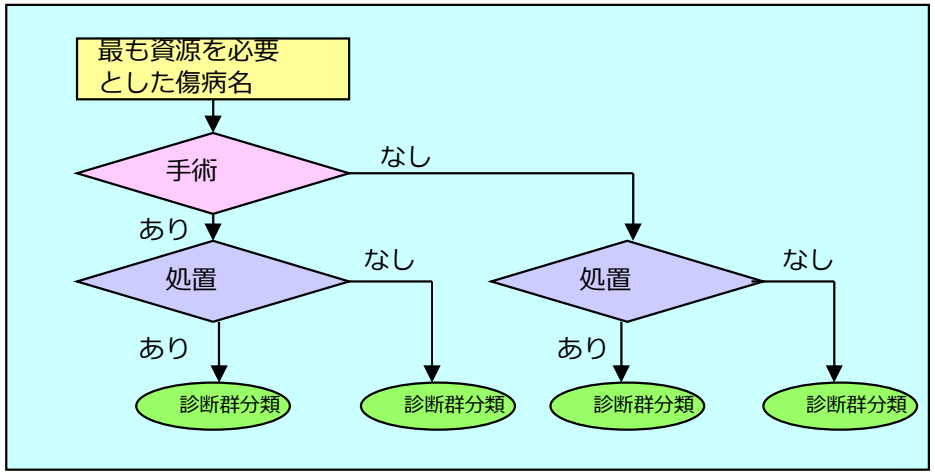
②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」
　　の　「組合せ（**C**ombination）」

※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、１日あたり、１入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC（Major Diagnostic Categories）18種
DPCコード　**3,248**分類
（うち支払分類　**2,348**分類）
※令和６年度改定時



○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。

※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category 主要診断群）　：18種類

②傷病名の細分類

⑦副傷病
0: なし
1,2: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

01 0010 x x 99 x 0 x x

手術・処置（Procedure）

③年齢・出生時体重等
【年齢・月齢】
0:　n歳以上　(nか月以上)
1:　n歳未満　(nか月未満)
【出生児体重】
1: 2,500g以上
2: 1,500g以上2,500g未満
3: 1,000g以上1,500g未満
4:　500g以上1,000g未満
5:　500g未満
【JCS】
0: 10未満
1: 10以上
【Burn Index】
1: 10未満
2: 10以上
等

⑥手術・処置等２
0: なし
1: あり
2～9、A～E:定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等１
0: なし
1: あり
2～5:定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01～07:定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1,000点未満の処置 等

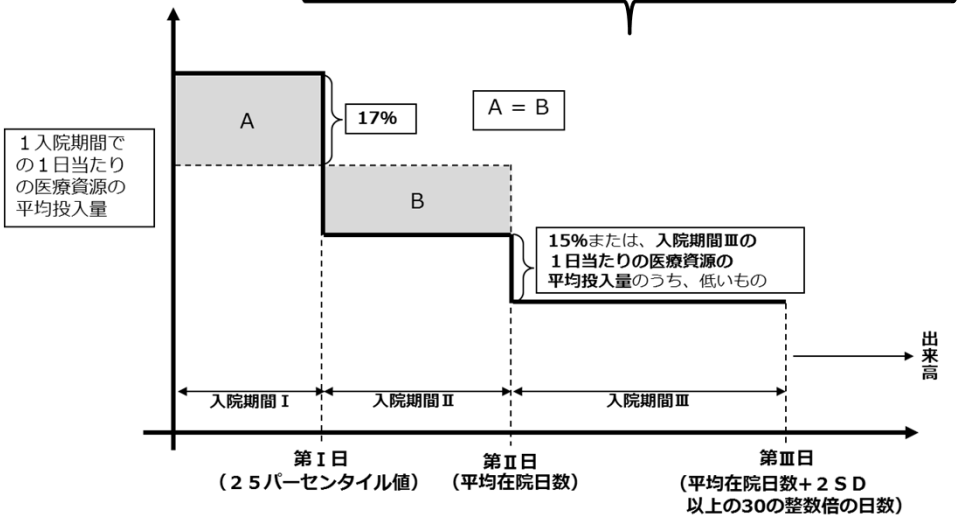
＋

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】
- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1,000点以上の処置 等

【包括評価部分】

DPC毎の1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

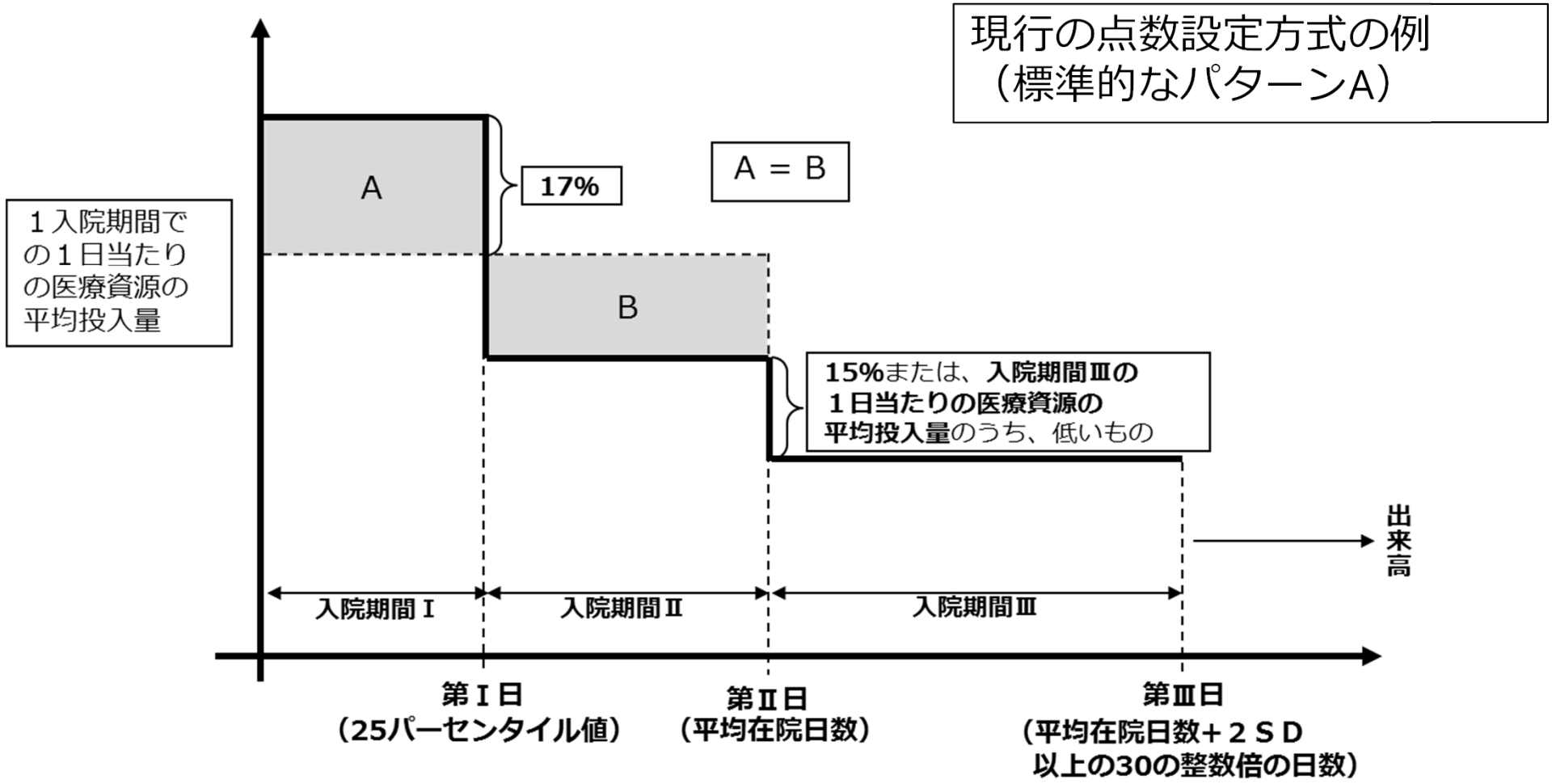


基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
救急補正係数	救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

