

第 3 部

關係通知（案）

保医発 第 号
平成 年 月 日

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 殿
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

厚生労働省保険局医療課長
(公印省略)

D P C 制度への参加等の手続について

標記について、「D P C 制度への参加等の手続きについて」を別添のとおり定め、平成28年4月1日から適用するので、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、従前の「D P C 制度への参加等の手続きについて」については、平成28年3月31日限り廃止する。

第1 DPC対象病院

1 DPC対象病院の基準について

- (1) DPC対象病院とは、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱ（平成24年厚生労働省告示第165号）（以下「係数告示」という。）別表第一から第三の病院の欄に掲げる病院とする。
- (2) DPC対象病院とは、以下の基準を満たす病院とする。
 - ① 急性期入院医療を提供する病院として、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。）に掲げるA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。また、急性期入院医療を担う病院として、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。
 - ② 医科点数表に掲げるA207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。なお、診療録管理体制加算1の届出を行っていることが望ましい。
 - ③ 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20年厚生労働省告示第93号）（以下「算定告示」という。）第5項第三号の規定に基づき実施される調査（以下「DPC調査」という。）に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出すること。
 - ④ ③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、調査期間1月あたりの（データ/病床）比が0.875以上であること。

ア データ数

調査期間中において、診断群分類点数表による算定の対象となる病床に入院していた患者に係る提出データ数（診断群分類点数表による算定の対象外となる患者（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（平成24年厚生労働省告示第140号）に定める患者を除く。）に係るデータ等は除外する。）とする。

イ 病床数

~~当該病院における一般病棟における病床のうち、診断群分類点数表による算定の対象外となる病棟（A106障害者施設等入院基本料、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、A400短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料3を除く。）における病床等を除いたものであり、以下に掲げるものに係る届出を行っている病床の入院基本料等を算定することを地方厚生（支）局へ届け出ている病床数を合算したものとする。~~

- 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
- 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

- ⑤ 「適切なコーディングに関する委員会（以下「コーディング委員会」という。）」を設置し、年~~4~~回以上（開催月と同月内に2回以上開催した場合、2回目以降の開催は当該基準である4回には含まない。開催月の翌月の初日から起算して6か月以内に開催すること。）当該委員会を開催しなければならない。なお、当該委員会は毎月開催することが望ましい。

また、DPC調査等において、コーディング委員会の開催を確認できなかった場合は、確認後1月以内にコーディング委員会を開催するとともに地方厚生（支）局へ使用した資料を提出すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものであって、診療報酬の多寡に関する議論を行う場ではないことに留意すること。また、コーディング委員会の開催に当たっては、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とし、実症例を扱う際には当該症例に携わった医師等の参加を求めるものとする。~~する委員会のことをいう。~~

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会とみなすことができる。ただし、当該委員会の設置規程等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年~~4~~回以上、委員会を開催すること。当該委員会はコーディング委員会と同様、毎月開催することが望ましい。

また、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（厚生労働省保険局医療課）」を活用することが望ましい。

2 DPC制度への参加について

- (1) DPC制度への参加とは、当該医療機関名が係数告示別表第一から第三の病院の欄に掲載されることをいう。
- (2) DPC制度への参加時期・参加要件について
 - ① DPC制度への参加時期は、診療報酬改定時とする。
 - ② DPC制度に参加できる病院は、~~DPC制度に参加することを希望しているDPC準備~~病院であって、DPC制度への参加の届出を行う時点において、1の(2)に定めるDPC対象病院の基準を全て満たしている病院であること。なお、1の(2)の④については、

診療報酬改定に使用する当該病院のデータ（当該病院がD P C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。

(3) D P C制度への参加の届出について

~~D P C準備病院であって、~~D P C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か月前までに、別紙1「D P C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こととする。なお、当該届出書の受付については、厚生労働省において診療報酬改定の6か月前以前の一定期間を受付期間として設定し各D P C準備病院に連絡するので、当該期間に提出すること。

3 D P C対象病院の合併又は分割について

(1) D P C対象病院の合併について

D P C対象病院が、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外を含む。）と合併の予定があり、合併後もD P C制度への継続参加を希望している場合は、合併（予定）年月日の6か月前までに、別紙2「D P C対象病院等の合併に係る申請書」及び別紙3「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」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こと。

(2) D P C対象病院の分割について

D P C対象病院が分割の予定があり、分割後もD P C制度への継続参加を希望している場合は、分割（予定）年月日の6か月前までに、別紙4「D P C対象病院等の分割に係る申請書」及び別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」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こと。

(3) D P C制度に継続参加を希望する場合は、合併又は分割の対象となる病院全てが、原則として以下の基準を満たしていること。

- ① 合併の場合は、合併前の主たる病院がD P C対象病院であること。
- ② 申請の直近1年以上、継続してデータが提出されていること。
- ③ 申請の直近1年の（データ／病床）比が1か月あたり0.875以上であること。

(4) 合併又は分割に係る申請の審査について

(1) 又は(2)の申請書が提出された場合、(3)に掲げる基準及び申請書の記載内容からD P C制度への継続参加の可否について中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。申請が認められた場合は、合併又は分割後もD P C対象病院としてD P C制度に継続参加するものとする。

