第11節　DPC の概要

1．DPC の基本的な考え方

⑴　DPC は、下記のすべての基準を満たし、厚生労働大臣が参加を認めた「DPC 対象病棟」において2,321の診断群分類に該当する患者に算定する診療報酬である。

ア．急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料、特定機能病院又は専門病院の７：１又は10：１入院基本料のいずれかの届出を行っている病院である。

イ．A207診療録管理体制加算の届出を行っている。

ウ．DPC 調査に適切に参加する。

エ．DPC 算定病床から退院等した患者数を DPC 病床数で除した１月当たりの値が0.875以上。

オ．DPC 算定病床におけるデータ数が90以上（短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施する患者を含む）。

⑵　DPC の診療報酬は、「診断群分類毎に設定された包括評価額」＋「出来高算定する点数」＋「入院時食事療養」により算定する。

⑶「診断群分類毎に設定された包括評価額」は、「医療機関別係数」×「診断群分類毎の１日当たり点数」×「入院日数」×「10円」で算出する。

⑷　下記については、DPC によらず、医科点数表により請求する。詳細は本節「６．DPC 算定対象外の患者」を参照いただきたい。

ア．診断群分類に該当しない患者

イ．診断群分類には該当するが診断群分類毎の「平均在院日数＋標準偏差の２倍」以上の30の整数倍の日数を超えた期間の医療費

ウ．その他別に厚生労働大臣が定める患者

⑸　DPC 算定対象病床において、特に規定する場合（⇨ P.2786⑹）を除いて、短期滞在手術等基本料３の対象である検査、手術、放射線治療を実施し、入院５日以内に退院した場合は診断群分類表に代えて短期滞在手術等基本料３を算定する。当該検査、手術、放射線治療を実施したが、特に規定する場合（⇨ P.2786⑹）及び入院６日以降に退院した場合は、診断群分類表により算定する。

⑹　DPC データ提出に関する2026年度「DPC の評価・検証等に係る調査」実施説明資料は厚生労働省「令和８年度診療報酬改定について」のホームページの最下段「第７　DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料等」に掲載されている。

⑺　DPC に関する告示・通知は、上記ホームページの「第４　関係法令・通知等⑵の８．DPC」を参照されたい。

2．診断群分類区分の適用の考え方

⑴　診断群分類区分は、①厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名（以下「定義告示」）に定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名等から、②診断群分類定義樹形図（以下「ツリー図」）及び③診断群分類定義表（以下「定義テーブル」）に基づき主治医が判断する。

編注　下記は、次期改定までに改正告示・通知により一部訂正される場合がある。

❶「定義告示」は、上記ホームページの「第４　関係法令・通知等⑵の８．DPC」の「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部を改正する件（令和８年厚生労働省告示第98号）」を参照されたい。

❷「ツリー図」は、「第４　関係法令・通知等⑵の８．DPC」の「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和８年３月18日保医発0318第４号）」の別添１のツリー図の Excel 表を参照されたい。

❸「定義テーブル」は、同通知の別添２の定義テーブルの Excel 表を参照されたい。

❹　用語等は、同通知の５頁～７頁を参照されたい。

❺　診断群分類（DPC）電子点数表及びコーディングテキストは、同ホームページの下段（第６電子点数表等）を参照されたい。

⑵「ツリー図」は、「定義テーブル」に定める診断群分類ごとに、手術、処置等又は定義副傷病の有無等に応じた分岐及び当該分岐ごと

に設定された14桁のコード（以下「DPC コード」）で構成され、DPC コードのうち、診断群分類区分に該当する分岐の14桁のコード（診断群分類点数表に定める診断群分類番号を指す）を実線で、診断群分類区分に該当しない分岐の14桁コード（以下「医科点数表算定コード」）を点線で表したものであり、主治医はこれに基づき適切な DPC コードを選択する。

⑶「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合にあっては、入院の契機となった傷病）について、主治医が ICD-10から選択する。ただし、ICD-10のうち以下のものについては、選択しない。

・詳細不明の寄生虫症（B89）
・他章に分類される疾患の原因である連鎖球菌及びブドウ球菌（B95）からその他及び詳細不明の感染症（B99）まで
・心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）まで（鼻出血（R04.0）、喀血（R04.2）、気道のその他の部位からの出血（R04.8）、気道からの出血，詳細不明（R04.9）、熱性けいれん＜痙攣＞（R56.0）、限局性発汗過多＜多汗＞（症）（R61.0）、全身性発汗過多＜多汗＞（症）（R61.1）、発汗過多＜多汗＞（症）、詳細不明（R61.9）及びブドウ糖負荷試験異常（R73.0）を除く）

また、独立した（原発性）多部位の悪性新生物＜腫瘍＞（C97）及び部位不明の表在損傷（T14.0）から損傷，詳細不明（T14.9）までについては選択せず、主たる部位の ICD-10を選択する。

⑷　手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認できるものに限る）を勘案した上で診断群分類区分の適用を判断する。

⑸　一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定する。

⑹　同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、当該診断群分類区分を決定するに当たっては、次の点に留意する。

入院中に、定義告示に掲げる複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の DPC コードに該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等１」、「手術・処置等２」及び「定義副傷病」の全ての項目について、ツリー図において、下に掲げる DPC コードを優先して選択する。

⑺　医科点数表で「区分番号 K ○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術について診断群分類区分を決定するに当たっては、準用元の手術で判断する。

⑻　主治医による診断群分類区分の適用の決定は、患者の退院（DPC 算定対象となる病棟等以外の病棟等への転棟を含む）時に行う。

⑼　診断群分類区分の決定に当たり、退院時処方は、投入した医療資源に含めない。ただし、別に薬剤料のみを算定できる。

３．診断群分類毎に設定された包括評価額の設定

診断群分類毎に設定された包括評価額は、「診断群分類毎の１日当り点数」×「医療機関別係数」×「入院日数」×「10円」で算出する。

⑴　診断群分類毎の１日当り点数

ア．診断群分類毎の１日当り点数は、傷病名・手術名・副傷病名等によって分類された診断群毎に３つに区分された入院期間別に、「診断群分類点数表」として定められている。

編注　診断群分類点数表、留意事項通知は、厚生労働省「令和８年度診療報酬改定について」のホームページの「第４　関係法令・通知等⑵の８．DPC」の下記を参照されたい。なお、下記は次期改定までに改正告示・通知により一部訂正される場合がある。

❶「診断群分類表」は、上記のうち、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（令和８年厚生労働省告示第96号）」の37頁～ 113頁を参照されたい。

❷「留意事項通知」は、上記のうち、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一

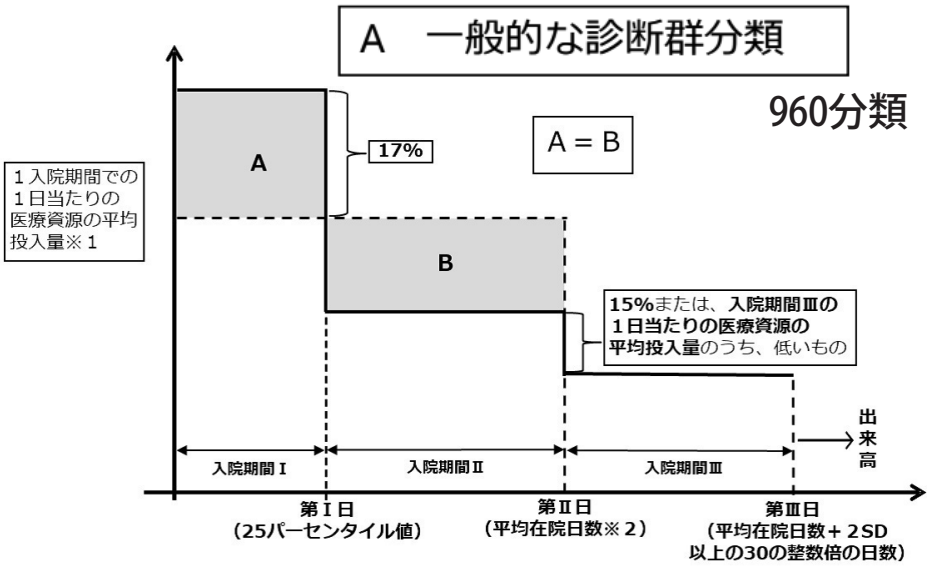
部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和８年３月18日保医発0318第４号）」を参照されたい。

イ．断群分類区分は、DPC 算定病床入院期間に治療対象となった傷病のうち最も医療資源を投入した傷病により主治医が決定する。診断群分類毎に設定された包括評価の額には、原則として入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置等が含まれている（一部算定できるものもある）。

ウ．一般的な診断群分類の１日当り点数は、診断群分類ごとに入院日数に応じて下記の３段階で設定されている。

入院期間	表記	点数設定
診断群分類毎の入院日数の 25 パーセンタイル値まで	入院期間Ⅰ（入院日Ⅰ日以下の期間）	診断群分類毎の 1 日あたりの医療資源の平均的な投入量に 15％上乗せした点数。（❶）
診断群分類毎の入院日数の 25 パーセンタイル値を超えて平均在院日数まで	入院期間Ⅱ（入院日Ⅱ日以下の期間）	上記①で上乗せした点数と同じ額となるよう減算した点数。（❷）
診断群分類毎の平均在院日数を超えて「平均在院日数＋標準偏差の 2 倍」以上の 30 の整数倍の日数まで	入院期間Ⅲ（入院日Ⅲ日以下の期間）	上記②の点数の 85％又は入院期間Ⅲの 1 日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数。（❸）

