

令和8年度診療報酬改定

## 5. 入院（DPC/PDPS）

## 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。

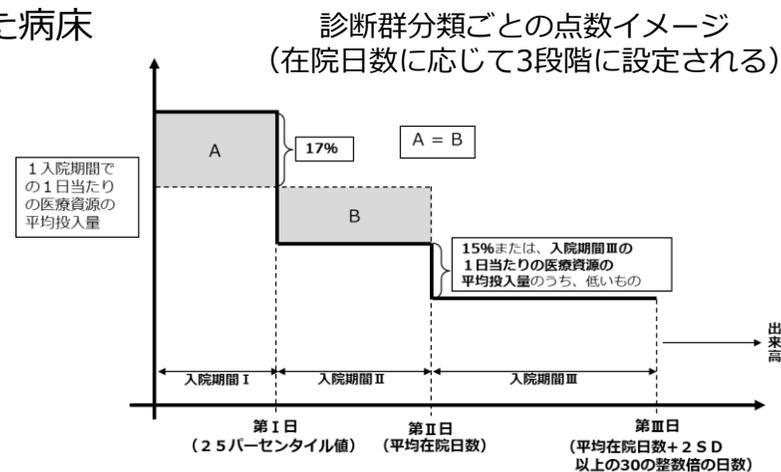
※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日あ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8年6月1日時点見込みで1,686病院・約47万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床(※)の約83%を占める。

※ 令和6年8月時点で急性期一般入院基本料等を届け出た病床

- 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。



## 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、急性期病院一般入院基本料、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

# 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
- ・ 短期滞在手術等基本料3の対象手術を実施する患者（短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たし、5日以内に退院する場合に限る。）

- 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

DPC算定  
対象外の病床

精神病棟

結核病棟

療養病棟

## 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라이어（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。

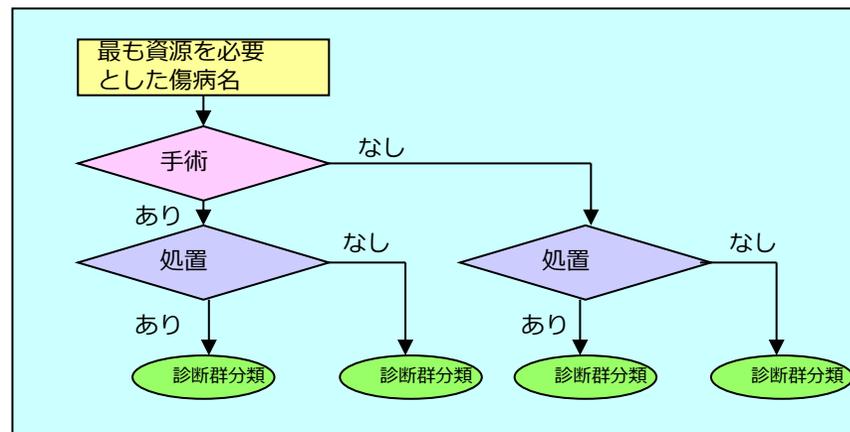
- ① 「**診断 (Diagnosis)** (医療資源を最も投入した傷病名)」
- ② 「**診療行為 (Procedure)** (手術、処置等) 等」  
の「**組合せ (Combination)**」

※ 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日あ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 **3,265**分類  
(うち支払分類 **2,450**分類)  
※令和8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