(5) 申請が認められなかった場合について

申請が認められなかった病院は、合併又は分割年月日にD P C制度から退出するものとする。この場合、当該病院は別紙6「D P C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こと（合併又は分割年月日の前々月の初日以降新たに入院する患者から医科点数表による算定を行うものとする。）。

(6) ~~審査後の~~決定内容~~については、予め~~当該病院に通知するものとし、通知した決定~~案~~に不服がある病院は、1回に限り別紙9に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、申請内容の可否を決定するものとする。また、当該

審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

(7) 申請が認められた病院が以下の基準を満たしていないことが確認された場合は、確認された月の4か月後の初日にDPC制度から退出するものとする。

- ① 合併又は分割年月日の直近1年間のデータが遅滞なく提出されていること。
- ② 合併又は分割年月日の直近1年間の（データ／病床）比が1か月あたり0.875以上であること。
- ③ 合併又は分割後、6か月以上のデータが遅滞なく提出されていること。
- ④ 合併又は分割後、6か月の（データ／病床）比が1か月あたり0.875以上であること。

この場合、当該病院は別紙6「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こと。なお、第2の1の（1）の基準を満たしており、別紙6「DPC制度からの退出に係る届出書」と併せて、別紙11「DPC準備病院届出書」及び別紙12「DPC準備病院届出書（別紙）」を提出した場合は、DPC準備病院となることができる。

4 DPC制度からの退出について

(1) DPC制度からの退出日と診療報酬の取扱い

① 退出日について

DPC制度からの退出日とは、全ての入院患者について、医科点数表により算定を行うこととなる日をいう。

② 診療報酬の取扱い

DPC制度から退出する場合は、退出日の前々月の初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ものとする。

(例) 4月1日退出の場合

ア 1月31日以前に入院した患者は、3月31日までは診断群分類点数表にて算定し、4月1日以降は医科点数表にて算定

イ 2月1日以降新たに入院した患者は、2月1日より医科点数表にて算定

(2) 退出の手続き

① 通常の場合

DPC制度から退出する意向がある病院（特定機能病院を除く。）は、直前に予定している診療報酬改定の6か月前までに、別紙6「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こととし、当該届出を行った病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせてDPC制度から退出するものとする。（診療報酬改定の前々月初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ものとする。）

なお、当該届出の内容は、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

② DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合

ア 1の（2）の①又は②の基準を満たさなくなった場合

該当する病院（特定機能病院を除く。）は、別紙7「DPC対象病院の基準に係る届出書」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こ

とし、3か月間の猶予期間を設け、基準を満たさなくなった日から起算して3か月を超えてもなお基準を満たせない場合には、3か月を超えた月の3か月後の初日にDPC制度から退出するものとする。（3か月の猶予期間を超えた翌月初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ものとする。）この場合、当該病院は速やかに別紙6「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こと。――

イ 1（2）③又は⑤の基準を満たさなくなった場合

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、該当する病院（特定機能病院を除く。）が基準を満たしているかを中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとし、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か月後の初日にDPC制度から退出するものとする（決定された月の翌々月初日以降新たに入院する患者から医科点数表による算定を行うものとする。）。この場合、当該病院は速やかに、別紙6「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こと。

なお、審査後の決定内容は当該病院に通知するものとし、通知した決定に不服がある病院は、1回に限り別紙9に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査及び決定するものとする。

ウ 1の（2）の④の基準を満たさなくなった場合

~~については、当該病院における各年10月から翌年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~~各年10月から翌年9月までのデータにより判定~~判断~~し、基準を満たしていない病院に対して結果を通知するものとする。当該基準を満たしていない病院（特定機能病院を除く。）は、判定後の直近の翌年4月1日にDPC制度から退出するものとする（判定後の直近の翌年2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ものとする。）。この場合、当該病院は速やかに、別紙6「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こと。

③ 特別の理由により緊急に退出する必要がある場合

特別の理由により、上記①、②の手続きによらず緊急に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、別紙8「DPC制度からの退出に係る届出書（特別の理由がある場合）」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こと。

当該届出が行われた場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課にて審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。退出が認められた場合には、認められた月の4か月後の初日にDPC対象病院から退出するものとする（退出が認められた月の翌々月初日以降新たに入院する患者から医科点数表による算定を行うものとする。）。~~また、決定内容については当該病院に対し通知することとする。~~

なお、審査後の決定内容案~~については、予め~~当該病院に通知するものとし、通知した決

定~~案~~に不服がある病院は、1回に限り別紙9に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

(特別な理由の例)

- 医師の予期せぬ退職等により、急性期入院医療を提供することが困難となった場合
- 当該病院の地域での役割が変化し、慢性期医療を提供する病院となった場合
- 「D P C導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できなくなった場合

④ 保険医療機関を廃止する場合

保険医療機関を廃止することにより、D P C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10「保険医療機関廃止に伴うD P C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こと。

(3) 退出する場合の患者への周知について

D P C制度から退出する病院においては、当該病院が算定告示により費用を請求しなくなる旨を退出決定後速やかに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しなければならない。