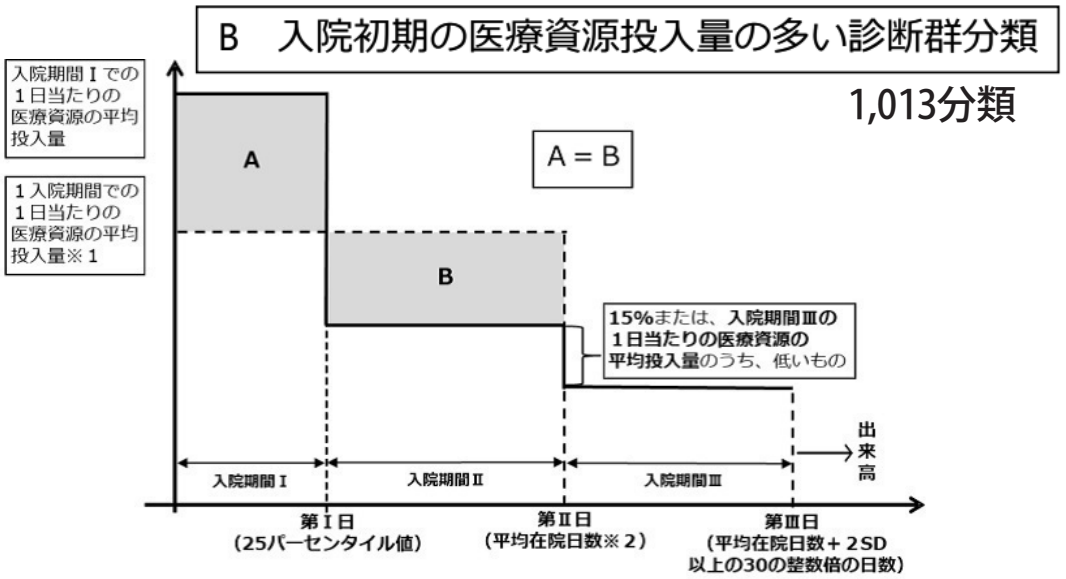
※「平均在院日数＋標準偏差の２倍」以上の30の整数倍の日数（入院期間Ⅲ）を超えた場合は、DPC によらず、出来高算定となる。



※１　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。

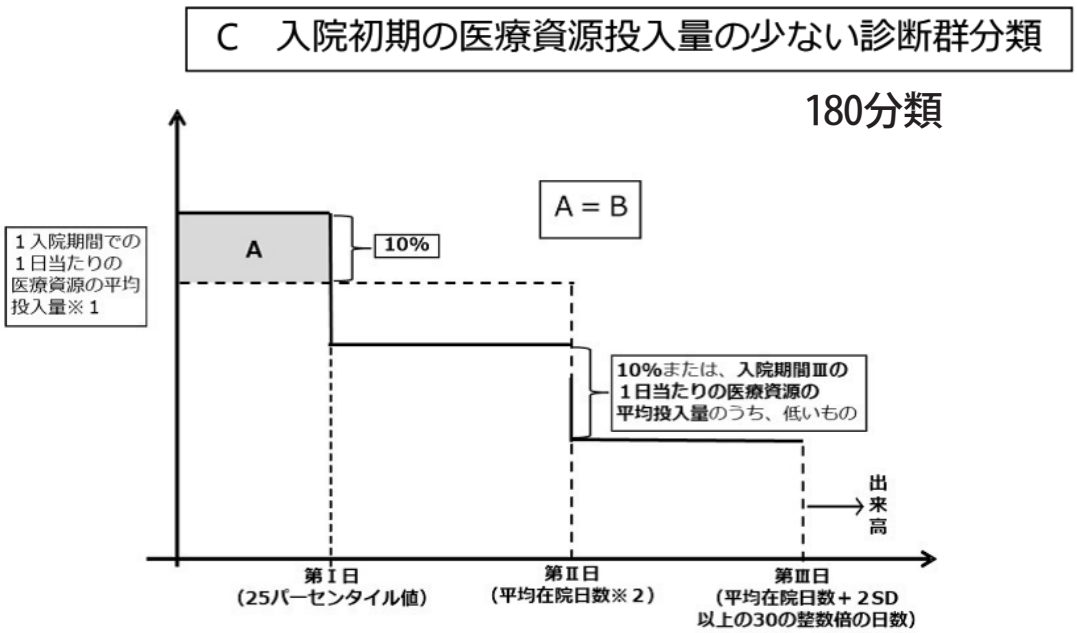
エ．入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



※１　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。

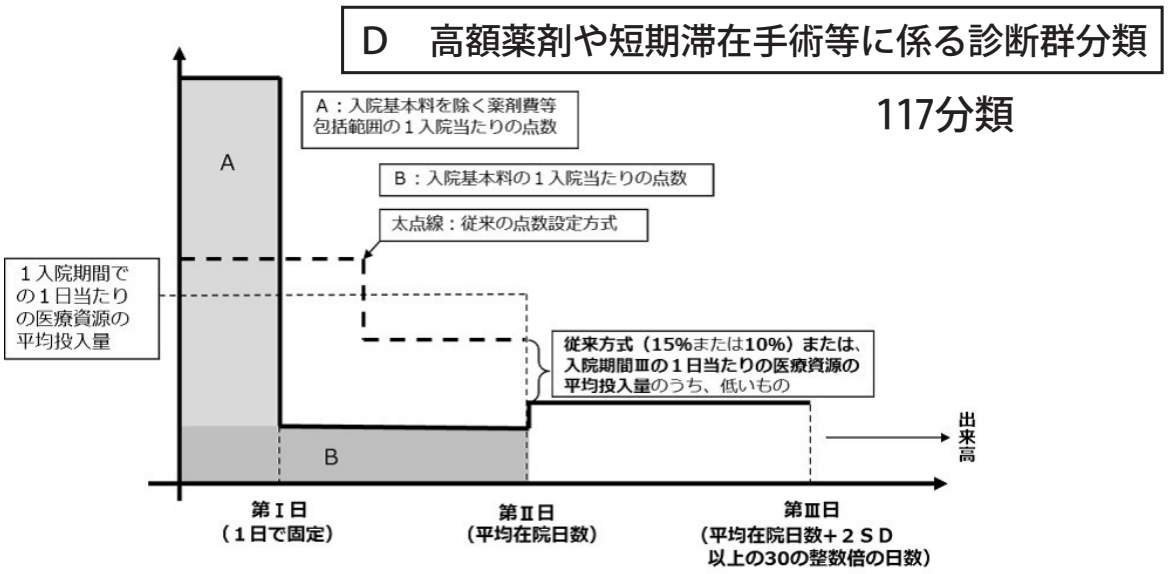
オ．入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



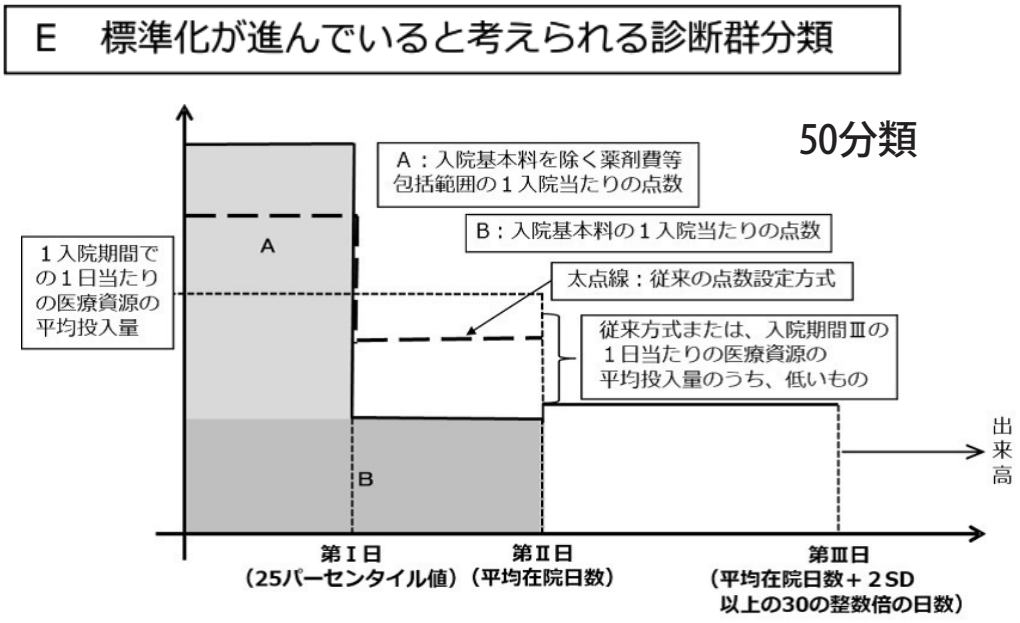
※１　標準化の進んだ診断群分類においては、１入院期間での医療資源投入量の中央値（１入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10% 以内）を在院日数の中央値で除した値

※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。

カ．高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類における設定方法



キ．一定程度標準化が進んでいる診断群分類で入院期間Ⅰで入院基本料を除く１入院包括範囲点数を支払う。



ク．DPC 算定患者が一般病棟である地域包括ケア病棟入院料に転棟した場合は、入院日Ⅱまでは DPC で算定し、入院日Ⅱを超えた場合は医科点数表により算定する。また、一般病棟である地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、入院日Ⅲまで DPC で算定し、入院日Ⅲを超えた場合は医科点数表により算定する。

ケ．診断群分類点数表等による１日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数（点）」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数

に基づき算定する。各月の診療報酬は、１日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第１位を４捨５入する。

コ．DPC 算定対象病棟等から、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は、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。

(2)　医療機関別係数

「医療機関別係数」は、「基礎係数」＋「機能評価係数Ⅰ」＋「機能評価係数Ⅱ」＋「救急補正係数」により設定されている。なお、診療報酬改定年度に限り、「激変緩和係数」を加える。