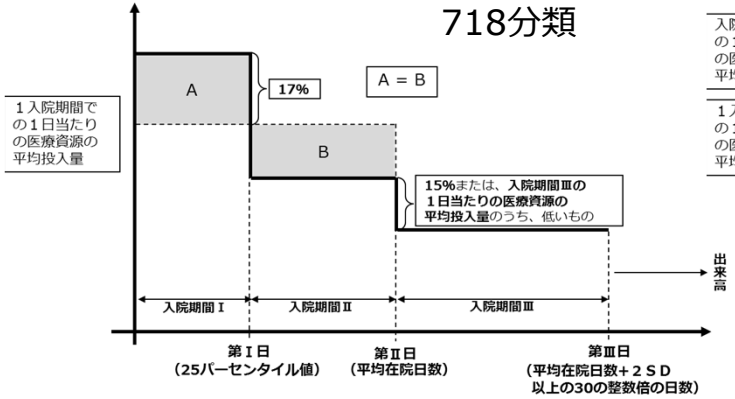
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数＋2SD以上の３０の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、**5**種類の点数設定パターンで対応



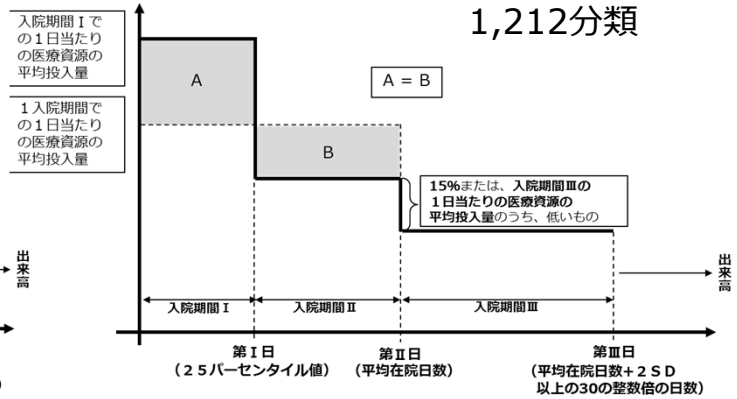
１日当たり点数の設定方法（５つの点数設定方式）

➢ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた5つの点数設定方式により点数が設定される。

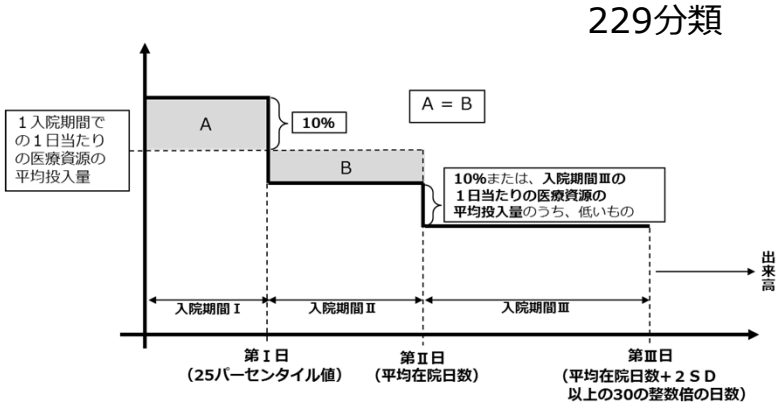
A　一般的な診断群分類



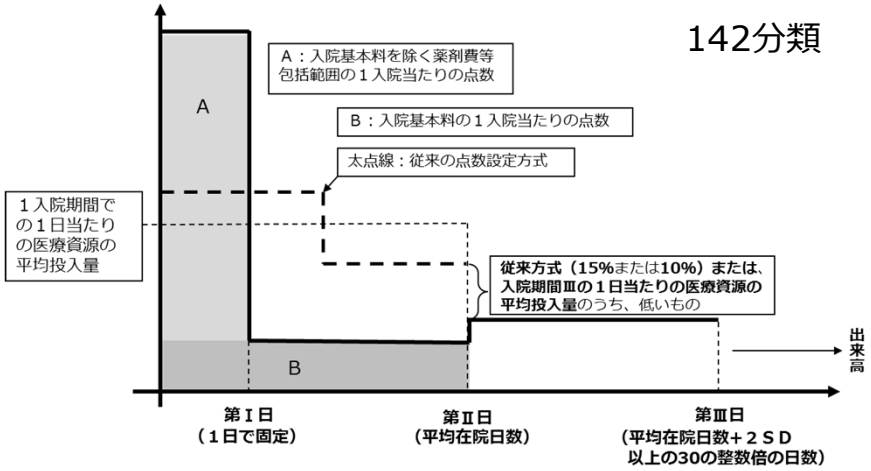
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



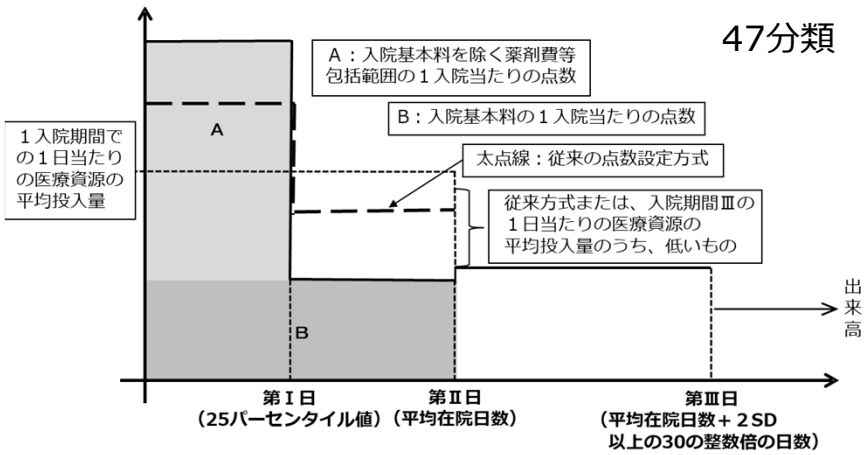
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D　高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類



