

第1部

令和8年度診療報酬改定における 「個別改定項目について」

本年6月1日から診療報酬が改定されます。本書は、今回の改定に関する資料をとり急ぎまとめたものです。今後、変更がありうるため、官報及び通知の内容を改めて確認する必要があることにご留意ください。

個別改定項目について（抄）

（令和8年2月13日 中央社会保障医療協議会）

【Ⅱ－1－1 患者のニーズ，病院の機能・特性，地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑮】

⑮ D P C / P D P S の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い，必要な見直しを行う。

2. 医療機関別係数の見直し

（1）基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定についての基本的な考え方は従前の設定方法を維持し，3つの医療機関群（大学病院本院群，D P C 特定病院群及びD P C 標準病院群）を設定する。D P C 特定病院群については，従前の設定要件及び基準値の考え方を維持し，改定に伴う必要な見直しを行う。また，D P C 標準病院群のうち，以下のいずれかに該当する医療機関（以下「D P C 標準病院群1」という。）については，それ以外の医療機関（以下「D P C 標準病院群2」という。）と基礎係数の評価を区別する（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。）。

- ①救急車等による搬送により入院した患者数が年間で700人以上であること。
- ②救急車等による搬送により入院した患者数が年間で200人以上であり，全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。
- ③人口20万人以下の二次医療圏に所在する保険医療機関であって，当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち，救急車等による搬送により入院した患者数が最大であり，かつ，年間で400人以上であること。
- ④離島のみで構成されている二次医療圏に所在する保険医療機関であって，当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち，救急車等による搬送により入院した患者数が最大であること。

（2）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し，改定に伴う必要な見直しを行う。

（3）機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数

複雑性係数の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，D P C 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（別表2参照）。

また、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（別表4参照）。

その他の機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数については、従前の評価方法を維持し、再設定を行う（別表2～別表4参照）。

（4）激変緩和係数

従前の考え方を維持し、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%を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する（診療報酬改定のない年度の当該係数は0とする。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、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、改めて当該医療機関の出来高実績点数に代えて、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%となるように措置を行う。

3. 診断群分類の見直し

（1）診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

（2）点数設定方式A～Cにおける入院期間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、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、包括点数の再設定を行う。

（3）新型コロナウイルス感染症に係る取扱いの見直し

医療資源を最も投入した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。

4. 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よう、要件を見直す。

5. 退院患者調査の見直し

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。

別表2 <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和8年度）>（下線部太字が見直し内容）

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
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<u>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）。</u></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〕</u></p> <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>
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>

評価対象：令和6年10月1日～令和7年9月30日データ

別表3 <救急補正係数の具体的な評価内容（令和8年度）>

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>
--------	---------------------------------	---

評価対象：令和6年10月1日～令和7年9月30日データ

別表4 <体制評価指数の具体的な評価内容（令和8年度）>（下線部太字が見直し内容）

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	<p>がんの地域連携体制への評価（0.5P）</p> <p>医療機関群ごとにごん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）</p>	<p>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傷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〕</p> <p>「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）</p>	<p>・「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）</p> <p>・「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</p>	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<p>・t-PA療法の実施を評価（0.25P）</p> <p>・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）</p> <p>・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）</p> <p>※ いずれかの最大値で評価</p>		
心筋梗塞等の心血管疾患	<p>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）</p> <p>急性大動脈解離の手術実績（0.5P）</p>	<p>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</p> <p>入院中にK5601～K5605, K560-21～K560-23, K56124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</p>		
精神疾患	精神科入院医療への評価	<p>・A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P）</p> <p>・A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績（1P）</p>		
災害	災害時における医療への体制を評価	<p>・災害拠点病院の指定（0.5P）</p> <p>・DMATの指定（0.25P）</p> <p>・EMISへの参加（0.25P）</p> <p>・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）</p>		
周産期	周産期医療への体制を評価	<p>「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）</p>	<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）</p> <p>・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</p>	

評価項目	概要	D P C標準病院群	大学病院本院群	D P C特定病院群
へき地	へき地の医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> 「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） 		
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	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）	<ul style="list-style-type: none"> 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	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> 第一種協定指定医療機関に該当（0.5P） 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） 		
治験等の実施	治験や臨床研究等の実績を評価	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"> 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	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	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）	<ul style="list-style-type: none"> 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）（令和9年度以降の評価）		
医療の質向上に向けた取組	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	<ul style="list-style-type: none"> 医療の質指標に係るD P C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	医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価	（評価は行わない）	<ul style="list-style-type: none"> 「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。）（1P） 	（評価は行わない）
地域の需要変動への応答性	地域の需要変動へ柔軟に対応できる体制を評価	各医療機関のD P C算定病床数に占める各日の入院患者数（D P C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（大学病院本院群は14項目）で評価