ア．「基礎係数」は、大学病院本院群（係数1.1245）、DPC 特定病院群（係数1.0769）、DPC 標準病院群１（係数1.0583）及び DPC 標準病院群２（係数1.0283）の５区分で設定されている。

編注

❶　標準病院群のうち、2028年改定までは下記のいずれかを満たす病院を標準病院群１とし、それ以外の病院は標準病院群２とされた。

ア．救急者等搬送による入院患者数が年間700人以上

イ．救急車等搬送による入院患者数が年間200人以上、かつ、全身麻酔手術が年間500件以上

ウ．人口20万人未満の二次医療圏所在病院で、当該二次医療圏で救急車等搬送による入院患者数が最大で、かつ、年間400人以上

エ．離島のみで構成される二次医療圏所在病院で、救急車等搬送による入院患者数が最大

❷　2028年改定以降は、急性期病院一般入院基本料の届出医療機関を標準病院群１、それ以外を標準病院群２とすることを念頭にデータの精査が行われる。

イ．「機能評価係数Ⅰ」は、下記の施設基準の届出状況を評価したものであり、施設基準毎に係数が定められている。「機能評価係数Ⅰ」の施設基準は、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出をすれば、特別な届出は必要ない。機能評価係数Ⅰの適用日は、医科点数表に準じるが、下記については、取り扱いが異なる。

①　A204地域医療支援病院入院診療加算

・月の初日に地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けた場合は同日より、月の途中に承認を受けた場合は翌月１日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中の全ての患者に対して加算する。

②　A204-3紹介受診重点医療機関入院診療加算

・月の初日に外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表された場合は同日より、月の途中に当該公表がなされた場合は翌月１日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中の全ての患者に対して加算することができる。

③　A245データ提出加算

・当該加算が算定可能な月に限り、加算することができる。

機能評価係数Ⅰ

ア．特定機能病院及び専門病院の入院基本料本体

	特定機能病院	専門病院
7 対 1 入院基本料	A　入院基本料　0.2925 B　入院基本料　0.2889 C　入院基本料　0.2461	0.1533
10 対 1 入院基本料	A　入院基本料　0.1588 B　入院基本料　0.1548 C　入院基本料　0.1128	0.0278
13 対 1 入院基本料	—	▲ 0.0621

イ．一般病院の入院基本料本体

		左記入院料	月平均夜勤時間超過減算	夜勤時間特別入院基本料
急性期病院一般入院基本料	A	0.1451	0.0421	▲ 0.0613
	B	0.0428	▲ 0.0449	▲ 0.1330
急性期一般入院料	1	0.1252	0.0250	▲ 0.0752
	2	0.0913	▲ 0.0039	▲ 0.0991
	3	0.0645	▲ 0.0267	▲ 0.1177
	4	0.0264	▲ 0.0592	▲ 0.1444
	5	0.0185	▲ 0.0656	▲ 0.1498
	6	0.0000	▲ 0.0813	▲ 0.1630
地域一般入院料	1	▲ 0.0831	▲ 0.1519	▲ 0.2211
	2	▲ 0.0859	▲ 0.1544	▲ 0.2232
	3	▲ 0.1519	▲ 0.2107	▲ 0.2692
特別入院基本料		▲ 0.3342	―	―

ウ．入院基本料本体以外

			特定機能病院	専門病院	一般病院
A204 地域医療支援病院入院診療加算			―	―	0.0275
A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算			―	―	0.0220
A207 診療録管理体制加算	1		0.0027	0.0027	0.0027
	2		0.0008	0.0008	0.0008
A207-2 医師事務作業補助体制加算	1	15 対 1	0.0341	0.0341	0.0341
		20 対 1	0.0273	0.0273	0.0273
		25 対 1	0.0231	0.0231	0.0231
		30 対 1	0.0201	0.0201	0.0201
		40 対 1	0.0169	0.0169	0.0169
		50 対 1	0.0144	0.0144	0.0144
		75 対 1	0.0118	0.0118	0.0118
		100 対 1	0.0102	0.0102	0.0102
	2	15 対 1	0.0318	0.0318	0.0318
		20 対 1	0.0252	0.0252	0.0252
		25 対 1	0.0212	0.0212	0.0212
		30 対 1	0.0185	0.0185	0.0185
		40 対 1	0.0158	0.0158	0.0158
		50 対 1	0.0132	0.0132	0.0132
		75 対 1	0.0107	0.0107	0.0107
		100 対 1	0.0089	0.0089	0.0089

A207-3 急性期看護補助体制加算	25 対 1	5 割以上	0.0576	0.0576	0.0576
		5 割未満	0.0528	0.0528	0.0528
	50 対 1		0.0480	0.0480	0.0480
	75 対 1		0.0384	0.0384	0.0384
	夜間 30 対 1		0.0300	0.0300	0.0300
	夜間 50 対 1		0.0288	0.0288	0.0288
	夜間 100 対 1		0.0252	0.0252	0.0252
	夜間看護体制加算		0.0170	0.0170	0.0170
	看護補助体制充実加算		—	—	—
A207-4 看護職員夜間配置加算	12 対 1 配置加算 1		0.0264	0.0264	0.0264
	12 対 1 配置加算 2		0.0216	0.0216	0.0216
	16 対 1 配置加算 1		0.0168	0.0168	0.0168
	16 対 1 配置加算 2		—	—	0.0108
A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算	1		0.0044	0.0044	0.0044
	2		0.0022	0.0022	0.0022
A214 看護補助加算	1		—	0.0463	0.0463
	2		—	0.0381	0.0381
	3		—	0.0289	0.0289
	夜間 75 対 1 看護補助加算		—	0.0152	0.0152
	夜間看護体制加算		—	0.0048	0.0048
	看護補助体制充実加算		—	—	—
A215 看護・多職種協働加算	1		—	—	0.0988
	2		—	—	0.0909
A218 地域加算	1 級地		0.0064	0.0064	0.0064
	2 級地		0.0050	0.0050	0.0050
	3 級地		0.0039	0.0039	0.0039
	4 級地		0.0025	0.0025	0.0025
	5 級地		0.0014	0.0014	0.0014
A218-2 離島加算			0.0089	0.0089	0.0089
A234 医療安全対策加算	1		0.0051	0.0051	0.0051
	2		0.0022	0.0022	0.0022
	地域連携 1		0.0016	0.0016	0.0016
	地域連携 2		—	0.0006	0.0006
A234-2 感染対策向上加算	1		0.0227	0.0227	0.0227
	2		0.0056	0.0056	0.0056
	3		0.0024	0.0024	0.0024
	指導強化加算		0.0010	0.0010	0.0010
	微生物学的検査体制加算		0.0010	0.0010	0.0010
	連携強化加算		0.0010	0.0010	0.0010
	サーベイランス強化加算		0.0001	0.0001	0.0001
	抗菌薬適正使用体制加算		0.0002	0.0002	0.0002

A243 地域支援・医薬品供給対応体制加算	1		0.0024	0.0024	0.0024
	2		0.0023	0.0023	0.0023
	3		0.0021	0.0021	0.0021
A244 病棟薬剤業務実施加算	1		0.0182	0.0182	0.0182
	2		0.0073	0.0073	0.0073
	2 の薬剤業務向上加算		0.0061	0.0061	0.0061
	3		—	—	—
A245 データ提出加算	1	200 床以上	0.0046	0.0046	0.0046
		200 床未満	0.0069	0.0069	0.0069
	2	200 床以上	0.0049	0.0049	0.0049
		200 床未満	0.0072	0.0072	0.0072
A252 地域医療体制確保加算		1	0.0198	0.0198	0.0198
		2	0.0230	—	0.0230
A254 医療提供機能連携確保加算			0.0165	0.0165	0.0165
D026 検体検査管理加算	Ⅰ		0.0011	0.0011	0.0011
	Ⅱ		0.0026	0.0026	0.0026
	Ⅲ		0.0087	0.0087	0.0087
	Ⅳ		0.0145	0.0145	0.0145
	国際標準検査管理加算		0.0011	0.0011	0.0011

エ.「機能評価係数Ⅱ」は、医療機関が果たす役割のうち「保険診療」、「救急医療」、「カバー率」、「地域医療」、「効率性」、「複雑性」、の各指数を医療機関別に定めたものである。「機能評価係数Ⅱ」は、令和８年厚生労働省告示第99号に、病院ごとに掲載されている。

なお、機能評価係数Ⅱ設定の概念は下記の通り（改定による変更を見え消し表示）。

<table>
<tr><th colspan="2">機能評価係数Ⅱの設定の概念</th></tr>
<tr><td>(1)地域医療係数</td><td>
○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（下記に詳細を記載）
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〕
大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては、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）
DPC 標準病院群にあっては、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）。
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。
<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 rowspan="2">がん</td><td colspan="3">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〕／〔医療資源を最も投入した病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕（0.5P）</td></tr>
<tr><td>「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）</td><td colspan="2">・「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）</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

脳卒中	・t-PA 療法の実施（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 ～ K5605、K560-21 ～ K560-23、5612 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 1 件以上の算定実績（１P）	
災害	・災害拠点病院の指定（0.5P） ・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） ・DMAT の指定（0.25P） ・EMIS への参加（0.25P）	
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 1 P）	・「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）
へき地	・「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 1 P） ・「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）	
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	・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（2025 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）（2025 年度以降の評価）	
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（協力施設としての治験の実施を含む）の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施（0.5P）
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）
	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）（2027 度以降の評価）	

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） ・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）		
医師少数地域への医師派遣機能	（評価は行わない）	・「医師少数区域」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）（1 P）	（評価は行わない）
地域の需要変動への応答性	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）		