01 0010 x x 99 x 0 x x

⑦副傷病  
0: なし  
1,2: あり

⑧重症度等  
A-DROPスコア等

## 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】

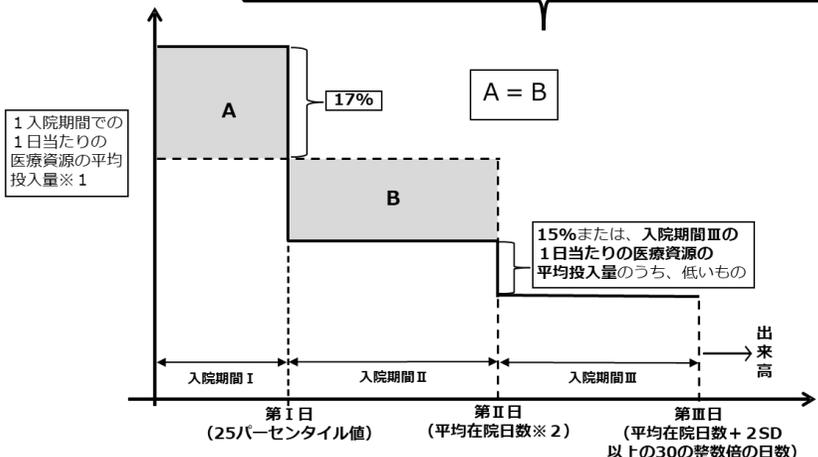
D P C 毎の  
1日当たり点数

×

在 院 日 数

×

医 療 機 関 別 係 数

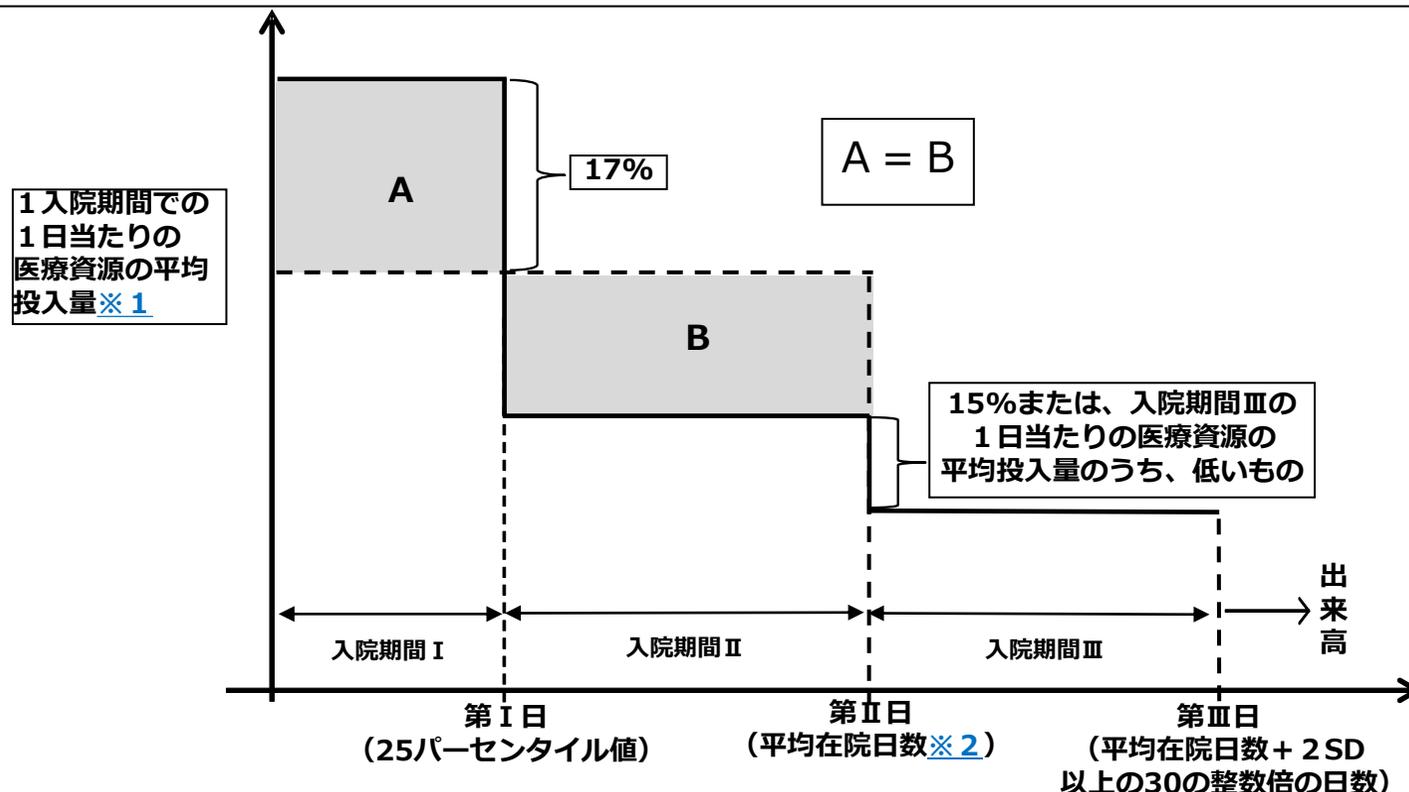


基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
救急補正係数	救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数 (該当医療機関のみ設定)