（1項目最大1P、上限は大学病院本院群：11P、D P C特定病院群：10P、D P C標準病院群：8P。**下限は0P。**）

評価対象：令和6年10月1日～令和7年9月30日データ

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

(物価対応)

- 2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

(賃上げ)

- 3 賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

(病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア)

- 4 看護業務や医師の事務作業等の更なる向上や業務効率化・負担軽減を推進する観点から導入した、看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制、ICT、AI、IoT等の活用による看護職員等の配置基準の柔軟化、専従業務の柔軟化等について、職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保等の観点から、病棟の種別ごとに今回改定による影響を幅広く調査・検証するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算を新設したことによる影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討すること。
- 6 特定集中治療室管理料等、高度急性期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、重症度、医療・看護必要度の項目、SOFASコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた高齢者救急受入れや三次救急医療機関の評価の在り方について、介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点も含め、引き続き検討を行うこと。

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（新旧対照表）

（下線部分は改正部分）

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>本文</p> <p>5 【項目の見直し】</p>	<p>1～4 （略）</p> <p>5 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げるいずれかの区分番号に係る届出を行っていること。</p> <p>イ A100一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料に限る。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>二～七 （略）</p>	<p>1～4 （略）</p> <p>5 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げるいずれかの区分番号に係る届出を行っていること。</p> <p>イ A100一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>二～七 （略）</p>
<p>別表</p> <p>2 【項目の見直し】</p>	<p>別表</p> <p>1 （略）</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号 <u>A200</u>、<u>A204-2</u>、<u>A204-4</u>からA206まで、<u>A207-3</u>の注4、<u>A208</u>からA213まで、<u>A214</u>の注4、<u>A219</u>から<u>A233-3</u>まで、<u>A234-3</u>から<u>A242-2</u>まで、<u>A243-2</u>、<u>A244</u>（3に限る。）、<u>A246</u>から<u>A251</u>まで、<u>A253</u>及び<u>A255</u>に掲げる費用</p> <p>(3)～(5) （略）</p> <p>(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第8号に掲げる画像診断管理加算2、画像診断管理加算3及び画像診断管理加算4、<u>通則第7号に掲げる画像診断管理加算2（一部委託を行う場合）並びに区分番号E003（3のイ（注1及び注2を含む。）に規定する費用に限る。）</u>に掲げる費用</p> <p>(7) （略）</p> <p>(8) 処置の費用のうち、区分番号 <u>J001</u>（5に限る。）、<u>J003</u>、<u>J003-3</u>、<u>J003-4</u>、<u>J007-2</u>、<u>J010-2</u>、<u>J017</u>、<u>J017-2</u>、<u>J027</u>、<u>J034</u>、<u>J034-3</u>、<u>J038</u>から<u>J042</u>まで、<u>J043-6</u>、<u>J043-7</u>、<u>J045</u>（3のイに限る。）、<u>J045-2</u>、<u>J045-3</u>、<u>J047</u>、<u>J047-2</u>、<u>J049</u>、<u>J052-2</u>、<u>J054-2</u>、<u>J062</u>、<u>J062-2</u>、<u>J006-5</u>、<u>J118-4</u>、<u>J122</u>（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、<u>J123</u>から<u>J128</u>まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、<u>J129</u>（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、<u>J129</u>（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及び<u>J129-2</u>（2に限る。）</p>	<p>別表</p> <p>1（略）</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) （略）</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号 <u>A200-2</u>、<u>A204-2</u>、<u>A205</u>からA206まで、<u>A207-3</u>の注4、<u>A208</u>からA213まで、<u>A214</u>の注4、<u>A219</u>から<u>A233-2</u>まで、<u>A234-3</u>から<u>A242-2</u>まで、<u>A243-2</u>、<u>A244</u>（2に限る。）、<u>A246</u>から<u>A251</u>まで及び<u>A253</u>に掲げる費用</p> <p>(3)～(5) （略）</p> <p>(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2、画像診断管理加算3及び画像診断管理加算4並びに区分番号E003（3のイ（注1及び注2を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用</p> <p>(7) （略）</p> <p>(8) 処置の費用のうち、区分番号 <u>J001</u>（5に限る。）、<u>J003</u>、<u>J003-3</u>、<u>J003-4</u>、<u>J007-2</u>、<u>J010-2</u>、<u>J017</u>、<u>J017-2</u>、<u>J027</u>、<u>J034-3</u>、<u>J038</u>から<u>J042</u>まで、<u>J043-6</u>、<u>J043-7</u>、<u>J045-2</u>、<u>J047</u>、<u>J047-2</u>、<u>J049</u>、<u>J052-2</u>、<u>J054-2</u>、<u>J062</u>、<u>J116-5</u>、<u>J118-4</u>、<u>J122</u>（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、<u>J123</u>から<u>J128</u>まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、<u>J129</u>（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及び<u>J129-2</u>（2に限る。）</p>