E　標準化が進んでいると考えられる診断群分類



DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ｉとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1,000点未満処置）	1,000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	ＨＩＶ治療薬 血液凝固因子製剤等（血友病等に対する）

DPC対象病院が参加する調査（DPCの評価・検証等に係る調査）

○　「DPCの評価・検証等に係る調査（※）」は、次の２つの調査から構成され、適切に参加する必要がある。

①　退院患者調査

診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。提出データ（DPCデータ）に基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

②　特別調査

中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和５年６～７月に実施）

（※）　中医協での議論を踏まえ、名称を従来の「DPC導入の影響評価に係る調査」から変更している。

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式１	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式４	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式３	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	３情報から生成した一次共通ＩＤに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ＩＤ、被保険者番号等

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

○　機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、ＤＰＣ対象病院からの年１回の厚生局への別途様式による届出（定例報告）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

２．報告内容　（令和６年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況

①　救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
②　災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
③　へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
④　周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
⑤　がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
⑥　新興感染症等の医療（第一種協定指定医療機関の指定、流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院医療に係るものに限る。）の締結）

（３）その他

病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

➢ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当する新規手術等

Ｄ４１２－３　経頸静脈的肝生検
Ｋ０１３－３　自家皮膚非培養細胞移植術
Ｋ０２２－３　慢性膿皮症手術
Ｋ０５３－２　骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ０５５－４　大腿骨遠位骨切り術
Ｋ０６９－４　関節鏡下半月板制動術
Ｋ０７６－３　関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）
Ｋ０７７－２　肩甲骨烏口突起移行術
Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術　３　関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの
Ｋ０８２－７　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
Ｋ１４７－３　緊急穿頭血腫除去術
Ｋ１７６－２　脳硬膜血管結紮術
Ｋ１９６－６　末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ２５９－３　ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術
Ｋ２７１　毛様体光凝固術　１　眼内内視鏡を用いるもの
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術　２　その他のもの
Ｋ３４７－８　内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）
Ｋ３４７－９　内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）
Ｋ４７６－５　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ５０８－４　気管支バルブ留置術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　５　肺全摘
Ｋ５１４－７　肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ５２９－５　喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術　１　単独のもの　イ　胸腔鏡下によるもの
Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　３　アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの
Ｋ５７３　心房中隔欠損作成術　１　経皮的心房中隔欠損作成術　ロ　スタティック法
Ｋ５７４－４　胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）　３　門脈塞栓術（開腹によるもの）
Ｋ６３５－４　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
Ｋ６４５－２　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術
Ｋ６４５－３　骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術　２　スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）
Ｋ７００－４　腹腔鏡下膵中央切除術
Ｋ７７３－７　腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７９８３　膀胱結石、異物摘出術　レーザーによるもの
Ｋ８０９－４　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
Ｋ８２１－４　尿道狭窄グラフト再建術
Ｋ８３０－３　精巣温存手術
Ｋ８３６－３　腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術
Ｋ８４１－７　経尿道的前立腺水蒸気治療
Ｋ８４１－８　経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）
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

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

平成25年12月25日
中医協総会において了承

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の２つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年４回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

１． 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14 桁コード）を抽出する。

① 新薬
② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
③ 事前評価済公知申請

２． 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の１入院あたり薬剤費を算出する。

３． 当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。

○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○　機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．救急補正係数

○　救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

５．激変緩和係数

○　診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

DPC/PDPSの見直し

➢ DPC対象病院の基準の見直し

1．DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、**データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。**

※　当該基準については、令和８年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

➢ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の３つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の４つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

現行	改定後
【保険診療係数】 ・適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価 【効率性係数】 ・各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 【救急医療係数】 ・救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価 【地域医療係数】 ・体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは１：１） ［体制評価指数］ ・がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価 ＜感染症＞新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等 ＜実績評価＞実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価	【保険診療係数】 ・**評価を廃止**（一部を体制評価指数による評価に移行） 【効率性係数】 ・**評価手法の変更** 【救急医療係数】 ・**「救急補正係数」として整理**（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止） 【地域医療係数】 ・体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは**７：５**） ［体制評価指数］ ・従前の10項目に、**臓器提供の実施**、**医療の質向上に向けた取組**及び**医師少数地域への医師派遣機能**（大学病院本院群のみ）を追加 ＜感染症＞**新興感染症に係る協定締結（**令和７年度～） ＜実績評価＞**50%tile値**を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4．**救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。
5．**激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

➢ 診断群分類点数表の見直し

1．入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、**点数設定方式Bにより設定する分類の範囲を見直す。**
2．より早期の退院への評価を充実化する観点から、**入院期間Ⅰで入院基本料を除く１入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部へ適用する。**

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

➢ DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

現行

【ＤＰＣ対象病院の基準】
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

(新設)

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

改定後

【ＤＰＣ対象病院の基準】
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- **調査期間1月あたりのデータ数が90以上**
- **適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**
  - **「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満**
  - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満**
  - **「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満**
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

➢ データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和８年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 現行の医療機関群の設定方法を維持し、３つの医療機関群を設定する。
- データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）を満たさない医療機関について評価を区別する。

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  - 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、４つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ再整理する（各評価項目の重みづけは等分とする）。
- 効率性係数及び地域医療係数について、評価の主旨や実態等を踏まえた評価手法の見直しを行う。

救急補正係数

- 従前の救急医療指数による評価手法を維持し、独立した医療機関別係数の項目として救急補正係数を設定する。

激変緩和係数

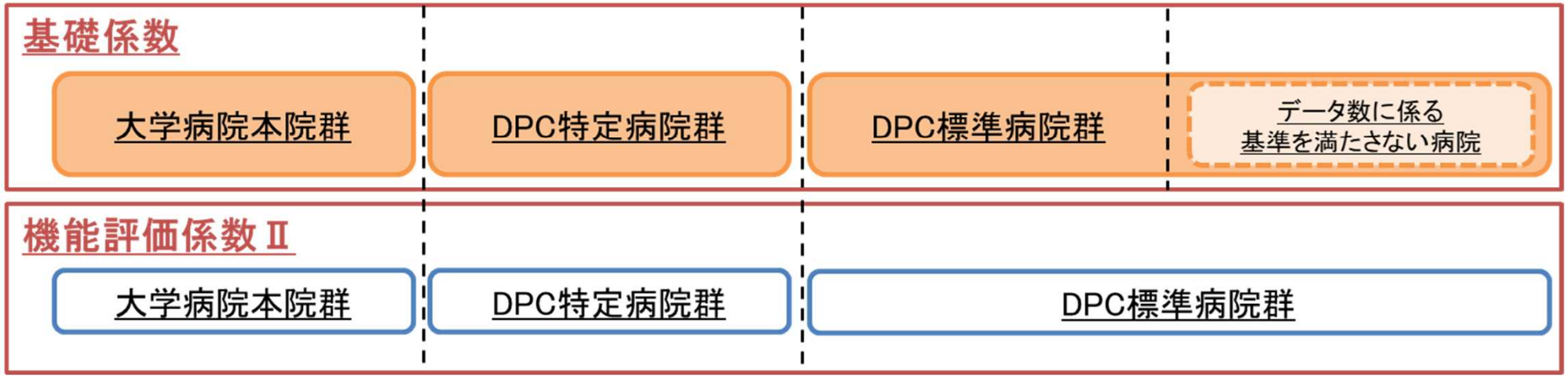
- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