## DPC/PDPSの基本事項（1日あたり点数の設定方法）

### < 1日あたり定額点数・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



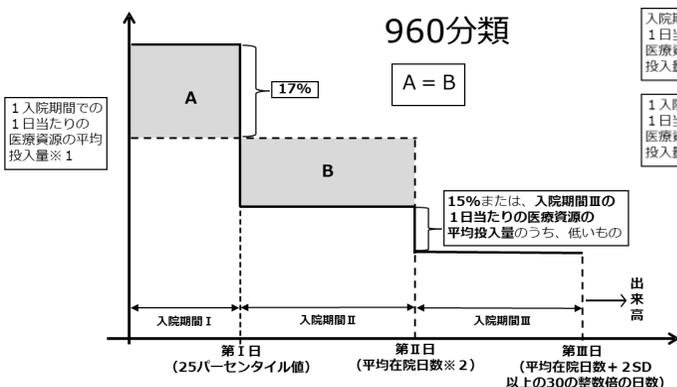
※1 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内。

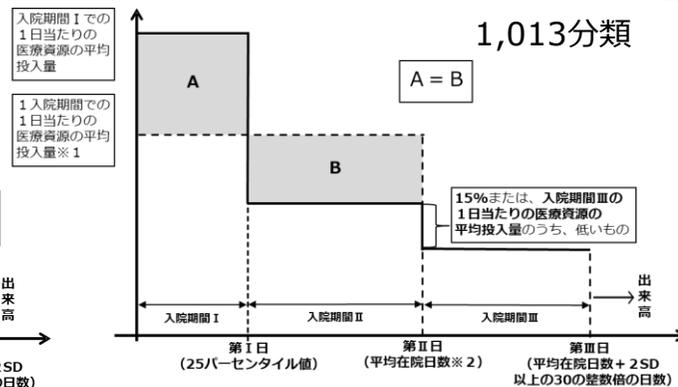
# 1日当たり点数の設定方法（5つの点数設定方式）

➤ 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。

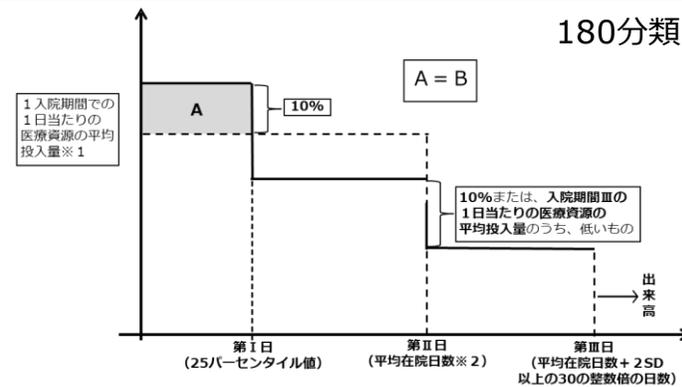
A 一般的な診断群分類



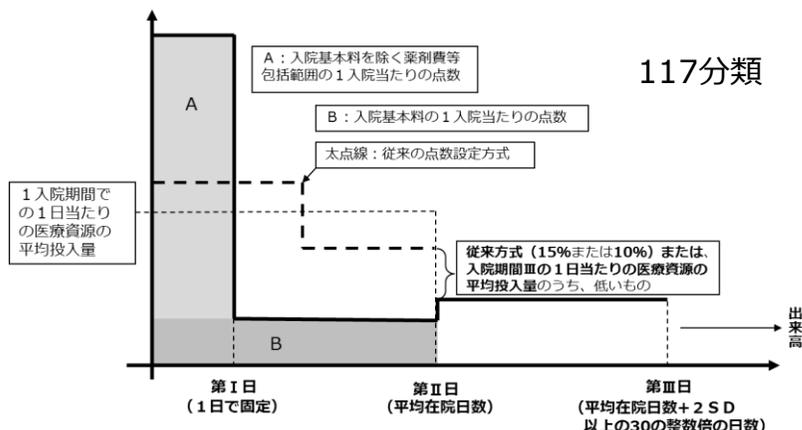
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