(4) 退出した病院のD P C調査への参加について

① 通常の場合

診療報酬改定の時期に合わせてD P C制度から退出した病院は、次回診療報酬改定までの間、D P C調査に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

なお、第2の1の(1)の基準を満たしており、別紙6「D P C制度からの退出に係る届出書」と併せて、別紙11「D P C準備病院届出書」及び別紙12「D P C準備病院届出書（別紙）」を提出した場合は、D P C準備病院となることができる。

② D P C対象病院の基準を満たさなくなった場合

1の(2)に定めるD P C対象病院の基準のうち、~~①、②又は④~~を満たさないことによりD P C制度から退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、D P C調査に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

なお、第2の1の(1)の基準を満たしており、別紙6「D P C制度からの退出に係る届出書」と併せて、別紙11「D P C準備病院届出書」及び別紙12「D P C準備病院届出書（別紙）」を提出した場合は、D P C準備病院となることができる。

③ D P C対象病院の合併又は分割後のD P C制度への継続参加が認められなかった場合等

3の(5)又は(7)に該当しD P C制度から退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、D P C調査に適切に参加しなければならないものとする。

ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

なお、第2の1の（1）の基準を満たしており、別紙6「DPC制度からの退出に係る届出書」と併せて、別紙11「DPC準備病院届出書」及び別紙12「DPC準備病院届出書（別紙）」を提出した場合は、DPC準備病院となることができる。

④ 特別の理由により緊急に退出する必要がある場合

特別の理由により緊急に退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、DPC調査に適切に参加しなければならないものとする。

第2 DPC準備病院

1 DPC準備病院の基準について

（1）DPC準備病院とは、DPC制度に参加することを希望している病院であって、以下の基準を満たす病院をいう。

① 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表に掲げるA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること、又は当該基準を満たすべく計画を策定していること。

② 医科点数表に掲げるA207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、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こと

③ DPC調査に適切に参加し、入院診療に係るデータを提出すること。また、外来診療に係るデータを提出することが望ましい。

④ コーディング委員会を設置し、年~~4~~回以上（開催月と同月内に2回以上開催した場合、2回目以降の開催は当該基準である4回には含まない。~~開催月の翌月の初日から6か月以内に開催すること。~~）当該委員会を開催しなければならない。なお、当該委員会は毎月開催することが望ましい。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会とみなすことができる。ただし、当該委員会の設置規程等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年~~4~~回以上、委員会を開催しなければならない。当該医療機関はコーディング委員会と同様、毎月開催することが望ましい。

また、コーディング委員会を開催時には、「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト（厚生労働省保険局医療課）」を活用することが望ましい。

（2）DPC準備病院となることを希望する病院は、別紙11「DPC準備病院届出書」及び別紙12「DPC準備病院届出書（別紙）」を地方厚生（支）局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

なお、新たにDPC準備病院を募集する場合は、募集期間等について中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、厚生労働省ホームページにおいて周知を行うものとする。

2 DPC準備病院の辞退について

DPC準備病院を辞退する場合は、別紙13「DPC準備病院辞退届」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こと。

3 D P C 準備病院の合併又は分割について

D P C 準備病院が D P C 準備病院等（D P C 対象病院以外）と合併の予定があり、合併後も D P C 準備病院として継続を希望している場合、又は D P C 準備病院が分割の予定があり、分割後も D P C 準備病院として継続を希望している場合は、第 1 の 3 に準じた取扱いとする。

第 3 その他

1 患者への周知等

(1) D P C 対象病院においては、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 ~~することもなければならない。~~

また、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~~ ~~なければならない。~~

(2) 包括範囲内の診療行為がわかる明細書の交付については、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成 年 月 日付け保発 第 号）により取り扱うこと。

2 名称等の変更

~~係数告示に定める D P C 対象~~病院及び D P C 準備病院の名称 ~~又は及び~~所在地が変更となる場合には、遅くとも 2 か月前までに、別紙14「D P C 対象病院等名称変更届」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こと。

(別紙1)

D P C 制度への参加に係る届出書

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。^(※1)
- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- 「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。
 ~~入院診療データ及び外来診療データを提出できる。~~
- 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年4-2回以上、当該委員会を開催することができる。

当院は、上記基準の~~全すべて~~を満たしているので、届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注意事項)

※1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。

(別紙2)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

(保険医療機関名称)

次の _____ と、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に合併を予定しています。

合併後も D P C 対象 (準備) 病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望しています。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）がD P C対象病院等と合併の予定があり、合併後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、合併（予定）年月日の6か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙3「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の合併に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。
- ※5 審査後の決定内容案については、~~予め~~当該病院に通知するものこととし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙9「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じて中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙3)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書 (別紙)

	合併前病院① (※1)	合併前病院② (※1)	合併後病院 (※1)
保険医療機関コード			変更の 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者(予定)			
保険医療機関の所在地 (予定)			
所属する医療圏(予定)			
総病床数(予定)			
D P C 算定病床数(予定)			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ			有 ・ 無
病院職員(医師、看護師 等)の引き継ぎ			有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届 出(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
適切なコーディネィングに関 する委員会の設置 (予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「合併前病院①」・・・合併にあたり主となる病院