地域医療計画等における一定の役割を 13 項目（大学病院本院群にあっては 14 項目）で評価（1 項目 1 P、上限は大学病院本院群：11P、DPC 特定病院群：10P、DPC 標準病院群： 8 P、下限は 0 P）

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定		指数		係数	評価の考え方
		上限値	下限値	最小値	
効率性		97.5% tile 値	2.5% tile 値（※ 1）	0	群ごとに評価
複雑性		97.5% tile 値	2.5% tile 値	0	群ごとに評価
カバー率		1	0	0	群ごとに評価
地域医療	定量	1.0（※ 2）	0	0	群ごとに評価（※ 4）
	体制	1	0	0	
救急補正		97.5% tile 値	0（※ 3）	0	全群共通で評価

※ 1 在院日数短縮の評価という趣旨から、全群共通の下限値を設定する。
※ 2 DPC 標準病院群 2 については、疾患領域毎の地域シェアが相対的に著しく高い医療機関が存在することを踏まえ、異なる上限値を設定する。
※ 3 報酬差額の評価という趣旨から設定する。
※ 4 地域医療係数については、DPC 標準病院群のうち、DPC 標準病院群 1 と DPC 標準病院群 2 で、それぞれ評価を行う。

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞
○がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMIS への参加、医師少数区域への派遣医師数
・特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25% tile 値（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50% tile 値）を各項目の上限値。
○脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績
・実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25% tile（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50% tile 値）を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25% tile 値（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50% tile 値）に満たない場合は、0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。
○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
・97.5%tile 値を満たす場合は 0 ポイント（指数）、97.5%tile 値に満たない場合は -1 ポイント（指数）とする。

⑵効率性指数（変更なし）	○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。

⑶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 〔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〕 ※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。
⑷カバー率指数 （変更なし）	○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。 ※すべて（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。

⑶　救急医療入院対象患者治療に要する資源投入量の乖離を評価した「救急補正係数」

１ 症例あたり〔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

【A205 救急医療管理加算の施設基準を取得している施設】
- 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
- 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

【A205 救急医療管理加算の施設基準を取得していない施設】
- 救急医療入院の患者

⑷　激変緩和係数

診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が２％を超えて増減しないよう、激変緩和係数が設定されて、令和８年厚生労働省告示第99号に告示されている。なお、診療報酬改定のない年度の係数は０である。

新たに DPC/PDPS に参加する医療機関については、診療報酬改定前の実績と比べて２％を超えて低く変動した場合は、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が２％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス２％となるように措置される。

４．DPC に包括されず、医科点数表で算定する点数

⑴　DPC に包括されず、医科点数表で算定する点数は、次の通り。

区分	DPC に包括されず、医科点数表で算定する点数
初・再診料	A000 初診料 A001 再診料の注 5、注 6 の加算（時間外・休日・深夜加算及び 6 歳未満の同加算） A002 外来診療料の注 8、注 9、注 11 の加算（時間外・休日・深夜加算及び 6 歳未満の同加算）
入院基本料	○ A100 地域一般入院基本料算定病棟の注 4 に掲げる重症児（者）受入連携加算、注 5 に掲げる救急・在宅等支援病床初期加算 ○ A104 特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算、注 11 に掲げる入院栄養管理体制加算 ○ A105 専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算、注 4 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算

入院基本料等加算	A200 急性期総合体制加算 A204-2　臨床研修病院入院診療科加算 A204-4 包括期充実体制加算 A205 救急医療管理加算 A205-2 超急性期脳卒中加算 A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算 A206 在宅患者緊急入院診療加算 A207-3 急性期看護補助体制加算の注 4 看護補助体制充実加算 A208 乳幼児加算・幼児加算 A209 特定感染症入院医療管理加算 A210 難病等特別入院診療加算 A211 特殊疾患入院施設管理加算 A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 A213 看護配置加算（急性期一般病棟は算定不可） A214 看護補助加算の注 4 看護補助体制充実加算（急性期一般病棟は算定不可） A219 療養環境加算 A220HIV 感染者療養環境特別加算 A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算 A220-3 特定薬剤治療環境特別加算 A221 重症者等療養環境特別加算 A221-2 小児療養環境特別加算 A224 無菌治療室管理加算 A225 放射線治療病室管理加算 A226-2 緩和ケア診療加算 A226-4 小児緩和ケア診療加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算 A231-3 依存症入院医療管理加算 A231-4 摂食障害入院医療管理加算 A232 がん拠点病院加算 A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 A233-2 栄養サポートチーム加算 A233-3 口腔管理連携加算 A234-3 患者サポート体制充実加算 A234-5 報告書管理体制加算 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算 A237 ハイリスク分娩等管理加算（専門病院を除き、 1 ハイリスク分娩管理加算のみ） A242 呼吸ケアチーム加算 A242-2 術後疼痛管理チーム加算 A243-2 バイオ後続品使用体制加算 A244 病棟薬剤業務実施加算（ 3 に限る） A246 入退院支援加算 A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算 A247 認知症ケア加算 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 A248 精神疾患診療体制加算 A250 薬剤総合評価調整加算 A251 排尿自立支援加算 A253 協力対象施設入所者入院加算 A255 精神科地域密着多機能体制加算
特定入院料	別途掲げる DPC 独自に定められた特定入院料等
短期滞在手術等基本料	短期滞在手術等基本料 1
医学管理等	B001-4 手術前医学管理料、B001-5 手術後医学管理料を除いて、入院時に算定できる医学管理等は全て算定可
在宅医療	退院時に算定できるものに限る
検査	D206 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査（D295 関節鏡検査～ D325 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法）、診断穿刺・検体採取料（D401 脳室穿刺～ D419-2 眼内液（前房水・硝子体液）検査）

画像診断	画像診断管理加算 １・２・３・４、E003 造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合以外の場合（血流予備能測定検査加算、頸動脈閉塞試験（マタス試験）を含む）
投薬	なし（在宅において使用するための退院時処方は算定可） HIV 感染症の患者に使用する抗 HIV 薬に係る費用（※ １）
	血友病等の患者に使用する遺伝子組み換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固因子第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子交代迂回活性複合体を含む）、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤及び抗 TFPI モノクローナル抗体に係る費用（※ ２）
注射	G020 無菌製剤処理料 投薬の（※ １）、（※ ２）に同じ
リハビリテーション	全て算定可（薬剤料を除く） ただし、A301 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定している日は、H000 心大血管疾患、H001 脳血管疾患等、H001-2 廃用症候群、H002 運動器、H003 呼吸器、H007 障害児（者）、H007-2 がん患者の各リハビリテーション料は算定できない。
精神科専門療法	全て算定可（薬剤料を除く）
処置	J042 腹膜灌流及び基本点数が 1,000 点以上の処置の費用（既装着のギプスシャーレとして切割使用した場合を除く） ※ J038 人工腎臓に使用した材料価格基準別表Ⅱ区分の 040 (1)及び(5)に掲げる材料、J042 腹膜灌流（１に限る）に当って使用した腹膜灌流液及び材料価格基準別表Ⅱ区分 051 ～ 053 に掲げる材料も算定できる。
手術	全て算定可
麻酔	全て算定可
放射線治療	全て算定可
病理診断	第 1 節病理標本作成料のうち、N003 術中迅速病理組織標本作成
	第 2 節病理診断・判断料
その他	全て算定可（入院時に算定可能なものに限る）
入院時食事療養	全て算定可
注 1．出来高算定できる点数については、当該点数に係る各種加算も算定できる。 注 2．主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となる。 注 3．交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となる。	

⑵　DPC に加算する特定入院料の範囲と点数

「診断群分類点数表」を算定する患者が下記を算定する病床に入院している期間は、次頁ア～ウの取り扱いとなる。

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科
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

ア．DPC に加算できる上記の特定入院料は、医科点数表で届出を行っている場合に算定できる。ただし、医科点数表に定めた点数ではなく、次に掲げる独自の特定入院料の点数を算定する。

イ．特定入院料の算定の通則及び算定対象患者などは医科点数表によるが、包括範囲は医科点数表に定めた包括範囲ではなく、DPC の包括範囲が適用される。

ウ．特定入院料を加算する場合に算定できる入院基本料等加算は、医科点数表の特定入院料の注で示された入院基本料等加算ではなく、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和８年３月18日保医発0318第４号）」の第３費用の算定方法の(4)特定入院料の取扱いで示された入院基本料等加算である。