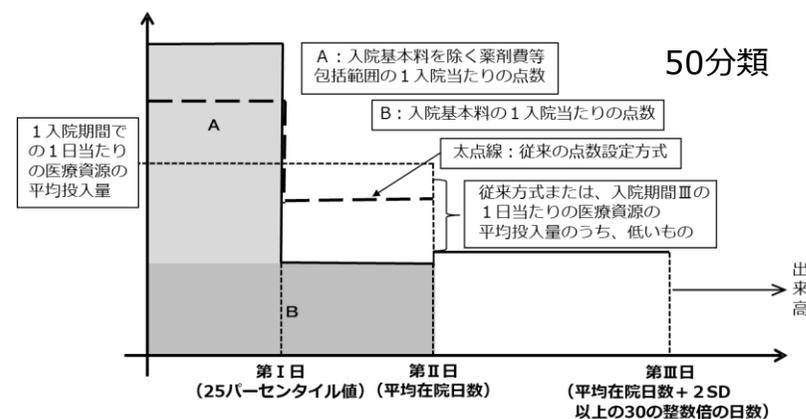
C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



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



※1 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内。

## 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も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	H I V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7年に実施）

### 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8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

D 4 1 5—6 壁側胸膜凍結生検法  
 K 0 2 2 組織拡張器による再建手術（一連につき） 1 乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものに限る。）  
 K 0 2 2—4 静脈奇形硬化療法（一連につき）  
 K 0 5 3—3 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）  
 K 0 5 4—3 脛骨遠位骨切り術  
 K 0 5 9—3 軟骨修復材移植術  
 K 0 5 9—4 軟骨修復材移植術（関節鏡下）  
 K 0 8 2—8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）  
 K 1 4 2—9 腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）  
 K 1 5 4 機能的定位脳手術 1 てんかんの場合  
 K 2 5 9—4 培養ヒト角膜内皮細胞移植術  
 K 2 7 6—2 経皮的選択的眼動脈注入術  
 K 3 7 1 上咽頭腫瘍摘出術 5 鏡視下によるもの  
 K 3 7 2 中咽頭腫瘍摘出術 3 鏡視下によるもの  
 K 3 7 3 下咽頭腫瘍摘出術 3 鏡視下によるもの  
 K 3 9 2—2 喉頭蓋嚢腫摘出術 2 鏡視下によるもの  
 K 3 9 3 喉頭腫瘍摘出術 3 鏡視下によるもの  
 K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）（内視鏡下によるものに限る。）  
 K 4 7 6—3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る。）  
 K 4 7 6—4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る。）  
 K 5 1 4—8 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）  
 K 5 2 6—5 内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術

K 5 2 7—3 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのも  
 の）  
 K 5 2 7—4 胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのも  
 の）  
 K 5 2 8—4 先天性気管食道瘻閉鎖術  
 K 5 5 5—4 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術  
 K 5 5 9—4 経皮的三尖弁クリップ術  
 K 5 9 9 植込型除細動器移植術 4 胸骨下植込型リードを用いる  
 もの  
 K 6 0 9—3 経頸動脈的頸動脈ステント留置術  
 K 6 1 3—2 腎神経焼灼術  
 K 6 1 6 四肢の血管拡張術・血栓除去術 1 薬剤溶出型生体吸収  
 性下肢動脈用ステントを用いるもの  
 K 6 1 9—3 腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術  
 K 6 2 7 リンパ節群郭清術 9 腹部  
 K 6 2 7—2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 5 腹部  
 K 6 4 3—3 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術  
 K 6 4 5—4 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷  
 凍凝固によるもの）  
 K 6 8 2—5 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術  
 K 6 9 7—8 肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）  
 K 7 0 2—2 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術  
 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。）  
 K 8 3 6—3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術、腹腔鏡下停留  
 精巣内精巣動静脈延長術（腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長  
 術に限る。）  
 K 9 0 6—2 子宮頸管縫縮術（開腹）  
 K 9 0 6—3 腹腔鏡下子宮頸管縫縮術

## 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」、救急車等による入院数や全身麻酔による手術件数等について、急性期病院A / B入院基本料の施設基準に準ずる実績を有する医療機関から構成される「DPC標準病院群1」、それ以外の医療機関を「DPC標準病院群2」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  

$$[\text{基礎係数}] = [\text{各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値}] \times [\text{改定率}] \div [\text{各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値}]$$

## 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（全体概要）

## 基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群を設定する。
- DPC標準病院群のうち、**救急車等による搬送により入院した患者数等に係る一定の要件を満たす医療機関については、それ以外の医療機関と基礎係数の評価を区別**する。

## 機能評価係数Ⅱの見直し

- 複雑性係数について、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成を評価するよう、評価手法について必要な見直しを行う。
- 地域医療係数の定量評価指数について、**DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期**の4領域にも着目した評価に見直す。
- 地域医療係数の体制評価指数について、「**認定ドナーコーディネーターの院内配置**」及び「**地域の需要変動への応答性**」に係る項目を新設する。