第2部

告 示

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

○厚生労働省告示第九十六号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書の規定に基づき、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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号。以下「指定病院算定方法」という。）の一部を次のように改正し、令和八年六月一日から適用する。ただし、同年四月三十日以前に診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和八年厚生労働省告示第六十九号）による改正前の診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院し、この告示による改正前の指定病院算定方法別表（以下「旧別表」という。）により費用を算定した者であつて、同年六月一日以降引き続きこの告示による改正後の指定病院算定方法別表（以下「新別表」という。）により費用を算定するものについて、同年五月二十日以前における療養に適用した旧別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）と同月三十一日における療養に適用する診断群分類区分とが異なる場合には、同年四月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について同年五月三十一日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、同月分の費用の額を算定する際の旧別表に規定する点数において調整し、当該者について新別表16の規定を適用

する場合においては、新別表16中「調整日の属する月の前月」とあるのは「令和八年六月から調整日の属する月の前月」と、「同月」とあるのは「同年六月から調整日の属する月の前月」と読み替えるものとし、入院期間の起算日は入院の日とする。

令和八年三月十八日

厚生労働大臣 上野賢一郎

本則を次のように改める。

- 1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であつて、別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次の各号のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十

別表

1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に20の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。

2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。

イ 所定点数に含まれる費用

- (1) 第1章第2部第1節入院基本料
- (2) 第1章第2部第2節入院基本料等加算
- (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術等基本料
- (4) 第2章第1部医学管理等の費用
- (5) 第2章第3部検査の費用
- (6) 第2章第4部画像診断の費用
- (7) 第2章第5部投薬の費用
- (8) 第2章第6部注射の費用
- (9) 第2章第7部第2節薬剤料
- (10) 第2章第8部第2節薬剤料
- (11) 第2章第9部処置の費用
- (12) 第2章第13部第1節病理標本作製料

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

- (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4及び注5、A104の注5及び注10並びにA105の注3及び注4に掲げる費用
- (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A200、A204-2、A204-4からA206まで、A207-3の注4、A208からA213まで、A214の注4、A219からA233-3まで、A234-3からA242-2まで、A243-2、A244（3に限る。）、A246からA251まで、A253及びA255に掲げる費用
- (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用
- (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-3まで及びB001-6からB015までに掲げる費用
- (5) 検査の費用のうち、区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2までに掲げる費用
- (6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第8号に掲げる画像診断管理加算2、画像診断管理加算3及び画像診断管理加算4、通則第7号に掲げる画像診断管理加算2（一部委託を行う場合）並びに区分番号E003（3のイ（注1及び注2を含む。））に規定する費用に限る。）に掲げる費用
- (7) 注射の費用のうち、区分番号G020に掲げる費用
- (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J003-3、J003-4、J007-2、J010-2、J017、J017-2、J027、J034、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045（3のイに限る。）、J045-2、J045-3、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J062-2、J116-5、J118-4、J122（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びJ129-2（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用し

た保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分040(Ⅱ)及び(Ⅲ)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用

(9) 病理標本作製料のうち、区分番号N003に掲げる費用

(10) HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用

(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性化型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第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抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第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

3 所定点数に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	10,144点
	(4日以上7日以内の期間)	9,005点
	(8日以上14日以内の期間)	7,659点
	(15日以上30日以内の期間)	8,164点
	(31日以上60日以内の期間)	8,371点
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	8,388点
	(4日以上7日以内の期間)	7,394点
	(8日以上14日以内の期間)	6,234点
	(15日以上30日以内の期間)	6,739点
(31日以上60日以内の期間)	6,946点	
注1	当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	
イ	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）第九の二の(3)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において行った場合	
		7,000点