基礎係数の見直し

基礎係数の見直し

- 従前の考え方を維持し、３つの医療機関群を設定した上で、令和６年度診療報酬改定においては、データ数に係る基準（１月あたり90以上）を満たさない医療機関について、診療密度（相対値）が相対的に低いことを踏まえ、基礎係数の評価を区別する。

【令和6年度改定における基礎係数の評価（イメージ）】



機能評価係数Ⅱの見直し①

機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

➢ 機能評価係数Ⅱについて、既存の４つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へと整理し、以下のとおり見直す。

現行

評価項目		重み付け	
保険診療係数		1.0	
効率性係数		1.0	
複雑性係数		1.0	
カバー率係数		1.0	
救急医療係数		1.0	
地域医療係数	体制評価係数	1.0	0.5
	定量評価係数		0.5

改定後

見直しの内容	重み付け（※）	
評価を廃止（一部を体制評価指数で評価）		
評価手法の見直し、群別評価へ変更	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
名称・係数の位置づけの見直し	（1.2）	
医療計画や実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加	1.2	0.7
現行の評価の継続		0.5

（※）全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため ）

機能評価係数Ⅱの見直し②

機能評価係数Ⅱの見直し

- 保険診療係数について、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行する。
- 効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。
- 機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。

現行

【保険診療係数】
提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価
［評価内容（概要）］
- 適切なDPCデータの作成
- 病院情報の公表

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
［評価内容（概要）］
- 全国の平均在院日数
  /全国の症例構成で補正した当該医療機関の平均在院日数

※　全群共通で評価

【救急医療係数】
救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

改定後

【保険診療係数】
（評価を廃止）

（DPC対象病院の基準として、位置づけを変更）
（体制評価指数において評価）

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
［評価内容（概要）］
- **当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数**
  /当該医療機関の平均在院日数

※　**医療機関群ごとに評価**

【救急医療係数】
（「救急補正係数」としての評価へ位置づけを変更）

機能評価係数Ⅱの見直し③

地域医療係数の見直し①

- 評価項目の再編等を踏まえ、地域医療係数における体制評価指数と定量評価指数の評価シェアについて、体制評価指数を重点評価するよう見直す。
- 体制評価指数における「感染症」について、医療計画における取組等を踏まえ、新興感染症に係る協定締結を評価するよう見直す。
- 体制評価指数について、医療機関群ごとの現状の実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における評価上限値を見直す。

現行

【地域医療係数】
［評価シェア］
体制評価指数：定量評価指数＝１：１

［体制評価指数］
がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価

＜感染症＞
・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当
・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること
・GMISへの参加
＜実績評価＞
・実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価

改定後

【地域医療係数】
[評価シェア]
体制評価指数：定量評価指数＝**７：５**

[体制評価指数]
従前の10項目に、**臓器提供の実施**、**医療の質向上に向けた取組**及び**医師少数地域への医師派遣機能**（大学病院本院群のみ）を追加
＜感染症＞
・第一種協定指定医療機関に該当（令和７年度～）
・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（令和７年度～）
＜実績評価＞
・大学病院本院群及びDPC特定病院群において、実績を有するデータの**50%tile値**を上限値として評価

DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価

地域医療係数の見直し②

➢ 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

＜臓器提供の実施＞

［概要］
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

［評価の内容］

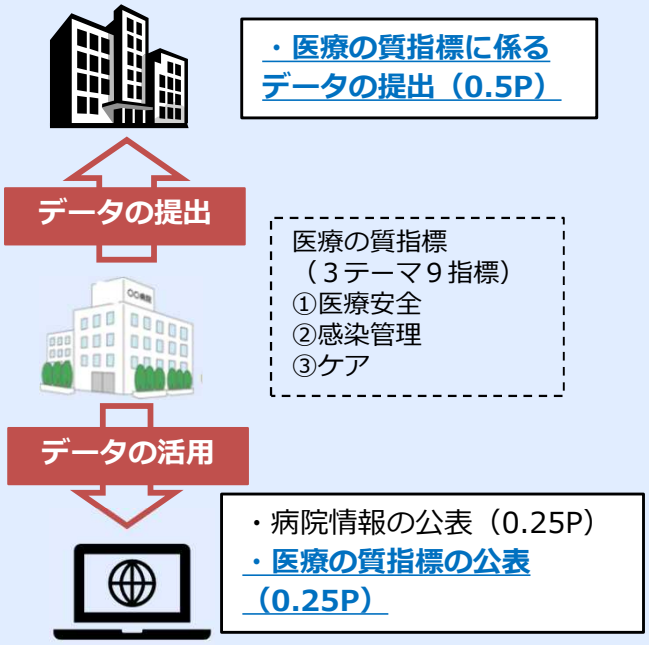
・過去３年の法的脳死判定後の臓器提供１件以上（0.5P）、２件以上（1P）

※大学病院本院群
DPC特定病院群
の場合

＜医療の質向上に向けた取組＞

［概要］
医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

［評価の内容］



・医療の質指標に係るデータの提出（0.5P）

医療の質指標
（３テーマ９指標）
①医療安全
②感染管理
③ケア

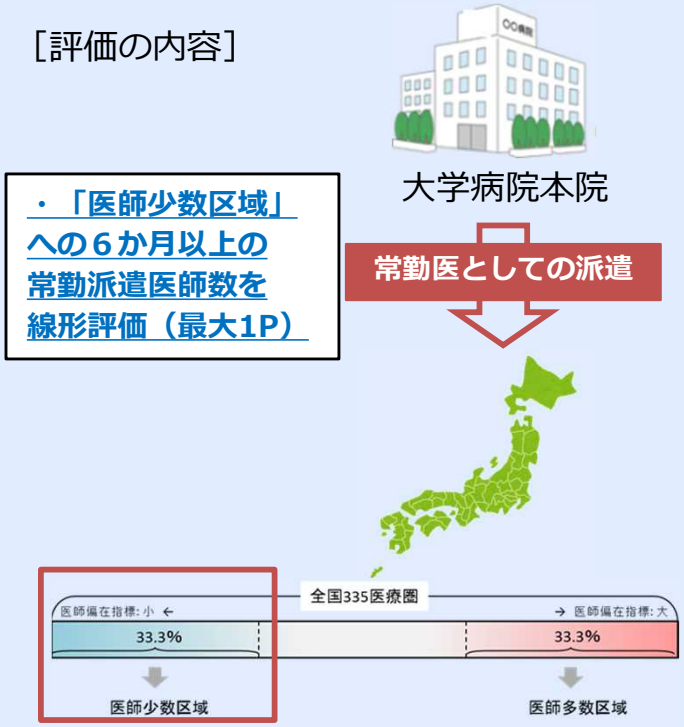
・病院情報の公表（0.25P）
・医療の質指標の公表（0.25P）

＜医師少数地域への医師派遣機能＞

［概要］
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

［評価の内容］

・「医師少数区域」への６か月以上の常勤派遣医師数を線形評価（最大1P）



（参考）データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（３テーマ９指標）

テーマ	指標	既存データ項目の活用	データ提出の評価対象（※１）	公表の評価時期（※２）
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和８年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	×	○	令和８年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○	×	令和７年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和７年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	○	×	令和７年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	×	○	令和８年度～
ケア	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	×	○	令和８年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	×	○	令和８年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和８年度～