「合併前病院②」・・・合併にあたり従となる病院

「合併後病院」・・・合併後の病院

(別紙4)

D P C対象病院等の分割に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

平成_____年_____月_____日に、

(保険医療機関名称(予定))

_____と、

(保険医療機関名称(予定))

_____に分割を予定しています。

分割後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望しています。

平成_____年_____月_____日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）が分割の予定があり、分割後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、分割（予定）年月日の6か月前までに、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と。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の分割に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度の継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。
- ※5 審査後の決定~~内容案については~~、~~争め~~当該病院に通知するものこととし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙9「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙5)

D P C 対象病院等の分割に係る申請書 (別紙)

	分割前病院 (※1)	分割後病院① (※1)	分割後病院② (※1)
保険医療機関コード		変更の 有 ・ 無 ・ 不明	変更の 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者 (予定)			
保険医療機関の所在地 (予定)			
所属する医療圏 (予定)			
総病床数 (予定)			
D P C 算定病床数(予定)			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
病院職員(医師、看護師 等)の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届 出(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
適切なコーディングに 係る委員会の設置(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
分割後のD P C 制度継続 参加の希望の有無		有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「分割前病院」・・・分割前の病院

「分割後病院①」・・・分割後に主となる病院

「分割後病院②」・・・分割後に従となる病院

(別紙6)

D P C 制度からの退出に係る届出書

(退出理由)

当院は、上記理由により、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本退出届を直前に予定している診療報酬改定の6か月前までに提出した病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせてDPC制度から退出する。(診療報酬改定の前々月初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ものとする。)
- ※2 DPC対象病院の基準について猶予期間(3か月)を超えてもなお基準を満たせない病院は、猶予期間終了後速やかに本退出届を提出することとし、当該病院は3か月の猶予期間を超えた月の3か月後の初日にDPC制度から退出する。(3か月の猶予期間を超えた翌月初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ものとする。)
- ※3 DPC対象病院等の合併又は分割後のDPC制度への継続参加が認められなかった病院は、速やかに本退出届を提出することとし、合併又は分割年月日にDPC制度から退出する。また、DPC制度への継続参加が認められた病院が合併又は分割時点及び合併又は分割後の継続参加の基準を満たしていない場合は、本退出届を提出すること。基準を満たしていないことが確認された月の4か月後の初日にDPC制度から退出する。
- ※4 通常の場合によりDPC制度から退出した病院(診療報酬改定の時期に合わせてDPC制度から退出した病院)は、次回診療報酬改定までの間、「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105 専門病院入院基本料を算定している場合に限る。
- ※5 DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合によりDPC制度から退出した病院~~(第1の1の(2)に定めるDPC対象病院の基準のうち、①、②及び④を満たさないことによりDPC制度から退出した病院に限る。)~~は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105 専門病院入院基本料を算定している場合に限る。
- ※6 DPC対象病院等の合併又は分割後のDPC制度への継続参加が認められなかった病院、DPC制度への継続参加が認められた病院が合併又は分割時点及び合併又は分割時点後の継続参加の基準を満たしていない場合によりDPC制度から退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105 専門病院入院基本料を算定している場合に限る。
- ※7 本退出届は、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙7)

D P C対象病院の基準に係る届出書

1. D P C対象病院の基準（基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。）

該当する項目の□をチェックすること。

- 7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- A207診療録管理体制加算

2. 上記基準を満たすための計画^(※1)

D P C対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

3. D P C対象病院の基準を満たす期限^(※2)

平成 年 月 日

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

※1 D P C対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。

※2 D P C対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった月本届出日の3か月後の初日を記載すること。

※3 D P C対象病院の基準を満たす期限までに基準を満たせない場合は、期限が到来した月の3か月後の初日にD P C制度から退出するものとする。（期限が到来した月の翌月初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ものとする。）

(別紙8)

D P C 制度からの退出に係る届出書

(特別な理由がある場合)

当院は、D P C 制度からの退出を申請します。
退出の理由については、添付資料のとおりです。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。
- ※2 退出の可否については必要に応じて、中央社会保険医療協議会において審査~~及び~~決定することとする。
- ※3 審査後の決定~~内容案については、予め~~当該病院に通知する~~ものこと~~とし、通知した決定~~案~~に不服がある病院は、1回に限り別紙9「不服意見書」を提出することができる。
- ※4 特別の理由により緊急にD P C 制度から退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について「D P C 導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加すること。
- ※5 審査の内容については必要に応じて、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙9)

不服意見書

(通知された決定案)

(決定案に対する意見)

当院は、上記理由により、通知された決定案に対する意見を提出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙 10)

保険医療機関廃止に伴う D P C 制度からの退出届

当院は、平成 年 月 日付で廃止するため、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

D P C 準備病院届出書

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- 7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。^(※1)
- 現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが、当該基準を満たすべく計画を策定している。^(※2)
- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、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。^(※2)
- 「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療に係るデータを提出できる。
 ~~入院診療データを提出できる。~~
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年 4-2回以上、当該委員会を開催することができる。