## 診断群分類点数表の見直し

- 多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、点数設定方式A、B及びCにおける標準化の進んだ診断群分類を中心に、**一定の変動率の上限を設けつつ、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直した上で**、包括点数の設定を行う。
- 医療資源を最も投入した傷病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者について出来高算定とする取扱いを見直すとともに、診断群分類の設定等、必要な見直しを行う。

## 算定ルールの見直し

- DPC算定対象となる病棟等（以下「DPC算定病棟等」という。）から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、**同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間を問わず、原則として一連の入院**として扱うこととする。

## 医療機関別係数の見直し

### 基礎係数

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

医療機関群	基礎係数の評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	DPC標準病院群1	1,142	1.0583
	DPC標準病院群2	290	1.0283
大学病院本院群		82	1.1245
DPC特定病院群		172	1.0769

### 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 ・ 救急補正係数

- 複雑性係数について、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成を評価するよう、評価手法について必要な見直しを行う。
- 地域医療係数のうち定量評価指数について、**DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期**の4領域にも着目した評価に見直す。
- 地域医療係数のうち体制評価指数について、「**認定ドナーコーディネーターの院内配置**」及び「**地域の需要変動への応答性**」に係る項目を新設する。

### 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（入院料の増点等による影響は除く。）。

# 基礎係数の見直し

## 基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

### DPC標準病院群1の要件（※1※2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上   かつ   全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上   かつ   救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
（人口20万人以下の二次医療圏に限る）
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
（離島のみで構成されている二次医療圏に限る）

※1 令和6年10月～令和7年9月DPCデータにより判定を行う。

※2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

### 基礎係数

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	
		DPC標準病院群1	DPC標準病院群2

### 機能評価係数II

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群※3
---------	----------	------------

※3 地域医療係数については、DPC標準病院群1とDPC標準病院群2について、それぞれ評価を行う。

# 機能評価係数Ⅱの見直し①

## 複雑性係数の見直し

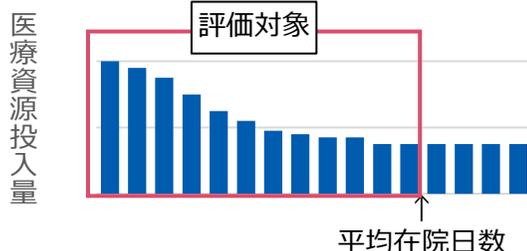
- 複雑性係数について1入院あたり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価から、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価に見直す。

### 現行

【複雑性指数】

〔**包括範囲出来高点数（一入院あたり）**〕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換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

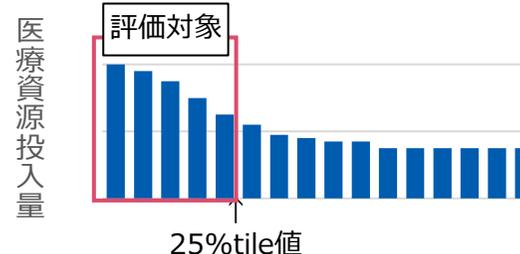
見直しのイメージ



### 改定後

【複雑性指数】

〔**在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数**を、全DPC/PDPS対象病院における当該値に置き換えた点数の平均〕 / 〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕



## 地域医療係数（定量評価指数）の見直し

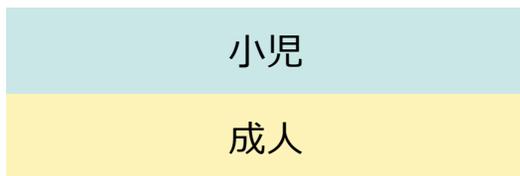
- 地域医療係数のうち定量評価指数について、地域医療係数のうち定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す。

### 現行

〔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〕 を評価

※ 1)小児と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

見直しのイメージ（DPC標準病院群に限る）



### 改定後

〔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〕 を評価

※ 1 DPC標準病院群にあつては、1)小児及び周産期と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

※ 2 2)それ以外については、①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の心血管疾患をそれぞれ評価（重み付けは等分）



## 機能評価係数Ⅱの見直し②

### 地域医療係数（体制評価指数）の見直し

- 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、地域医療係数のうち体制評価指数について、「認定ドナーコーディネーターの院内配置」及び「地域の需要変動への応答性」に係る項目を新設する。