（※１）　該当する指標に対応する調査項目を新設する
（※２）　集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、**７：５**）構成	体制評価指数：**5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績**を評価。 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	**〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕／〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの評価内容②（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・t-PA療法の実施を評価(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31、K178-32、K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれかの最大値で評価。		
心筋梗塞等の心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612イのいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（0.5P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	・災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） ・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）		

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

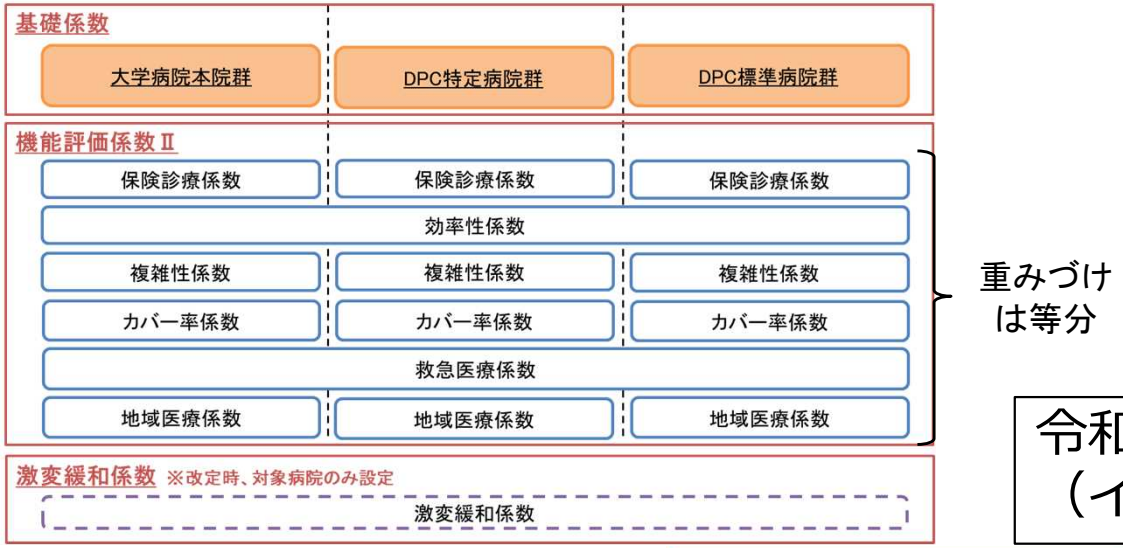
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td>周産期</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」(0.5P)</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td colspan="3">・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）
・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td colspan="3">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）（令和６年度で終了）
・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）（令和６年度で終了）
※　上記のいずれも満たした場合（0.75P）（令和６年度で終了）
・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）（令和６年度で終了）
・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和７年度以降の評価）
・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)（0.5P）（令和７年度以降の評価）</td></tr>
</table>

機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

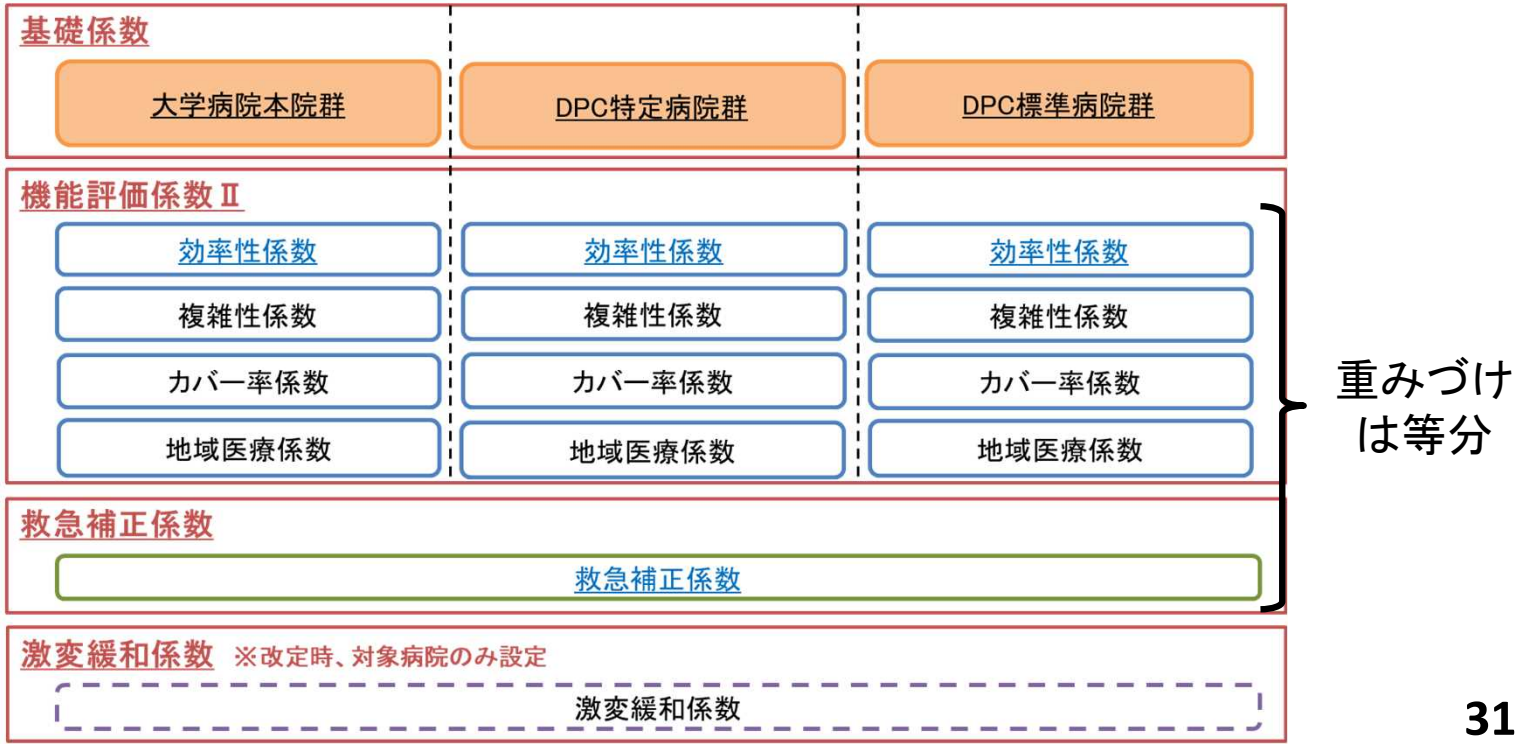
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）	
医療の質向上に向けた取組	・医療の質指標に係るDPCデータの提出(0.5P)（令和７年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表(0.25P)(※) ・医療の質指標の自院のホームページでの公表(0.25P)（令和７年度以降の評価） (※)令和6年度は１Pとして評価		
医師少数地域への医師派遣機能	(評価は行わない)	・「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）	（評価は行わない）