当院は、上記基準の全すべてを満たしているので、届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注意事項)

- ※1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100 一般病棟入院基本料、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。
- ※2 現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが当該基準を満たすべく計画を策定している病院、又はA207 診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが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病院は、別紙12「DPC準備病院届出書（別紙）」に必要事項を記載し、本届出書に添付すること。
- ※3 DPC準備病院の募集期間等については、中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、厚生労働省ホームページにおいて周知を行うため、留意すること。

(別紙 12)

D P C 準備病院届出書 (別紙)

保険医療機関名：

所在地住所：

1. 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定していない場合、当該基準を満たすための計画を記載すること。

7対1又は10対1入院基本料の届出予定日	平成 年 月 日

2. A207 診療録管理体制加算を算定していない場合、同等の診療録管理体制の具体的な内容及び当該基準を満たすための計画を記載すること。

A207 診療録管理体制加算の届出予定日	平成 年 月 日

(注意事項)

- ※1 計画の期限を含めて計画を策定すること。
- ※2 計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。
- ※3 7対1又は10対1入院基本料の届出を行っており、かつ、A207 診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

(別紙 13)

D P C 準備病院辞退届

(辞退理由)

- データ作成のための人員が確保できなかったため。
- データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。
- D P C 制度への参加を予定しなくなったため。
- その他 ()

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙 14)

D P C 対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年 月 日
新保険医療機関名	
旧保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
病床数変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

保 医 発 第 号
平 成 年 月 日

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（平成28年厚生労働省告示第 号。以下「算定告示」という。）が公布され、平成28年4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、別添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、平成28年4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」は、平成28年3月31日限り廃止する。

第1 DPC対象患者について

- 1 DPC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、以下の患者の診療報酬は、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) 臓器移植を受ける患者であって、医科点数表のうち次の区分番号の点数を算定するもの
 - ア K014 皮膚移植術（生体・培養）
 - イ K014-2 皮膚移植術（死体）
 - ウ K514-4 同種死体肺移植術
 - エ K514-6 生体部分肺移植術
 - オ K605-2 同種心移植術
 - カ K605-4 同種心肺移植術
 - キ K697-5 生体部分肝移植術
 - ク K697-7 同種死体肝移植術
 - ケ K709-3 同種死体膵移植術
 - コ K709-5 同種死体膵腎移植術
 - サ K780 同種死体腎移植術
 - シ K780-2 生体腎移植術
 - ス K922 造血幹細胞移植
 - (4) 医科点数表のうち次の区分番号の点数を算定する患者
 - ア A106 障害者施設等入院基本料
 - イ A306 特殊疾患入院医療管理料
 - ウ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - エ A308-3 地域包括ケア病棟入院料
 - (1) 地域包括ケア病棟入院料1又は2
 - (2) 地域包括ケア入院医療管理料1又は2（当該入院医療管理料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区分番号を算定する前に当該病院の~~一般病棟（同アからウまで、エの(1)及びオからキまでを算定していた患者を除く。）に入院していた患者を除く。~~）
 - オ A309 特殊疾患病棟入院料
 - カ A310 緩和ケア病棟入院料
 - キ A400 短期滞在手術等基本料（3を除く。）
 - (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~~算定告示第1項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者に該当する患者~~

- (6) 算定告示第4項の規定に基づき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の病院
イ 医師又は歯科医師の員数が医療法（昭和23年法律205号）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の病院の病棟に入院している患者

- 3 ~~主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、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により算定する。なお、診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。~~

第2 診断群分類区分等について

1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 入院患者に対する診断群分類区分の該当の有無は、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20年厚生労働省告示第95号）（以下「定義告示」という。）に定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名等から、診断群分類定義樹形図（別添1。以下「ツリー図」という。）及び診断群分類定義表（別添2。以下「定義テーブル」という。）に基づき主治医が判断すること。

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」という。）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」という。）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コードを選択するものとする。

なお、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コードを記載すること。

- ① 五号告示第二号に該当した患者
- 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

~~診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は定義副傷病名の内容は、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20年厚生労働省告示第95号）（以下「定義告示」という。）に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、定義副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。~~

~~なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示、診断群分類定義樹形図（別添 1。以下「ツリー図」という。）及び診断群分類定義表（別添 2。以下「定義テーブル」という。）に基づき診断群分類区分を判断すること。~~

(2) 「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は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医が「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 ICD-10 2003 年版準拠（以下、「ICD-10」という。）」から選択すること。

ただし、以下の ICD-10 については、選択しないこと。

- ・ 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レンサ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）
- ・ 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（ただし、鼻出血（R040）、咯血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

(3) 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されるものに限る。）も勘案した上で診断群分類区分の適用を判断すること。

(4) 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こと。

(5) 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、決定するに当たっては次の点に留意すること。

入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の ~~D P C コード~~ 診断群分類区分 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」及び「手術・処置等 2」の全ての項目において、ツリー図において、下に掲げられた ~~D P C コード~~ 診断群分類 を優先して選択すること。

(6) 医科点数表において「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こと。

(7) 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（D P C 算定対象となる病棟等以外の病棟への転棟を含む。）時請求時に行うものとする。