#### 認定ドナーコーディネーターの院内配置

DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
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） ・ 1件以上（0.5P）	
<u>認定ドナーコーディネーターの院内配置（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0件の医療機関に限る。）（0.5P）</u> ※ 令和9年度以降の評価		

#### 地域の需要変動への応答性

DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
<u>各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る。）の割合のばらつき（-1P）</u> ※ ばらつきが上位97.5%tile値以上の場合は0P、上位97.5%tile値未満の場合（ばらつきが著しく小さい場合）に限り-1P。		

## 機能評価係数Ⅱ等の評価内容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	<p>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（別頁に詳細を記載）</p> <p>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〕を評価。</p> <p><u>大学病院本院群及びDPC特定病院群にあつては、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（重み付けは等分）</u></p> <p><u>DPC標準病院群にあつては、1) 小児（15歳未満）及び周産期と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）し、2) それ以外（15歳以上）については、更に① がん、② 脳卒中及び③ 心筋梗塞等の心血管疾患に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）。</u></p> <p>大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏、DPC標準病院群は2次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を計算対象とする。</p>
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	<p>〔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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
複雑性指数	入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	<p><u>〔当該医療機関の全患者について、診断群分類ごとに全DPC/PDPS対象病院における在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数の平均〕 / 〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕</u></p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

## 機能評価係数Ⅱ等の評価内容②

指数	評価の考え方	評価内容
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	<p>〔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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
救急補正係数	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	<p>1 症例当たり〔以下の患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2相当の指数値は1 / 2</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <p>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</p> <p>「A205救急医療管理加算」、「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」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</p> <p>「救急医療入院」の患者</p>

## 機能評価係数Ⅱ等の評価内容③（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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ t-PA療法の実施を評価(0.25P)</li> <li>・ 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)</li> <li>・ 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）</li> </ul> （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～K5605,K560-21～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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害拠点病院の指定（0.5P）</li> <li>・ DMATの指定（0.25P）</li> <li>・ EMISへの参加（0.25P）</li> <li>・ 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）</li> </ul>		

## 機能評価係数Ⅱ等の評価内容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
周産期	「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）	<ul style="list-style-type: none"> <li>「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）</li> <li>「地域周産期母子医療センターの指定」（0.5P）</li> </ul>	
へき地	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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）</li> <li>「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）</li> </ul>		
救急	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)	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）	
	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）	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）	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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）</li> </ul>		
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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)</li> </ul> （※）協力施設としての治験の実施を含む。	