A300 救命救急入院料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
1	救命救急入院料 1	3 日以内	10,144	10,344	10,406	12,379
		4 ～ 7 日以内	9,005	9,205	9,267	11,240
		8 ～ 14 日以内	7,659	7,859	7,921	9,894
		15 ～ 30 日以内	8,164	8,164	8,179	
		31 ～ 60 日以内	8,371	8,371	8,371	
	救命救急入院料 1 の広範囲熱傷（8 日以上の加算含む）	3 日以内	10,144	10,344	10,406	12,379
		4 ～ 7 日以内	9,005	9,205	9,267	11,240
		8 ～ 14 日以内	7,859	8,059	8,121	10,094
		15 ～ 30 日以内	8,364	8,364	8,379	10,094
		31 ～ 60 日以内	8,571	8,571	8,571	
2	救命救急入院料 2	3 日以内	8,388	8,588	8,650	10,623
		4 ～ 7 日以内	7,394	7,594	7,656	9,629
		8 ～ 14 日以内	6,234	6,434	6,496	8,469
		15 ～ 30 日以内	6,739	6,739	6,754	
		31 ～ 60 日以内	6,946	6,946	6,946	
	救命救急入院料 2 の広範囲熱傷（8 日以上の加算含む）	3 日以内	8,388	8,588	8,650	10,623
		4 ～ 7 日以内	7,394	7,594	7,656	9,629
		8 ～ 14 日以内	6,434	6,634	6,696	8,669
		15 ～ 30 日以内	6,939	6,939	6,954	
		31 ～ 60 日以内	7,146	7,146	7,146	
加算	広範囲熱傷管理加算（8 ～ 60 日以内）		＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む
	高度救命救急センター加算		＋ 100	＋ 100	＋ 100	＋ 100
	救急体制充実加算 1		＋ 1,500	＋ 1,500	＋ 1,500	＋ 1,500
	救急体制充実加算 2		＋ 1,000	＋ 1,000	＋ 1,000	＋ 1,000
	救急体制充実加算 3		＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 500
	小児加算（15 歳未満）		＋ 5,000	＋ 5,000	＋ 5,000	＋ 5,000
	急性薬毒物中毒加算	1 機器分析	＋ 5,000	＋ 5,000	＋ 5,000	＋ 5,000
		2 その他	＋ 350	＋ 350	＋ 350	＋ 350
	精神疾患診断治療初回加算	施設基準届出	＋ 7,000	＋ 7,000	＋ 7,000	＋ 7,000
		退院時指導加算	＋ 2,500	＋ 2,500	＋ 2,500	＋ 2,500
		上記以外	＋ 3,000	＋ 3,000	＋ 3,000	＋ 3,000
	早期離床・リハビリテーション加算		＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 3,000
	早期栄養介入管理加算	下記以外	＋ 250	＋ 250	＋ 250	＋ 250
		経腸栄養開始後	＋ 400	＋ 400	＋ 400	＋ 400
	重症患者対応体制強化加算	3 日以内	＋ 750	＋ 750	＋ 750	＋ 400
		4 ～ 7 日以内	＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 400
		8 ～ 14 日以内	＋ 300	＋ 300	＋ 300	＋ 300

A300 救命救急入院料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否	
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A247 認知症ケア加算、A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算、A248 精神疾患診療体制加算（A300 救命救急入院料の注 2 の加算を算定しない場合に限る）、A251 排尿自立支援加算
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算

A301 特定集中治療室管理料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
1	特定集中治療室管理料 1	7 日以内	12,745	12,945	13,007	14,980
		8 ～ 14 日以内	11,136	11,336	11,398	13,371
		15 ～ 30 日以内	11,641	11,641	11,656	
		31 ～ 60 日以内	11,848	11,848	11,848	
	特定集中治療室管理料 1 ロ広範囲熱傷（8 日以上の加算含む）	7 日以内	12,745	12,945	13,007	14,980
		8 ～ 14 日以内	11,336	11,536	11,598	13,571
		15 ～ 30 日以内	11,841	11,841	11,856	
		31 ～ 60 日以内	12,048	12,048	12,048	
2	特定集中治療室管理料 2	7 日以内	8,155	8,355	8,417	10,390
		8 ～ 14 日以内	6,538	6,738	6,800	8,773
		15 ～ 30 日以内	7,043	7,043	7,058	
		31 ～ 60 日以内	7,250	7,250	7,250	
	特定集中治療室管理料 2 のロ広範囲熱傷（8 日以上の加算含む）	7 日以内	8,155	8,355	8,417	10,390
		8 ～ 14 日以内	6,738	6,938	7,000	13,571
		15 ～ 30 日以内	7,243	7,243	7,258	
		31 ～ 60 日以内	7,450	7,450	7,450	
3	特定集中治療室管理料 3	7 日以内	7,155	7,355	7,417	9,390
		8 ～ 14 日以内	5,535	5,735	5,797	7,770
		15 ～ 30 日以内	6,040	6,040	6,055	
		31 ～ 60 日以内	6,247	6,247	6,247	
	特定集中治療室管理料 3 のロ広範囲熱傷（8 日以上の加算含む）	7 日以内	7,155	7,355	7,417	9,390
		8 ～ 14 日以内	5,735	5,935	5,997	7,970
		15 ～ 30 日以内	6,240	6,240	6,255	
		31 ～ 60 日以内	6,447	6,447	6,447	
加算	広範囲熱傷管理加算（8 ～ 60 日以内）		＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む	＋ 200 ※上記に含む
	15 歳未満小児加算	7 日以内	＋ 2,000	＋ 2,000	＋ 2,000	＋ 2,000
		8 ～ 14 日以内	＋ 1,500	＋ 1,500	＋ 1,500	＋ 1,500
	早期離床・リハビリテーション加算		＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 500
	早期栄養介入管理加算（7 日限度）	下記以外	＋ 250	＋ 250	＋ 250	＋ 250
		経腸栄養開始後	＋ 400	＋ 400	＋ 250	＋ 400
	重症患者対応体制強化加算	3 日以内	＋ 750	＋ 750	＋ 750	＋ 750
		4 日～ 7 日以内	＋ 500	＋ 500	＋ 750	＋ 500
		8 日～ 14 日以内	＋ 300	＋ 300	＋ 300	＋ 300
	特定集中治療室遠隔支援加算（2 又は 3 のみ）		＋ 980	＋ 980	＋ 980	＋ 980

A301 特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否	
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A232 がん拠点病院加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A247 認知症ケア加算、A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
1	14 日以内	4,967	5,167	5,229	7,202
	15 ～ 21 日以内	5,472	5,472	5,487	
2	14 日以内	2,266	2,466	2,528	4,501
	15 ～ 21 日以内	2,771	2,771	2,786	
注 5（実績要件を満たさない場合）	14 日以内	2,166	2,366	2,428	4,401
	15 ～ 21 日以内	2,671	2,671	2,686	
加算 早期離床・リハビリテーション加算		＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 500
加算 早期栄養介入管理加算	下記以外	＋ 250	＋ 250	＋ 250	＋ 250
	経腸栄養開始後	＋ 400	＋ 400	＋ 400	＋ 400
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A232 がん拠点病院加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A247 認知症ケア加算、A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算				
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
14 日以内		4,130	4,330	4,392	6,365
加算 早期離床・リハビリテーション加算		＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 500
加算 早期栄養介入管理加算	下記以外	＋ 250	＋ 250	＋ 250	＋ 250
	経腸栄養開始後	＋ 400	＋ 400	＋ 400	＋ 400
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A247 認知症ケア加算、A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算				
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

A301-4 小児特定集中治療室管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
7 日以内		14,690	14,890	14,952	16,925
8 ～ 14 日以内		12,549	12,749	12,811	14,784
15 ～ 30 日以内		13,054	13,054	13,069	
31 ～ 55 日以内		13,261	13,261	13,261	
加算	早期離床・リハビリテーション加算	＋ 500	＋ 500	＋ 500	＋ 500
加算	早期栄養介入管理加算 下記以外	＋ 250	＋ 250	＋ 250	＋ 250
加算	早期栄養介入管理加算 経腸栄養開始後	＋ 400	＋ 400	＋ 400	＋ 400
A301-4 小児特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能		A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算			
算定不可		A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

DPC

A302 新生児特定集中治療室管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
1	14 日以内	8,696	8,896	8,958	10,931
1	15 ～ 30 日以内	9,201	9,201	9,216	
1	31 ～ 110 日以内	9,408	9,408	9,408	
2	14 日以内	6,555	6,755	6,817	8,790
2	15 ～ 30 日以内	7,060	7,060	7,075	
2	31 ～ 110 日以内	7,267	7,267	7,267	
※ A302 新生児特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能		A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A251 排尿自立支援加算			
算定不可		A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料				
	特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（7 日以内）	12,873	13,073	13,135	15,108
A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否				
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A251 排尿自立支援加算			
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

A303 総合周産期特定集中治療室管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
母体・胎児集中治療室管理料	14 日以内	5,488	5,688	5,750	7,723
新生児集中治療室管理料	14 日以内	8,696	8,896	8,958	10,931
	15 ～ 30 日以内	9,201	9,201	9,216	
	31 ～ 110 日以内	9,408	9,408	9,408	
加算　成育連携支援加算		＋ 1,200	＋ 1,200	＋ 1,200	＋ 1,200
A303 総合周産期特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A234-3 患者サポート体制充実加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算（1 の母体・胎児集中治療室管理料を算定している場合に限る）、A244 病棟薬剤業務実施加算（3 に限る）、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算				
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

DPC

A303-2 新生児治療回復室入院管理料				
	特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
14 日以内	3,696	3,896	3,958	5,931
15 ～ 30 日以内	4,201	4,201	4,216	
31 ～ 140 日以内	4,408	4,408	4,408	
【参考】A303-2 新生児治療回復室入院管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否				
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、209 特定感染症入院医療管理加算、A210 難病等特別入院診療加算（2 に限る）、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A251 排尿自立支援加算			
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

A305 一類感染症患者入院医療管理料				
	特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
14 日以内	7,497	7,697	7,759	9,732
15 ～ 30 日以内	6,736	6,736	6,751	8,466
31 日以上	6,943	6,943	6,943	
【参考】A305 一類感染症患者入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否				
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算、A251 排尿自立支援加算			
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