2 診断群分類点数表の入院期間等

(1) 診断群分類点数表の入院期間

診断群分類点数表の入院期間は、~~同表定義告示~~に掲げられた入院日（日）に応じ、以下によるものとする。

- ① 入院期間Ⅰ：入院日Ⅰ に掲げる日数 以下の期間
- ② 入院期間Ⅱ：入院日Ⅰ に掲げる日数 を超え ~~≠~~ 入院日Ⅱ に掲げる日数 以下の期間
- ③ 入院期間Ⅲ：入院日Ⅱ に掲げる日数 を超え ~~≠~~ 入院日Ⅲ に掲げる日数 以下の期間

(2) 定義副傷病

- ① 定義副傷病は、手術あり・なし別に、定義テーブルの定義副傷病欄のフラグによるものとする。なお、フラグは以下のとおり定義する。
 - ア 手術あり・なし共通の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ1）
 - イ 手術なしの場合の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ2）
 - ウ 手術ありの場合の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ3）
- ② 定義副傷病は、入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである（疑い病名は除く。）。

3 用語等

- (1) 「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。
- (2) 「GAF」はGlobal Assessment of Functioningの略である。
- (3) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分が適用される入院時の年齢等による。
- (4) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列された全ての手術が実施された場合に該当するものとする。
- (5) 定義告示及び算定告示中の手術、処置等の定義は、次に掲げるものを除き、医科点数表の区分によるものとする。
 - ① 「化学療法」とは、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。
 - ② 「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。
- (6) 「電気生理学的検査」とは、医科点数表第2章第3部に掲げる検査において、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114(2)に掲げる保険医療材料を、「050070 頻脈性不整脈」では3本以上、「050210 徐脈性不整脈」では2本以上使用して実施した電気生理学的検査をいう。
- (7) 「動注化学療法」とは、医科点数表第2章第6部に掲げる注射のうちG002動脈注射により化学療法を実施することをいう。
- (8) 手術あり又は手術なしにおける「手術」とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管管理料を除く。）の有無をいう。
- (9) 「全身麻酔」とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうちL007開放点滴式全身麻酔又はL008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。
- (10) 「メトトレキサート大量療法」とは、骨肉腫に対してメトトレキサート5g以上（バイアル換算で25本以上）投与する化学療法をいう。
- (11) 「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）神経根ブロック」、「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）腰部硬膜外ブロック」及び「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）仙骨部硬膜外ブロック」とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔に規定されるL100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）に掲げる「1」の神経根ブロック、「2」の腰部硬膜外ブロック及び「5」の仙骨部硬膜外ブロックをいう。

- (12) 060350急性膵炎における重症度等の「重症」とは、急性膵炎の重症度判定基準（2008年改訂）（厚生労働科学研究補助金難治性膵疾患克服研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究班）により重症（予後因子3点以上又は造影CT grade 2以上）として判定される病態をいう。なお、重症度が判定できない「不明」の場合にあっては「軽症」の診断群分類区分を選択するものにより請求を行うこととする。
- (13) 定義告示における~~おいて~~慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロンβのに~~おける~~「一定期間以上の投与した場合に限る。」とは、一入院期間中における7日以上の投与をいうものであり、連続7日以上の投与に限るものではない。
- (14) 010060脳梗塞における年齢、出生時体重等の発症時期及びJCSは、診断群分類区分の適用開始時を起点として選択するものとする。なお、診断群分類区分の適用開始後に発症した場合は、発症後3日以内、発症時点でのJCSを選択すること。
また、重症度等の「発症前Rankin Scale」とは、発症前概ね1週間のADLを病歴等から推定し、以下に掲げる0から5までのうちいずれかを選択すること。なお、病歴からも全く推定ができない場合にあっては、5を選択すること。
- 0 全く症候がない
 - 1 明らかな障害はない：日常の勤めや活動は行える
 - 2 軽度の障害：自分の身の回りのことは介助なしで行える
 - 3 中等度の障害：何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える
 - 4 中等度から重度の障害：歩行や身体的要求には介助が必要である
 - 5 重度の障害：寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする
- (15) 040080肺炎等における病態等分類の「市中肺炎」への該当の有無は、主治医の判断によるものとするが、肺炎のうち以下に該当しないものを市中肺炎の例として示すので、参考にすること。
- ・ 入院48時間以降に病院内で発症した肺炎
 - ・ 重篤な免疫抑制状態
 - ・ 老人施設と長期療養施設で発症した肺炎
 - ・ 慢性下気道感染症の急性増悪
- また、重症度等の「A-DROP スコア」とは、以下の5項目のうち入院時（入院中に発生した場合は発症時）の状態に該当する項目の合計数をいう。
- ・ 男性70歳以上、女性75歳以上
 - ・ BUN 21 mg/dL 以上又は脱水あり
 - ・ SpO2 90%以下（PaO2 60Torr 以下）
 - ・ 意識障害あり
 - ・ 血圧（収縮期）90 mmHg 以下

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

- (1) 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」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位を四捨五入するものとする。