診断群分類点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 ₁	手術・処置等 ₂	定義副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1	010010x9901xx	脳腫瘍	なし	なし	1あり			6	18	60	3,556	2,559	2,175
2	010010x9902xx	脳腫瘍	なし	なし	2あり			1	11	30	22,871	1,902	2,241
3	010010x9903xx	脳腫瘍	なし	なし	3あり			8	16	60	2,799	1,986	1,688
4	010010x9904xx	脳腫瘍	なし	なし	4あり			10	20	60	3,139	2,232	1,897
5	010010x9905xx	脳腫瘍	なし	なし	5あり			2	11	60	4,199	2,618	2,225
6	010010x9906xx	脳腫瘍	なし	なし	6あり			3	8	30	2,946	2,242	1,906
7	010010x9907xx	脳腫瘍	なし	なし	7あり			3	8	30	4,323	2,470	2,099
8	010010x9908xx	脳腫瘍	なし	なし	8あり			16	34	90	3,076	2,242	1,906
9	010010x990Axx	脳腫瘍	なし	なし	Aあり			6	14	60	9,599	3,791	3,223
10	010010x9917xx	脳腫瘍	なし	あり				2	3	30	4,355	3,213	2,731
11	010010x97x0xx	脳腫瘍	その他の手術あり		なし			7	15	60	3,290	2,305	1,959
12	010010x97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			13	36	120	3,438	2,450	2,082
13	010010x97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			15	29	90	3,065	2,174	1,848
14	010010x97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			18	36	90	3,139	2,227	1,893
15	010010x97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			12	23	60	3,276	2,324	1,976
16	010010x97x7xx	脳腫瘍	その他の手術あり		7あり			13	27	60	3,231	2,323	1,974
17	010010x97x8xx	脳腫瘍	その他の手術あり		8あり			29	57	120	3,045	2,160	1,836
18	010010x97x9xx	脳腫瘍	その他の手術あり		9あり			30	59	120	3,187	2,244	1,907
19	010010x03x00x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	なし		9	17	60	3,330	2,247	1,910
20	010010x03x01x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	あり		15	30	90	3,276	2,312	1,965
21	010010x03x10x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	なし		13	27	90	3,404	2,290	1,947
22	010010x03x11x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	あり		23	48	120	3,461	2,510	2,134
23	010010x03x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			14	29	90	3,864	2,430	2,029
24	010010x03x3xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり			22	43	90	3,010	2,115	1,798
25	010010x03x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			25	50	120	3,302	2,356	2,003
26	010010x03x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			16	31	90	3,413	2,420	2,057
27	010010x03x8xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		8あり			34	67	120	3,045	2,160	1,836
28	010010x03x9xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		9あり			35	69	120	3,370	2,390	2,032
29	010010x02x0xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		なし			9	18	60	3,795	2,447	2,073
30	010010x02x1xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		1あり			15	31	90	3,635	2,352	1,999
31	010010x02x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		2あり			13	25	60	4,922	2,736	2,293

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

○厚生労働省告示第九十七号

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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）第一項第五号の規定に基づき、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（平成二十四年厚生労働省告示第四百四十号）の一部を次のように改正し、令和八年六月一日から適用する。

令和八年三月十八日

厚生労働大臣 上野賢一郎

次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
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二項第五号に規定する厚生労働大臣が別に定める者は、次に掲げる患者とする。	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に規定する厚生労働大臣が別に定める者は、次に掲げる患者とする。
一 次に掲げる診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科占拠表」という。）に規定する検査又は手術を受ける患者	一 次に掲げる診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表に規定する検査又は手術を受ける患者
イ D41516 <u>壁側胸腺凍結生検法</u>	イ D41213 <u>経頸動脈的肝生検</u>
ロ K022 <u>組織拡張器による再建手術（一連につき）</u> 1	ロ K01313 <u>自家皮膚非培養細胞移植術</u>
乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものに限る。）	
ハ K02214 <u>静脈奇形硬化療法（一連につき）</u>	ハ K02213 <u>慢性膿皮症手術</u>
ニ K05313 <u>骨悪性腫瘍、類骨腫瘍及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）</u>	ニ K05312 <u>骨悪性腫瘍、類骨腫瘍及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）</u>
ホ K05413 <u>脛骨遠位骨切り術</u>	ホ K05514 <u>大腿骨遠位骨切り術</u>
ヘ K05913 <u>軟骨修復材移植術</u>	ヘ K06914 <u>関節鏡下半月板制動術</u>
ト K05914 <u>軟骨修復材移植術（関節鏡下）</u>	ト K07613 <u>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）</u>
チ K08218 <u>人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）</u>	チ K07712 <u>肩甲骨鳥口突起移行術</u>
リ K14219 <u>腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）</u>	リ K08015 <u>関節鏡下肩関節唇形成術 3 関節鏡下肩甲骨鳥口突起移行術を伴うもの</u>
ス K154 <u>機能的定位脳手術 1 てんかんの場合</u>	ス K08217 <u>人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）</u>
ル K25914 <u>培養ヒト角膜内皮細胞移植術</u>	ル K14713 <u>緊急頸頭血腫除去術</u>
リ K27612 <u>経皮的選択的眼動脈注薬術</u>	リ K17612 <u>脳硬膜血管結紮術</u>