（参考）医療機関別係数の評価体系

従前の医療機関別係数の評価体系（イメージ）



令和６年度改定後の医療機関別係数の評価体系（イメージ）



診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和6年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和２年４月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和４年４月	18	502	4,726	4,064	2,334
令和６年４月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。
※４　CCPマトリックスを導入した分類について、診断群分類としての構成の見直しを行っている。

診断群分類の見直しの例①：傷病名の見直し

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICDコードと傷病名（DPC上６桁コード）の対応関係について整理を行い、新たな傷病名の設定を行う。

【例１：「010095」視神経脊髄炎スペクトラム障害の新設】

ICD名称	ICDコード	見直し前			見直し後	
		疾患コード	傷病名		疾患コード	傷病名
多発性硬化症	G35	010090	多発性硬化症	⇒	010090	多発性硬化症
視神経脊髄炎[デビック<Devic>病]	G360			⇒	**010095**	**視神経脊髄炎スペクトラム障害**

【例２：「070620」骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）の新設】

ICD名称	ICDコード	見直し前			見直し後	
		疾患コード	傷病名		疾患コード	傷病名
骨折の変形癒合　骨盤部及び大腿 骨折の骨癒合不全［偽関節］　骨盤部及び大腿 骨折の癒合遅延　骨盤部及び大腿 病的骨折，他に分類されないもの　骨盤部及び大腿 骨のその他の癒合障害　骨盤部及び大腿 胸部＜郭＞及び骨盤部のその他の骨折の続発・後遺症 大腿骨骨折の続発・後遺症	M8405 M8415 M8425 M8445 M8485 T912 T931	070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢以外）	⇒	**070620**	**骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）**
骨折の変形癒合　下腿 骨折の変形癒合　足関節部及び足 骨折の骨癒合不全［偽関節］　下腿 骨折の骨癒合不全［偽関節］　足関節部及び足 骨折の癒合遅延　下腿 骨折の癒合遅延　足関節部及び足 病的骨折，他に分類されないもの　下腿 病的骨折，他に分類されないもの　足関節部及び足 骨のその他の癒合障害　下腿 骨のその他の癒合障害　足関節部及び足 骨癒合術後又は関節固定術後の偽関節 脊椎骨折の続発・後遺症 下肢のその他の骨折の続発・後遺症	M8406 M8407 M8416 M8417 M8426 M8427 M8446 M8447 M8486 M8487 M960 T911 T932			⇒	070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形**（上肢、骨盤部・大腿以外）**

診断群分類の見直しの例②：手術等の見直し

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、五号告示の対象となっていた手術や高額薬剤等を含め、手術や手術処置等の設定について整理を行い、分岐の新設等の対応を行う。

【例１：「100370」アミロイドーシスにおける手術・処置等２の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術・処置等２			手術・処置等２	
		対応コード	処置等名称		対応コード	処置等名称
100370	アミロイドーシス	1 1 1 1	カナキヌマブ タファミジスメグルミン パチシランナトリウム タファミジス	⇒	**3** **3** **3** **2** 1 1	**ブトリシランナトリウム** パチシランナトリウム カナキヌマブ **ダラツムマブ／ボルヒアルロニダーゼアルファ** タファミジスメグルミン タファミジス

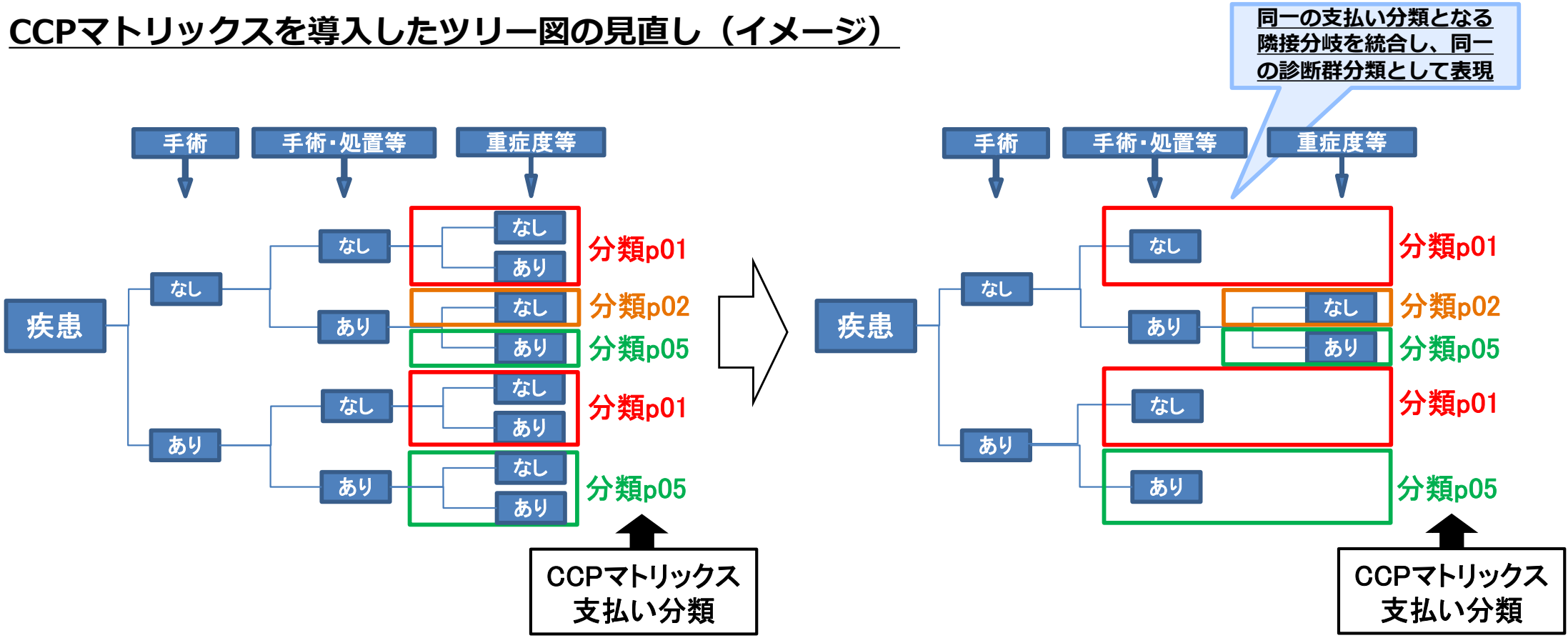
【例２：「110200」前立腺肥大症における手術の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術			手術	
		対応コード	点数表名称		対応コード	点数表名称
110200	前立腺肥大症	99 97 02 02 02 01	手術なし 経尿道的前立腺手術 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 経尿道的前立腺核出術 前立腺被膜下摘出術	⇒	99 97 **03** 02 02 02 01	手術なし **経尿道的前立腺吊上術** 経尿道的前立腺手術 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 経尿道的前立腺核出術 前立腺被膜下摘出術