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱ（平成24年厚生労働省告示第165号）（以下「係数告示」という。）に定める基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱを合算したもの（医療機関別係数に小数点以下第5位がある場合には、小数点以下第5位を四捨五入するものとする。）とする。

① 機能評価係数Ⅰの算定方法

機能評価係数Ⅰの算定については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 年 月 日保医発 第 号）に基づき、地方厚生（支）局長に届出を行い、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から合算する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から合算する。なお、平成 年 月 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件の審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って合算できるものとする。

ただし、機能評価係数Ⅰの算定については、係数告示に定める病院のDPC算定対象となる病棟等における医科点数表の届出に基づく診療料について算定することとし、DPC算定対象となる病棟等以外の病棟における医科点数表の届出に基づく診療料については算定できないものとする。

なお、次に掲げる機能評価係数Ⅰの適用日は、他の機能評価係数Ⅰの適用日と取扱いが異なるので十分に留意すること。

ア 地域医療支援病院入院診療加算の取扱い

区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、当該病院が月の初日に医療法第4条第1項の規定により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、月の途中で当該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ことができる。

イ 臨床研修病院入院診療加算の取扱い

区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、実際に臨床研修を実施している月に限り加算することができる。

ウ データ提出加算

区分番号A245に掲げるデータ提出加算については、実際にデータを提出し、当該加算が算定可能な月に限り、加算することができる。

② 病棟群単位による届出を行っている病院における機能評価係数Ⅰの算定方法

7対1入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものは、係数告示別表第四から別表第六の「医科点数表に規定する診療料」欄に掲げる診療料のうち、入院基本料については10対1入院基本料に係る項の「機能評価係数Ⅰ」欄に掲げる数を選択すること。なお、当該病院が医科点数表第1章第2部通則第8号又は月平均夜勤時間超過減算に該当する場合等は、それぞれに応じた機能評価係数Ⅰも併せて選択する必要があることに留意すること。

当該病院において、7対1入院基本料の算定要件を満たす患者については、算定告示別表13から15に規定する点数を所定点数に加算するものとする。

(3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、①に掲げる点数（②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。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表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。

① 診断群分類点数表に含まれる費用

- ア 第1章第2部第1節 入院基本料
- イ 第1章第2部第2節 入院基本料等加算
- ウ 第1章第2部第4節 短期滞在手術等基本料
- エ 第2章第1部 医学管理等の費用
- オ 第2章第3部 検査の費用
- カ 第2章第4部 画像診断の費用
- キ 第2章第5部 投薬の費用
- ク 第2章第6部 注射の費用
- ケ 第2章第7部第2節 薬剤料
- コ 第2章第8部第2節 薬剤料
- サ 第2章第9部 処置の費用
- シ 第2章第13部第1節 病理標本作製料

② ①に掲げる点数の費用から除かれる費用

- ア 入院基本料のうち、A100一般病棟入院基本料の注4重症児（者）受入連携加算から注7一般病棟看護必要度評価加算まで及び注12ADL維持向上等体制加算、A104特定機能病院入院基本料の注5看護必要度加算及び注10ADL維持向上等体制加算、A105専門病院入院基本料の注3看護必要度加算、注4一般病棟看護必要度評価加算及び注9ADL維持向上等体制加算に掲げる費用
- イ 入院基本料等加算のうち、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、A208乳幼児加算・幼児加算からA213看護配置加算まで、A219療養環境加算からA233-2栄養サポートチーム加算まで、A234-3患者サポート体制充実加算、~~及び~~A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算からA243後発医薬品使用体制加算まで、A244病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）及びA246退院支援加算からA250薬剤総合評価調整加算までに掲げる費用
- ウ 短期滞在手術等基本料のうち、A400短期滞在手術等基本料1及び短期滞在手術等基本料2に掲げる費用
- エ 医学管理等の費用のうち、B000特定疾患療養管理料からB001-3-2ニコチン依存症管理料まで及びB001-6肺血栓栓塞症予防管理料からB014退院時薬剤情報管理指導料までに掲げる費用
- オ 検査の費用のうち、D206心臓カテーテル法による諸検査、D295関節鏡検査からD325肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法まで及びD401脳室穿刺からD419その他の検体採取までに掲げる費用

カ 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並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003造影剤注入手技（3のイ及びイの（注1及び2を含む。）に規定する費用~~血流予備能測定検査を実施する場合~~に限る。）に掲げる費用

キ 注射の費用のうち、区分番号G020無菌製剤処理料に掲げる費用

ク 処置の費用のうち、区分番号J001熱傷処置（5に限る。）、J003局所陰圧閉鎖処置（入院）、J010-2経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017エタノールの局所注入、J017-2リンパ管腫局所注入、J027高気圧酸素治療（1に限る。）、J038人工腎臓からJ042腹膜灌流まで、J043-6人工膀胱療法、J045-2一酸化窒素吸入療法、J047カウンターショック、J047-2心腔内除細動、J049食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2熱傷温浴療法、J054-2皮膚レーザー照射療法、J062腎盂内注入、J122四肢ギプス包帯（5及び6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体幹ギプス包帯からJ128脊椎側弯矯正ギプス包帯まで（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治療装具の採型ギプス（4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。）並びにJ129-2練習用仮義足又は仮義手（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に掲げる人工腎臓（1及び2に限る。）に当たって使用した保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分040(1)及び(5)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