A307 小児入院医療管理料							
				特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院（参考）
1	14 日以内			2,981	3,181	3,243	5,216
	15 ～ 30 日以内			3,486	3,486	3,501	
	31 日以上			3,693	3,693	3,693	
2	14 日以内			2,251	2,451	2,513	4,486
	15 ～ 30 日以内			2,756	2,756	2,771	
	31 日以上			2,963	2,963	2,963	
3	14 日以内			1,787	1,987	2,049	4,022
	15 ～ 30 日以内			2,292	2,292	2,307	
	31 日以上			2,499	2,499	2,499	
4	14 日以内			1,126	1,326	1,388	3,361
	15 ～ 30 日以内			1,631	1,631	1,646	
	31 日以上			1,838	1,838	1,838	
5	14 日以内			－	322	384	2,357
	15 ～ 30 日以内			－	627	642	
	31 日以上			－	834	834	
加算	小児入院医療管理	保育士 1 名		＋ 100	＋ 100	＋ 100	＋ 100
		保育士 2 名以上		＋ 180	＋ 180	＋ 180	＋ 180
	人工呼吸器使用加算			＋ 600	＋ 600	＋ 600	＋ 600
	重症児受入体制加算（3・4・5 に限る）	加算 1		＋ 200	＋ 200	＋ 200	＋ 200
		加算 2		＋ 280	＋ 280	＋ 280	＋ 280
	退院時薬剤情報管理指導連携加算			＋ 150	＋ 150	＋ 150	＋ 150
	養育支援体制加算			＋ 300	＋ 300	＋ 300	＋ 300
	時間外受入体制強化加算（1・2 に限る）		1	＋ 300	＋ 300	＋ 300	＋ 300
			2	＋ 180	＋ 180	＋ 180	＋ 180
	無菌治療管理加算		1	－	－	－	＋ 2,000
			2	－	－	－	＋ 1,500
	1・2・3 に限る	看護補助加算（14 日限度）		151	151	151	151
		看護補助体制充実加算（14 日限度）		156	156	156	156

【参考】A307 小児入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否				
算定可能	1・2 のみ	A226-2 緩和ケア診療加算、A226-4 小児緩和ケア診療加算、A232 がん拠点病院加算	1 ～ 5 共通	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A206 在宅患者緊急入院診療加算、A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算、A220-3 特定薬剤治療環境特別加算、A221-2 小児療養環境特別加算、A233-3 口腔管理連携加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、A246 入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る）、A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算、A248 精神疾患診療体制加算、A251 排尿自立支援加算
	3・4 のみ	－		
	5 のみ	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算、A231-4 摂食障害入院医療管理加算		
算定不可	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（1 に限る）、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算（入院医療管理 1 ～ 4 のみ）			

5．DPC 点数への減算

(1)　午前中退院90％以上の病院、及び金曜入院・月曜退院割合が40％以上の病院の減算

ア．特定機能病院及び専門病院

	特定機能病院	専門病院
7 対 1 入院基本料	A 入院基本料　▲ 172 点 B 入院基本料　▲ 171 点 C 入院基本料　▲ 161 点	▲ 152 点
10 対 1 入院基本料	A 入院基本料　▲ 142 点 B 入院基本料　▲ 141 点 C 入院基本料　▲ 131 点	▲ 124 点
13 対 1 入院基本料	―	▲ 104 点

イ．一般病院

	左記入院料の場合	月平均夜勤時間超過減算	夜勤時間特別入院基本料
急性期病院Ａ一般入院料	▲ 154 点	▲ 131 点	▲ 108 点
急性期病院Ｂ一般入院料	▲ 131 点	▲ 112 点	▲ 92 点
急性期一般入院料 1	▲ 150 点	▲ 127 点	▲ 105 点
急性期一般入院料 2	▲ 142 点	▲ 121 点	▲ 100 点
急性期一般入院料 3	▲ 136 点	▲ 116 点	▲ 95 点
急性期一般入院料 4	▲ 128 点	▲ 109 点	▲ 89 点
急性期一般入院料 5	▲ 126 点	▲ 107 点	▲ 88 点
急性期一般入院料 6	▲ 122 点	▲ 104 点	▲ 85 点
地域一般入院料 1	▲ 103 点	▲ 88 点	▲ 72 点
地域一般入院料 2	▲ 103 点	▲ 87 点	▲ 72 点
地域一般入院料 3	▲ 88 点	▲ 75 点	▲ 61 点
特別入院基本料	▲ 56 点	―	―

(2)　夜間看護体制特定日減算

ア．専門病院（特定機能病院は対象外）

	専門病院
7 対 1 入院基本料	▲ 95 点
10 対 1 入院基本料	▲ 78 点
13 対 1 入院基本料	▲ 65 点

イ．一般病院

	左記入院料の場合	月平均夜勤時間超過減算	夜勤時間特別入院基本料
急性期病院Ａ一般入院料	▲ 97 点	▲ 82 点	▲ 68 点
急性期病院Ｂ一般入院料	▲ 82 点	▲ 70 点	▲ 58 点
急性期一般入院料 1	▲ 94 点	▲ 80 点	▲ 66 点
急性期一般入院料 2	▲ 89 点	▲ 76 点	▲ 62 点
急性期一般入院料 3	▲ 85 点	▲ 72 点	▲ 60 点
急性期一般入院料 4	▲ 80 点	▲ 68 点	▲ 56 点

急性期一般入院料 5	▲ 79 点	▲ 67 点	▲ 55 点
急性期一般入院料 6	▲ 76 点	▲ 65 点	▲ 53 点
地域一般入院料 1	▲ 65 点	▲ 55 点	▲ 45 点
地域一般入院料 2	▲ 64 点	▲ 54 点	▲ 45 点
地域一般入院料 3	▲ 55 点	▲ 47 点	▲ 38 点
特別入院基本料	▲ 35 点	―	―

6．DPC 算定対象外の患者

⑴　次の患者は、診断群分類点数表によらず、医科点数表に基づいた点数を算定する。

診断群分類点数表によらず医科点数表を算定する患者

1．「診断群分類」に該当しない患者

2．「診断群分類」に該当するが、下記⑴～⑺に該当する患者

⑴　診断群分類毎の平均在院日数＋標準偏差の 2 倍以上の 30 の整数倍の日数（入院期間Ⅲ）を超えて入院する患者（ただし、悪性腫瘍患者等であって化学療法等に関する診断群分類区分の入院期間Ⅲまでに化学療法等が実施されないものについては、入院期間Ⅲを超えた日以降も抗悪性腫瘍剤等の薬剤料並びに当該薬剤に関する投薬及び注射（G020 無菌製剤処理料を除く）の費用を算定することはできない（抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する投薬及び注射の費用は算定できる）。

⑵　当該病院に入院した後、24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児

⑶　「評価療養又は患者申出療養」を受ける患者

⑷　下記に掲げる臓器移植術を受ける患者

- K014 皮膚移植術（生体・培養）
- K014-2 皮膚移植術（死体）
- K514-4 同種死体肺移植術
- K514-6 生体部分肺移植術
- K605-2 同種心移植術
- K605-4 同種心肺移植術
- K697-5 生体部分肝移植術
- K697-7 同種死体肝移植術
- K709-3 同種死体膵移植術
- K709-5 同種死体膵腎移植術
- K709-6 同種死体膵島移植術
- K716-4 生体部分小腸移植術
- K716-6 同種死体小腸移植術
- K780 同種死体腎移植術
- K780-2 生体腎移植術
- K922 造血幹細胞移植

⑸　下記の点数を算定する患者

- 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（下記を算定する直前に診断群分類点数表で算定していた患者を除く）
  - ①　地域包括ケア病棟入院料 1 ～ 4
  - ②　地域包括ケア入院医療管理料 1 ～ 4
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
- A400 短期滞在手術等基本料（1 に限る）

  編注　短期滞在手術等基本料 3 は、次頁のウを参照。

⑹　その他厚生労働大臣が別に定める者

ア．次に掲げる検査又は手術を受ける患者

- D415-6 壁側胸膜凍結生検法
- K022 組織拡張器による再建手術（一連につき）　乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものに限る）
- K022-4 静脈奇形硬化療法（一連につき）
- K053-3 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）
- K054-3 脛骨遠位骨切り術

・K059-3 軟骨修復材移植術
・K059-4 軟骨修復材移植術（関節鏡下）
・K082-8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
・K142-9 腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）
・K154 機能的定位脳手術
・K259-4 培養ヒト角膜内皮細胞移植術
・K276-2 経皮的選択的眼動脈注入術
・K371 上咽頭腫瘍摘出術　5　鏡視下によるもの
・K372 中咽頭腫瘍摘出術　3　鏡視下によるもの
・K373 下咽頭腫瘍摘出術　3　鏡視下によるもの
・K392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術　2　鏡視下によるもの
・K393 喉頭腫瘍摘出術　3　鏡視下によるもの
・K476 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）
・K476-3 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）
・K476-4 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）
・K514-8 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）
・K526-5 内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術
・K527-3 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
・K527-4 胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの）
・K528-4 先天性気管食道瘻閉鎖術
・K555-4 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術
・K559-4 経皮的三尖弁クリップ術
・K599 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
・K609-3 経頸動脈的頸動脈ステント留置術
・K613-2 腎神経焼灼術
・K616 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
・K619-3 腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術
・K627 リンパ節群郭清術　9　腹部
・K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術　5　腹部
・K643-3 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術
・K645-4 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）
・K682-5 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術
・K697-8 肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
・K702-2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術　2　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合
・K835-2 陰嚢形成術（二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る）
・K836-3 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）
・K906-2 子宮頸管縫縮術（開腹）
・K906-3 腹腔鏡下子宮頸管縫縮術

イ．別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与される患者（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（告示）令和 8 年厚生労働省告示第 97 号別表 1（下記アドレスの 7 ～ 12 頁）に掲げる薬剤と別表 2（下記アドレスの 13 頁）に掲げる検査に限る）

https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001675967.pdf（改正告示が出された場合は、改正告示参照）

ウ．基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）の別表第 11 の 3 に規定する手術等を実施する患者（医科点数表区分番号 A400 短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 3 に限る）の算定要件を満たし、入院後 5 日以内に退院した患者に限る）