診断群分類の見直しの例③：CCPマトリックスを導入した分類の見直し

➢ CCPマトリックスを導入した診断群分類（脳梗塞、肺炎）について、実態を踏まえ、定義テーブル及び支払い分類を見直すとともに、診断群分類定義樹形図（ツリー図）での表現を簡素化する。

CCPマトリックスを導入したツリー図の見直し（イメージ）



傷病名	診断群分類数			支払い分類数		
010060　脳梗塞	1584分類	⇒	**101分類**	７分類	⇒	**12分類**
040080　肺炎	168分類	⇒	**52分類**	15分類	⇒	**12分類**

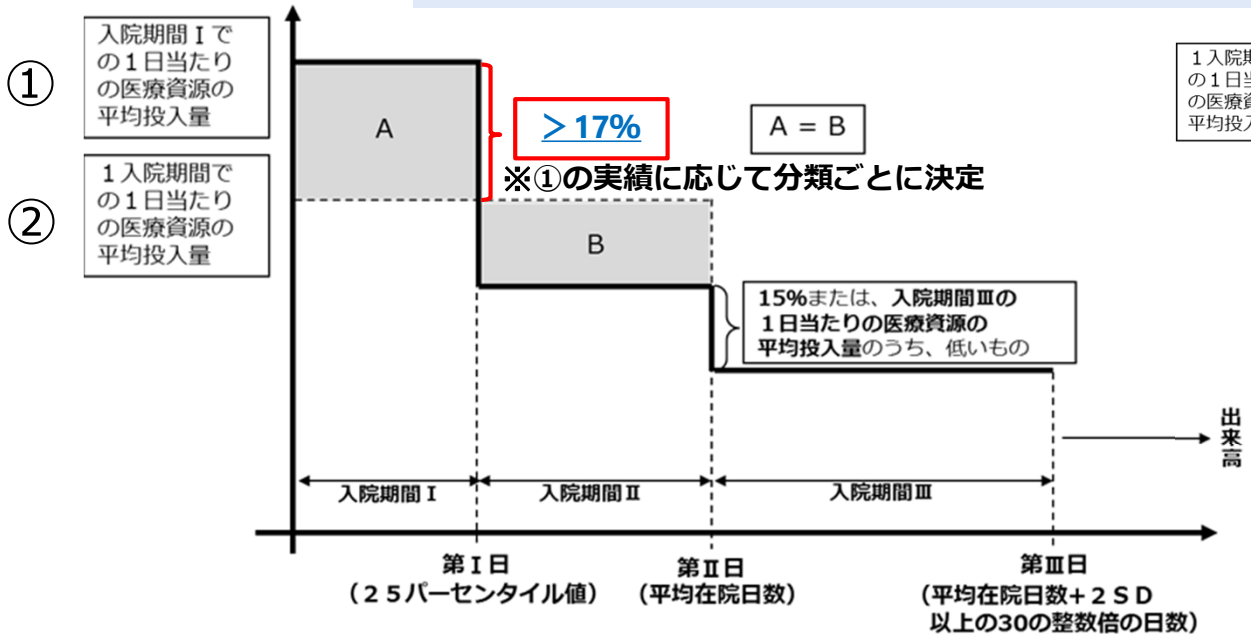
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

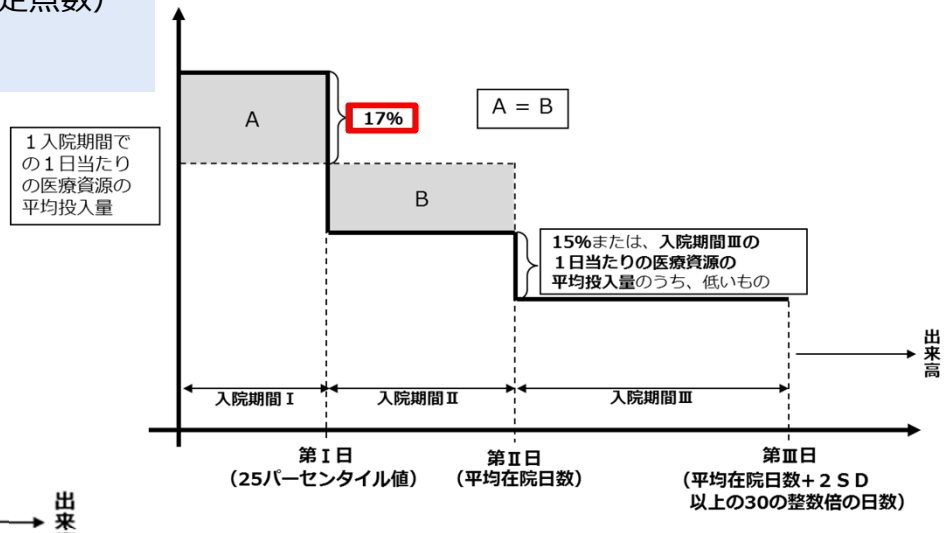
➢ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

点数設定方式Ｂ

「①＞②＋17%」となる診断群分類
（期間Ⅰでの１日当たり資源投入量＞Ａ方式での設定点数）
⇒　点数設定方式Ｂの対象とする



（参考）点数設定方式Ａ



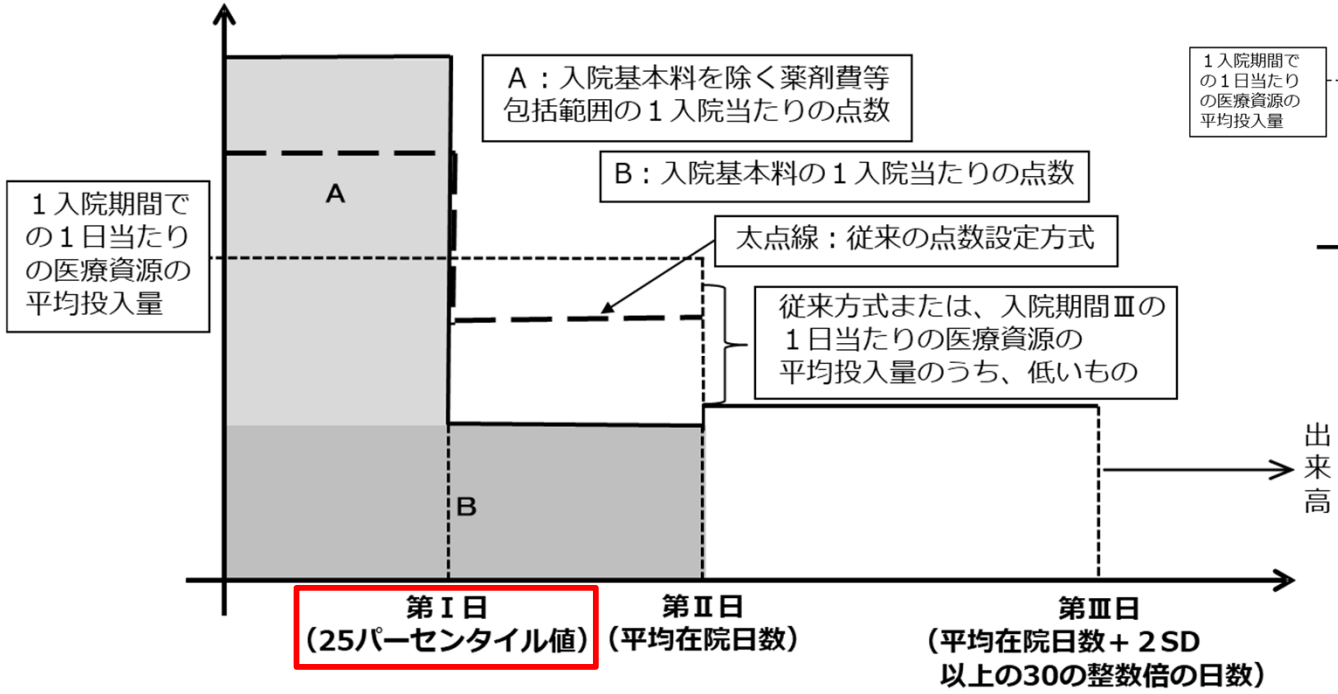
現行	改定後
【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　257分類	【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　1,212分類