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

○厚生労働省告示第九十八号

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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表19の規定に基づき、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（平成二十年厚生労働省告示第九十五号）の一部を次のように改正し、令和八年六月一日から適用する。

令和八年三月十八日

厚生労働大臣 上野賢一郎

表を次のように改める。



番号	疾患コード	傷病名 ICDコード	手術 区分番号等	手術・処置等1 区分番号等	手術・処置等2 区分番号等	定義副傷病名 疾患コード		
1から 35まで	010010	脳腫瘍 C700, C709, C71, C722, C723, C724, C793, D320, D329, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D420, D429, D430, D431, D432, D433, D437, D439, G131, G132	<p>その他の手術あり</p> <p>この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術</p> <p>頭蓋内腫瘍摘出術等: K169, K151-2, K167, K170, K171, K171-2, K154, K011, K149 (2に限る。), K168, K150, K161, K169-2, K169-3</p> <p>頭蓋内腫瘍摘出術+: K169+K939-2, K169-2+K939-術中血管等描出撮影: 2, K169-3+K939-2加算等</p> <p>頭蓋内腫瘍摘出術+: K169+注2加算 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算</p>	なし	なし	なし	<p>ペムブロリズマブ、テモゾロミド（注射薬に限る。）、ベバシズマブ、テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）、エベロリムス、メトトレキサート（注射薬に限る。）、M001-2、化学療法、放射線療法、E101, E101-2 (1に限る。), E101-2 (2に限る。), E101-2 (3に限る。), E101-2 (4に限る。), E101-2 (5に限る。), G005, J045 なし</p>	あり :040080
			あり	E003 (3の1に限る。) なし	1あり :G005, J045			
					2あり :E101, E101-2 (1に限る。), E101-2 (2に限る。), E101-2 (3に限る。), E101-2 (4に限る。), E101-2 (5に限る。)			
					3あり :化学療法なしかつ放射線療法あり			
					4あり :化学療法ありかつ放射線療法あり			
					5あり :化学療法ありかつ放射線療法なし			
					6あり :M001-2			
					7あり :メトトレキサート（注射薬に限る。）			
					8あり :テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）、エベロリムス			
					9あり :ベバシズマブ			
					Aあり :テモゾロミド（注射薬に限る。）			

第3部

通知

- 全診断群分類ツリー図
- 全診断群分類定義テーブル

主要診断群（MDC：Major Diagnostic Category）	
MDCコード	MDC名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患，肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患，先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

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

標記については、本日、「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。以下「算定告示」という。）が告示され、令和 8 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、実施上の留意事項は下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、令和 8 年 6 月 1 日から適用することとし、従前の「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」（令和 6 年 3 月 21 日保医発 0321 第 6 号）は、令和 8 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 D P C 対象患者について

- 1 D P C 対象患者は、算定告示に定める診断群分類点数表に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当する入院患者とする。
- 2 1 にかかわらず、次に掲げる患者に係る療養の給付に要する費用の額は、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）若しくは別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養

費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 496 号）により算定する。

- (1) 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
- (2) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 1 条各号に規定する評価療養又は第 1 条の 2 に規定する患者申出療養を受ける患者
- (3) 臓器の移植術を受ける患者であって、医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの

ア K 0 1 4 皮膚移植術（生体・培養）

イ K 0 1 4 - 2 皮膚移植術（死体）

ウ K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術

エ K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

オ K 6 0 5 - 2 同種心移植術

カ K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術

キ K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術

ク K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術

ケ K 7 0 9 - 3 同種死体膵移植術

コ K 7 0 9 - 5 同種死体膵腎移植術

サ K 7 0 9 - 6 同種死体膵島移植術

シ K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術

ス K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術

セ K 7 8 0 同種死体腎移植術

ソ K 7 8 0 - 2 生体腎移植術

タ K 9 2 2 造血幹細胞移植

- (4) 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

ア A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

イ A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

ウ A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料

エ A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

オ A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料（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直前に療養に要する費用の額を算定告示別表により算定していた患者を除く。）

カ A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

キ A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

ク A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

ケ A 4 0 0 短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 に限る。）

- (5) 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（平成 24 年厚生労働省告示第 140 号。以下「五号告示」という。）に該当する患者

なお、基本診療料の施設基準等の別表第十一の短期滞在手術等基本料に係る手術等の三に