⑺　以下のいずれかに該当する病院の病棟に入院する患者 ア．月平均の入院患者数が、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数に 100 分の 105 を乗じて得た数以上である病院 イ．医師又は歯科医師の員数が医療法第 21 条第 1 項第 1 号又は第 22 条の 2 第 1 号の規定により有しなければならないこととされている員数に 100 分の 70 を乗じて得た数以下である病院
※主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となる。 ※交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となる。

⑵　診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せて DPC コードを記載する。

①　五号告示第二号に該当した患者（下記 URL に掲げる薬剤を投与される患者及び検査を実施する患者）
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001675967.pdf

②　診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

③　医科点数表算定コードに該当した患者

④　A308-3地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

7．DPC 入院中の患者の対診・他医療機関受診の取扱い

診療上必要があり、入院中の患者に対し他の保険医療機関の保険医の立合診察（以下「対診」という）が実施された場合又は入院中の患者が他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の保険医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

DPC 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いについては、診断群分類点数表を算定するか否かにかかわらず、次の扱いとなる。

⑴　DPC 算定病棟

①　他医療機関で実施した診療の費用は、他医療機関との間で合議により精算し、保険請求及び患者負担の徴収は、DPC 算定病棟が行う。ただし、DPC 算定病棟の包括範囲内や外来でしか算定できない点数は保険請求ができない。

②　DPC 算定病棟が施設基準の届出をしていない点数でも、他医療機関が届出を行っている点数は DPC 算定病棟で保険請求できる。

③　レセプトの出来高欄に「他医療機関を受診した理由」、「他医療機関の診療科」、「他医療機関の名称」、「所属都道府県名」及び「医療機関コード」を記載し、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に「他」と記載する。

④　他医療機関受診を行った場合の DPC のコーディングは、他医療機関で行われた診療行為を含めて決定する。

⑤　労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

⑵　他の医療機関

①　DPC 算定病棟入院中の患者に実施した点数は、他医療機関では保険請求も患者負担の徴収もできない。

②　患者負担も含めて合議により入院医療機関から費用の支払いを受ける。

8．持参薬の取り扱い

予定入院にあっては、入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬を入院中に使用することが特段の理由がない限り認められない。個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由がある場合は認められるが、やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合は特別な理由をカルテに記載する。

9．同一傷病等での再入院に係る取扱い

⑴　同一傷病等による 7 日以内の再入院となった患者の取扱いについては、初回入院、再入院を合わせて一入院とする。

⑵　DPC 算定対象となる病棟等に入院していた患者（地域包括ケア病棟入院料 1 から 4 まで及び地域包括ケア入院医療管理料 1 から 4

までのいずれかを算定する病棟又は病床において診断群分類点数表により算定する患者を含む）が、DPC 算定対象とならない病棟へ転棟した後に DPC 算定対象となる病棟等（地域包括ケア病棟入院料１から４まで及び地域包括ケア入院医療管理料１から４までのいずれかを算定する一般病棟を含む）に再転棟、又は DPC 算定対象となる病棟等（地域包括ケア病棟入院料１から４まで及び地域包括ケア入院医療管理料１から４までのいずれかを算定する一般病棟を含む）に、当該病棟等より退院した日の翌日から起算して７日以内に再入院（当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関に再入院した場合を含む）した場合（以下「再入院」という）について、次に該当する場合（以下「同一傷病等」という）は、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない（DPC 算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する）。

ア．直近の DPC 算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上２桁が同一である場合又は、直近の DPC 算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上６桁が同一である場合

イ．再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げる ICD コード以外の ICD コード又は診断群分類「180040手術・処置等の合併症」に定義される ICD コードを選択した場合

また、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上２桁が異なり同一傷病等の一連の入院に該当しないにもかかわらず、直近の入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上２桁が同一である場合は、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⑶　あらかじめ当該病院に再入院することが決まっており、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ、化学療法に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む）に該当する場合は、⑵に該当する場合であっても、⑵の同一傷病等での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とはみなさない。この場合においては、化学療法の実施日（予定日）及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、当該取扱いは、再転棟の場合には適用されない。

⑷　⑵及び⑶の再入院に係る取扱いにかかわらず、A200急性期総合体制加算、A204-2臨床研修病院入院診療加算、A205救急医療管理加算から A206在宅患者緊急入院診療加算まで、A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、A231-3依存症入院医療管理加算、A232がん拠点病院加算、A233-3口腔管理連携加算、A234-3患者サポート体制充実加算、A236-2ハイリスク妊娠管理加算、A237ハイリスク分娩等管理加算（１のハイリスク分娩管理加算に限る）、A243-2バイオ後続品使用体制加算、A246入退院支援加算（加算１を除く）、A246-3医療的ケア児（者）入院前支援加算、A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算、A253協力対象施設入所者入院加算、B004退院時共同指導料１、B005退院時共同指導料２、B006-3退院時リハビリテーション指導料、B011-6栄養情報連携料、B014退院時薬剤情報管理指導料及び B015精神科退院時共同指導料に掲げる費用は、以下ア、イの場合を除き、再入院時には算定することができない。

ア．退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ．退院の日から起算して３月以上の期間、診断群分類区分の上６桁が同一の場合について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保

険医療機関に入院した場合

(5)　同一傷病等による７日以内の再入院に当たっての特定入院料の加算については、前回入院と一連の入院とみなした日数を限度日数とする。

10. 地域包括ケア入院医療管理料・地域包括ケア病棟入院料への転床・転棟

(1)　地域包括ケア入院医療管理料の病室（一般病棟の病室に限る）に転室した場合

ア．入院日Ⅲまでの期間は、地域包括ケア入院医療管理料を算定せず、引き続き転室前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。

イ．DPC 算定対象病棟等入院患者が DPC 算定対象とならない病棟へ転棟した後、転室又は退院の翌日から起算して７日以内に地域包括ケア入院医療管理料の病室に再入院（転室）する場合は、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し診療報酬明細書の摘要欄に記載することとし、「同一傷病等での再入院」に該当する場合は、一連の入院として直近の DPC 算定対象となる病棟等において算定した診断群分類区分と同じ区分により引き続き算定することとし、起算日は初回の入院日とする。

ウ．なお、イの場合であって「同一傷病等での再入院」に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料の病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(2)　地域包括ケア病棟入院料の病棟（一般病棟に限る）に転棟した場合

ア．入院日Ⅱまでの期間は、地域包括ケア病棟入院料を算定せず、引き続き転棟前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。ただし、入院期間Ⅲにおいて、地域包括ケア病棟入院料に転棟した場合は、転棟した日から医科点数表により算定する。

イ．DPC 算定対象病棟等入院患者が DPC 算定対象とならない病棟へ転棟した後、転室又は退院の翌日から起算して７日以内に地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に再入院（転棟）する場合であって、「同一傷病等での再入院」に該当する場合は、入院日Ⅱまでの期間は一連の入院として直近の DPC 算定対象病棟等で算定した診断群分類区分と同じ区分により算定することとし、起算日は初回の入院日とする。この場合、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ウ．なお、イの場合であって「同一傷病等での再入院」に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

11. 外泊の取り扱い

(1)　入院患者の外泊期間中の入院料等については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料の基本点数の15％又は特定入院料の15％（地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟又は病床において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定する患者については、一般病棟の入院基本料の基本点数の15％）を算定する。ただし、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15％を算定できる。ただし、当該入院基本料の基本点数又は特定入院料の30％を算定することができる期間は、連続して３日以内に限り、かつ、月（同一暦月）６日以内に限る。

(2)　入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊する場合に、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、上記の点数に加え、C100退院前在宅療養指導管理料を外泊初日１回に限り算定できる。

(3)　外泊期間は、診断群分類点数表等による診療報酬の算定にあたり、入院期間として算入する。

12. 診療報酬の調整

(1)　診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一する。

(2)　入院当初は診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定していた患者が、退院時には医科点数表により療養に要する費用の

額を算定することとなった場合等、入院期間内において診療報酬の請求方法が複数存在する場合は、退院（DPC 算定対象となる病棟等以外の病棟に転棟する場合を含む）時に決定された請求方法により必要な請求を行う。

⑶　転棟した場合等の取扱い

ア．DPC 算定対象病棟等以外の病棟等に転棟した場合には、転棟した日の診療報酬の算定は医科点数表による。この場合、DPC 算定対象病棟等以外の病棟等における入院料等の算定に当たっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

イ．DPC 算定対象病棟等以外の病棟等から DPC 算定対象となる病棟等に転棟し、診断群分類点数表等により診療報酬を算定する場合には、当該病棟等に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。なお、DPC 算定対象病棟等から DPC 算定対象病棟等以外の病棟等に転棟し、その後、DPC 算定対象となる病棟等に再転棟した場合についても同様の取扱いとする。ただし、上記「９．同一傷病等での再入院に係る取扱い」に該当する場合はこの限りでない。

⑷　退院の日の診断群分類区分と退院の日の前日までの診断群分類区分とが異なる場合は、退院の日の属する月の前月までの算定額と、退院の日における診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

⑸　⑷にかかわらず、算定告示別表16に規定する調整日（DPC 算定対象病棟等において診断群分類点数表により算定している患者が DPC 算定対象病棟等以外の病棟等に転棟又は転室する日の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日）（退院の日を除く）における診断群分類区分と調整日の前日までにおける診断群分類区分が異なる場合には、調整日の属する月の前月までの算定額と同月までの診断群分類区分による算定額との差額を調整日の属する月の分の算定点数において調整する。

13. 入院日Ⅲを超えた場合の医科点数表算定の制限

⑴　入院日Ⅲを超えた日以降の診療報酬は、医科点数表により算定する。

⑵　ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る）に対して入院期間Ⅲまでに化学療法等が実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も抗悪性腫瘍剤等の薬剤料並びに当該薬剤に関する投薬及び注射（G020無菌製剤処理料を除く）の費用を算定することはできない（抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する投薬及び注射の費用は算定できる）。