## 機能評価係数Ⅱ等の評価内容⑤（体制評価指数）

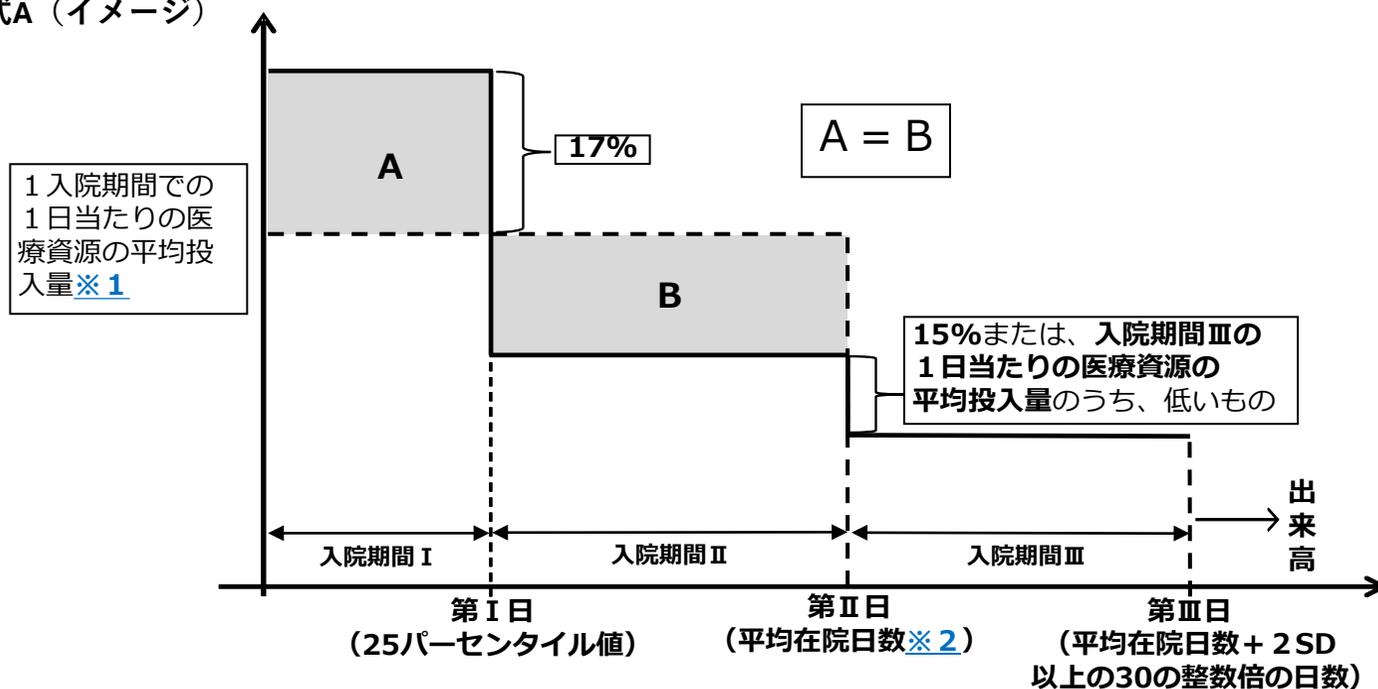
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P）</li> <li>過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）</li> </ul>	
	<p><u>・認定ドナーコーディネーターの院内配置（過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が0件の医療機関に限る。）（0.5P）</u>  <u>（令和9年度以降の評価）</u></p>		
医療の質向上に向けた取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P）</li> <li>病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P）</li> <li>医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）</li> </ul>		
医師少数地域への医師派遣機能	（評価は行わない）	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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）</li> </ul>	（評価は行わない）
<b>地域の需要変動への応答性</b>	<p><u>各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る。）の割合のばらつき（-1P）</u></p>		

## 診断群分類点数表の見直し①

### 入院期間Ⅱの見直し

- 多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、点数設定方式A、B及びCのうち在院日数の変動係数が0.6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直すとともに、包括点数の設定を行う。

#### 点数設定方式A (イメージ)



※1 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 点数設定方式A～Cのうち、標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値（平均在院日数からの変動は±10%以内）

## 診断群分類点数表の見直し②

### 診断群分類の見直し

- 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8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6月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348
令和8年6月	18	504	3,265	2,449	2,321

※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実施。

# 診断群分類の見直しの例

## 診断群分類の見直し

- 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：「130030」非ホジキンリンパ腫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	処置等名称		対応コード	処置等名称
130030	非ホジキンリンパ腫	99 97	手術なし その他の手術あり	⇒	99 97 <b>01</b>	手術なし その他の手術あり <b>末梢血単核球採取</b> <b>CAR発現生T細胞投与</b>

### 【例2：「070180」脊椎変形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
070180	脊椎変形	99 97	手術なし その他の手術あり	⇒	99 97 <b>02</b> <b>01</b>	手術なし その他の手術あり <b>脊椎側彎症手術</b> <b>脊椎側彎症固定術等</b> <b>脊椎骨切り術等</b>

### 【例3：「180025」新型コロナウイルス感染症に係る診断群分類の新設】

疾患コード	傷病名	手術		手術・処置等 1		手術・処置等 2	
		対応コード	点数表名称	対応コード	点数表名称	対応コード	点数表名称
<b>180025</b>	<b>新型コロナウイルス感染症</b>	<b>99</b> <b>97</b>	<b>手術なし</b> <b>その他の手術あり</b>	<b>1</b> <b>1</b> <b>1</b>	<b>体外式膜型人工肺</b> <b>体外式膜型人工肺管理料</b> <b>人工心臓</b>	<b>4</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>1</b>	<b>人工呼吸</b> <b>トシリズマブ</b> <b>バリシチニブ</b> <b>レムデシビル</b> <b>人工腎臓</b> <b>その他の場合</b>

## 5月31日以前から入院している患者の取扱い

- 令和8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8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。

# 退院患者調査の見直し

## 退院患者調査の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から、調査項目の新設等を行う。

### 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、NYHA	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）

### 様式1の作成スケジュールの見直し

入院期間が90日を超える場合、入院期間中1回に限り、退院前であっても様式1の作成を行うこととする（令和8年6月1日以降に入院する患者に限る。）。