診断群分類点数表の見直し③

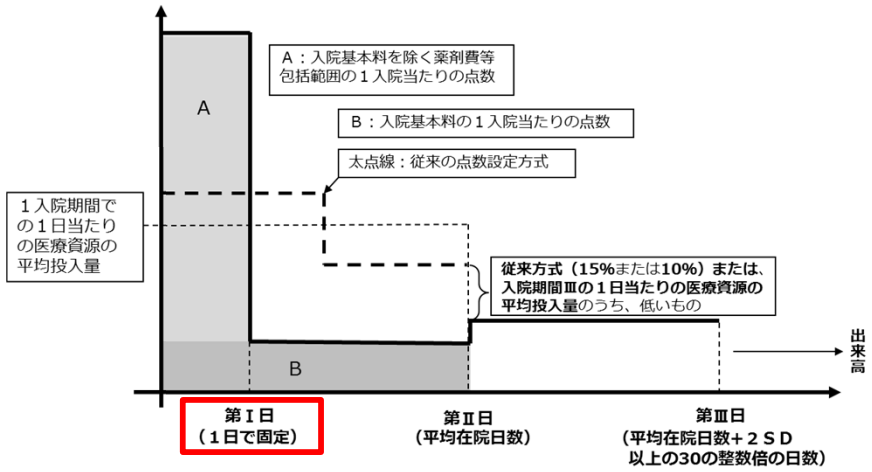
点数設定方式Eの新設①

➢ より早期の退院への評価を充実化する観点から、一定程度標準化が進んでいる診断群分類であって、一定の入院期間が見込まれる分類への適用を念頭に、入院期間Ⅰで入院基本料を除く１入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設する。

（新）点数設定方式Ｅ
（赤枠が点数設定方式Ｄとの相違点）



（参考）点数設定方式D



診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式Eの新設②

- 臨床的な観点も踏まえ、一定の症例数があり、分類としてのバラつきが相対的に少ないと考えられる以下の診断群分類等について、点数設定方式Eにより設定する。

［点数設定方式Eで設定する診断群分類（例）］

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010030xx01x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等あり　処置等２なし
030390xx970xxx	顔面神経障害	手術あり　処置等１なし
040200xx01x00x	気胸	肺切除術等あり　処置等２なし　定義副傷病なし
060040xx0300xx	直腸肛門（直腸Ｓ状部から肛門）の悪性腫瘍	直腸切除・切断術　切除術等あり 処置等１なし　処置等２なし
110080xx01xxxx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術等あり
120070xx01xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術（腟式を含む。）　開腹によるもの等あり

- 点数設定方式Eにより設定する診断群分類は、 全体で47分類となる。

現行		改定後
【診断群分類】 （新設）	⇒	【診断群分類】 ＜点数設定方式E＞　**47分類**

退院患者調査の見直し①

➢ 適切な診断群分類の設定及び適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。

様式１の見直し①

［様式１の主な見直し内容（全ての病棟を対象とする項目）］

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【削】心不全患者情報/左室駆出率			
【新】**心不全患者情報/バイオマーカー**	―	必須	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】**解離性大動脈瘤情報/発症時期**	―	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】**川崎病患者情報/ガンマグロブリン**	―	必須	医療資源病名が150070（川崎病）に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの追加投与の有無を入力する。
身長・体重	―	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	―	任意	血中アルブミン値等に基づく入力（必須）を廃止し、GLIM基準に基づく入力（任意）とする。
Ｐ/Ｆ比	―	必須	救急医療入院(呼吸不全又は心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
ＮＹＨＡ	―	必須	救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	―	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

【削】：項目の削除、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し②

様式１の見直し②

［様式１の主な見直し内容（一部の病棟を対象とする項目）］

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
ＦＩＭ	回リハ病棟等	必須	入退棟時に加え、入棟中に測定したFIM得点の入力を必須とする。
【新】**退院に向けた会議の開催状況**	精神	必須	当該患者の入院中に行われた当該患者の退院支援に関する会議について、初めて行われた実施日、開催回数、職種ごとの参加回数を入力する。
【新】**個別支援の実施状況**	精神	必須	服薬指導、個別作業療法、相談支援、心理支援の実施回数を入力する。
【新】**外出又は外泊の実施状況**	精神	必須	入院中に患者が患家等を訪問した回数及び職種ごとの患者の患家等への訪問に同行した回数を入力する。
【新】**障害福祉サービス等の連携に関する情報**	精神	必須	入院中に各障害福祉サービス等事業所と面談を行った回数及び退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等を入力する。

EFファイルの見直し

ファイル	見直しの内容	経過措置
入院EFファイル	基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料について、**実施された診療行為等をＥＦファイルに出力する。**	令和６年９月末まで

【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し③

医療の質指標に係る項目の新設

［体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目］

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】**転倒・転落件数**（※）	様式１	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】**インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数**（※）	様式１	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】**d2以上の褥瘡**（※）	様式１	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式３	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】**予防的抗菌薬投与**	様式１	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】**入院早期の栄養アセスメント**	様式１	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】**身体的拘束**	様式１	身体的拘束の実施日数を入力する。

【新】：新規追加項目

（※）　様式１又は様式３いずれかの入力で評価する。

５月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和６年５月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和６年６月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
  - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
  - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合
  - ６月分の請求は出来高で行う。
  - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
  - ６月以降に出来高→包括の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合
  - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料１の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料１について、対象手術等の入院外で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。

現行

【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　麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ　イ以外の場合	2,718点

改定後

【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）

（改）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)　(1)以外の場合	**2,718点**

（改）ロ　イ以外の場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合	**1,588点**
(2)　(1)以外の場合	**1,359点**

短期滞在手術等基本料３の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）

Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料１の対象手術等

(「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等)

Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ２８２　水晶体再建術　３　計画的後嚢切開を伴う場合
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
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
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　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
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　２　ツリウムレーザーを用いるもの
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　３　その他のもの

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
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
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
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。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料３の対象手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
Ｋ７２１　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
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法(四段階注射法によるもの)
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（肛門ポリープ切除術に限る。）
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（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
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　１　電解質溶液利用のもの
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　３　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

（※）特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。