なお、「化学療法等を実施された」診断群分類区分とは、次のいずれかに該当する診断群分類区分をいう。

ア．悪性腫瘍患者に対する化学療法（悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤の使用（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない）をいい、抗生剤のみの使用及び G-CSF 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない）に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む）

イ．ア以外であって、特定の薬剤名（成分名）を含む診断群分類区分（この場合にあっては悪性腫瘍患者以外の患者が含まれるため留意する）

この際、入院日Ⅲを超えた日以降に算定できない「抗悪性腫瘍剤等の薬剤料」とは、上記アに該当する診断群分類区分にあっては、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（上記アの「化学療法」に定義される薬剤）に係る薬剤料であり、イに該当する診断群分類区分にあっては、明示された薬剤（明示された薬剤以外の薬剤と併用することが添付文書等により医学的に明らかな場合にあっては、当該併用薬剤を含む）に係る薬剤料である。

上記以外の薬剤料（例：糖尿病に係る薬剤料）については、別に算定できる。

⑶　入院日Ⅲを超えた日以降に手術を実施した場合は、「手術あり」の分岐を選択する。

14. レセプト記載

⑴　記載要領は、下記ホームページの「第３

関係法令・通知等(1)　共通」の「５．その他」にある通知「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（令和８年３月27日保医発0327第２号）の「別添２」を参照されたい。
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001681751.pdf

(2)　診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群又は130100播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という）によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したのがDICであることについて、以下の内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
ア．DICの原因と考えられる基礎疾患
イ．厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア
ウ．入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療内容を含む）及び検査値等の推移

15. DPC制度への参加等の手続き

(1)　DPC対象病院の要件
ア．DPC対象病院となるためには、次の表の右に掲げる要件を満たして、次頁(2)によりDPC準備病院となっている必要がある。
イ．DPC準備病院がDPC対象病院になるためには、下表左に掲げる要件を満たした上で、診療報酬改定の６カ月前までに「DPC制度への参加に係る届出書」を、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出する。

	DPC対象病院の基準	DPC準備病院の基準
入院基本料	A100急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料又はA104特定機能病院の一般病棟もしくはA105専門病院の７対１入院基本料又は10対１入院基本料算定病院。 ※A205救急医療管理加算の届出を行っていることが望ましい。	左記を満たしている。 又は、当該基準を満たすべく計画を策定している。
診療録管理体制加算	A207診療録管理体制加算を届け出ている。	A207診療録管理体制加算の届出を行っている。 又は、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。
データ提出	DPC調査に適切に参加し、下記を提出。 ア．入院診療データ イ．外来診療データを提出	左記の入院診療データを提出している。 ※外来診療データも提出することが望ましい。
	上記調査において、下記に掲げるいずれかを届け出た病床から退院等した患者の数を、当該病院の届出を行っている病床の病床数で除した１月当たりの値が0.875以上である。	―
	A100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、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	
	DPC算定病床における一月あたりのデータ数が90以上である。（短期滞在手術等基本料３の対象手術等を実施する患者を含む） 提出データについて、下記のいずれも満たしている。 ・様式１の医療資源を最も投入した傷病名において、部位不明・詳細不明コードのデータが10%未満 ・提出データのうち、調査様式間で記載矛盾がみられるデータが１%未満 ・様式１の傷病名コードのうち、未コード化傷病名が２%以下	

コーディング委員会	年 4 回以上、医師、薬剤師、診療記録管理者などで構成する委員会を開催しなければならない（毎月開催することが望ましい。同月に 2 回開催した場合は 1 回と数える。 ※コーディング委員会開催時には「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」（保険局医療課）を活用することが望ましい。	
その他	当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者及び関係者に対して、診療報酬の算定方法等について十分に説明すること。 ※入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。	

ウ．DPC 対象病院等が行う調査の提出様式

①　退院患者調査（DPC 病院及び DPC 準備病院、データ提出加算算定病院）

様式名	内容	入力する情報	DPC 病院	DPC 準備病院	データ提出加算
様式 1	患者属性や病態等の情報	患者属性（生年月日、性別等） 入退院情報（入院年月日、入院経路等、退院年月日、退院時転帰等） 診療目的、診療科、手術情報等	必須	必須	必須
様式 3	施設情報（施設単位）	開設者類型、病床数、入院基本料等の算定状況	必須	必須	必須
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外の症例（自賠責、正常分娩及び労災保険等）	必須	必須	必須
D ファイル	包括レセプト情報	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報（DPC レセプト）	必須	―	―
入院 EF 統合ファイル	入院患者の出来高点数情報	医科点数表に基づく診療報酬の算定情報	必須	必須	必須
外来 EF 統合ファイル	外来患者の出来高点数情報	医科点数表に基づく診療報酬の算定情報	必須	（任意）	（任意） 加算 2・4 は必須
H ファイル	日ごとの患者情報	患者ごとの重症度、医療・看護必要度	必須	必須	必須
K ファイル	患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通 ID ※医療レセプト情報等のデータベース（NDB）、介護レセプト情報等のデータベース（介護 DB）との連結解析を可能とすることを目的		必須	必須	必須

※調査の詳細（データ作成方法、提出方法及び提出期日等）は、「DPC の評価・検証等に係る調査」実施説明資料に従って作成及び提出する。2025 年度調査からの主な変更点は、下記 URL を参照いただきたい。
※データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目の見直しを行う。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。
https://www01.prrism.com/DPC/2025/file/setumei_20260325.pdf

②　特別調査（DPC 病院）

中央社会保険医療協議会等の要請に基づき、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

⑵　DPC 準備病院への参加と退出

ア．DPC 準備病院への参加を希望する病院は、厚生労働省がホームページで周知を行う募集期間等の取扱いに従って、地方厚生（支）局医療課長を経由して「DPC 準備病院届出書」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。

イ．DPC 準備病院は上記データを提出するが、点数は通常の医科点数表で算定する。

ウ．DPC 準備病院を辞退する場合は、地方厚

生（支）局医療課長を経由して「DPC 準備病院辞退届」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。

⑶　DPC 対象病院への参加と退出

ア．DPC 制度への参加時期は、診療報酬改定時である。

イ．DPC 制度に参加できる病院は、DPC 制度への参加の届出を行う時点において、DPC 対象病院の基準をすべて満たしている病院である。

調査期間１月あたりの（データ／病床）比は、当該病院が DPC 制度に参加する前々年度の10月から前年度の９月までのデータにより厚生労働省保険局医療課において判断する。

ウ．DPC 準備病院であって、DPC 制度に参加を希望する病院は、直近に予定している診療報酬改定の６カ月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して「DPC 制度への参加に係る届出書」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。

エ．DPC 対象病院からの退出

①　退出の意向がある場合は、直近に予定している診療報酬改定の前年度の９月１日から９月30日までの受付期間中に、退出届を提出し、改定の時期に合わせて DPC 対象病院から退出する。

②　A100急性期病院一般入院基本料又は急性期一般病棟入院基本料又は７対１若しくは10対１入院基本料、A207診療録管理加算の基準を満たさなくなった病院は、３カ月の猶予期間を設ける。３カ月を超えてもなお基準を満たせない場合は、３カ月を超えた月の３カ月後の初日に DPC 対象病院から退出する。

③　DPC 調査に適切に参加していないこと又はコーディング委員会が適切に開催されていないことを厚生労働省が確認した場合は、当該病院が基準を満たしているかを中医協において審査・決定し、基準を満たしていないと決定された場合は、決定された月の４カ月後の初日に DPC 制度から退出する。

④　調査期間１月当たりのデータ数が90以上であること、および部位不明・詳細不明コードが10％以上、記載矛盾データが１％以上、未コード化傷病名が２％未満のいずれかに該当する場合は、保険局医療課において診療報酬改定年度の前々年度の10月から前年度の９月までのデータにより判定し、基準を満たしていない病院に対して通知される。当該病院は速やかに「DPC 制度からの退出に係る届出書」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出し、判定後の直近の６月１日に DPC 制度から退出する。また、判定後の直近の４月１日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行う。

⑤　入院基本料に係る施設基準の変更の届出により対象病床数が０となる場合は、特定機能病院をのぞき、入院基本料に係る施設基準の変更の届出と併せて、別紙８「DPC 制度からの退出に係る届出書」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出する。

⑥　保険医療機関を廃止する（ただし、保険医療機関が至近の距離に移転し、同日付で新旧保険医療機関を開設、廃止する場合を除く）ことにより、DPC 制度から退出する場合は、保険医療機関廃止届等と併せて、別紙12「保険医療機関廃止に伴う DPC 制度からの退出届」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出する。

⑦　上記以外で緊急に DPC 制度から退出する必要がある病院（特定機能病院を除く）は、その時点で地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出する。この場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において審査決定することとし、必要に応じて中医協において審査・決定する。退出が認められた月の４カ月後の初日に DPC 対象病院から退出する。

⑧　退出した病院は、原則として、次回診療報酬改定まで引き続き「DPC 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」に参加しなければならない。なお、通常の場合や DPC 対象病院の基準を満たさなくなった場合にあっては、DPC 準備病院の届出を行えば、準備病

院となることができる。

新たに DPC 準備病院となることを希望する病院を対象に、2026年４月13日から同年６月１日（必着）までの間、地方厚生局において DPC 準備病院に係る届出の受付が臨時的に行われている。すでに DPC 準備病院である病院が2026年度以降も引き続き DPC 準備病院として継続する場合には、新たな届出は不要とされている。