ケ 病理標本作製料のうち、区分番号N003術中迅速病理組織標本作製に掲げる費用

コ HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用

サ 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、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Ⅶ因子製剤及び、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。）及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤に係る費用

(4) 特定入院料の取扱い

医科点数表に掲げる特定入院料のうち、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、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又はA307小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表4から6の表の右欄に掲げる点数を加算する。なお、当該点数を算定する際の包括範囲は、(3)に定める範囲とし、特定入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算は、次に掲げるものとする。

- ① A300救命救急入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算 （クについては、A300救命救急入院料の注2に係る加算を算定しない場合に限り算定できる。）

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~オ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~カ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - オ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - カ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - キ A247 認知症ケア加算
 - ク A248 精神疾患診療体制加算
- ② A301特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
 - エ A232 がん診療連携拠点病院加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~ク A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - ~~ケ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
 - キ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - ク A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - ケ A247 認知症ケア加算
 - コ A248 精神疾患診療体制加算
- ③ A301-2ハイケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
 - エ A232 がん診療連携拠点病院加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~ク A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - ~~ケ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
 - キ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - ク A247 認知症ケア加算
 - ケ A248 精神疾患診療体制加算
- ④ A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
 - エ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - ~~ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
 - カ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - キ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - ク A247 認知症ケア加算
 - ケ A248 精神疾患診療体制加算
- ⑤ A301-4小児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - ~~オ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
 - エ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - オ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - カ A248 精神疾患診療体制加算
- ⑥ A302新生児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~オ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - エ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - オ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
- ⑦ A303総合周産期特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~オ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~カ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - オ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
 - カ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - キ A248 精神疾患診療体制加算

- ⑧ A303-2新生児治療回復室入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~オ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
 - エ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
- ⑨ A305一類感染症患者入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~オ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - オ A246 退院支援加算（1のイに限る。）
- ⑩ A307小児入院医療管理料1、2、3又は4~~小児入院医療管理料2~~を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~ク A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - キ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
 - ク A248 精神疾患診療体制加算
- ~~⑪ A307小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定している間に算定できる入院基本料等加算~~
- ~~ア A205-2 超急性期脳卒中加算~~
 - ~~イ A206 在宅患者緊急入院診療加算~~
 - ~~ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算~~
 - ~~エ A221-2 小児療養環境特別加算~~
 - ~~オ A234-3 患者サポート体制充実加算~~
 - ~~カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算~~
 - ~~キ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
 - ~~ク A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
 - ~~ケ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
- ⑪~~⑩~~ A307小児入院医療管理料5を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算

- イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
- ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- エ A221-2 小児療養環境特別加算
- オ A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
- カ A231-4 摂食障害入院医療管理加算
- キ A234-3 患者サポート体制充実加算
- ク A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ~~ケ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~
- ~~コ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算~~
- ~~サ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算~~
- ケ A246 退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
- コ A248 精神疾患診療体制加算

(5) 短期滞在手術等基本料3の算定対象となる患者の取扱い

入院5日以内に次の表の左欄に掲げる手術~~等~~検査を行う患者であって、同表の右欄に掲げる診断分類番号に該当する場合は、診断群分類点数表による算定の対象外となり、区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料3により算定する。

	区分番号	手術・検査名	診断群分類番号
ア	D237	終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合	<u>全ての診断群分類番号</u> 030250xx991xxx
イ	D237	終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	<u>全ての診断群分類番号</u> 030250xx991xxx
ウ	D237	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	<u>全ての診断群分類番号</u> 010230xx99x00x 010300xxxxxxxx 030250xx991xxx 170040xxxxxxxx
エ	D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	<u>全ての診断群分類番号</u> 080270xxxx1xxx
オ	D413	前立腺針生検法	<u>全ての診断群分類番号</u> 110080xx991xxx 110200xx99xxxx
カ	K008	腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術	全ての診断群分類 <u>番号</u>
キ	K093-2	関節鏡下手根管開放手術	全ての診断群分類 <u>番号</u>
ク	K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	全ての診断群分類 <u>番号</u>
ケ	K282	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	全ての診断群分類 <u>番号</u>
コ	K282	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	全ての診断群分類 <u>番号</u>
サ	K474	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未	全ての診断群分類 <u>番号</u>

		満	
<u>シ</u>	<u>K 616-4</u>	<u>経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u>	<u>全ての診断群分類番号</u>
<u>ス</u>	K 617	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	全ての診断群分類番号
<u>セ</u>	K 617	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）	全ての診断群分類番号
<u>ソ</u>	K 617	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	全ての診断群分類番号
<u>タ</u>	K 633	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア	全ての診断群分類番号
<u>チ</u>	K 634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	全ての診断群分類番号
<u>ツ</u>	K 721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径 2センチメートル未満	全ての診断群分類番号
<u>テ</u>	K 721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2センチメートル以上	全ての診断群分類番号
<u>ト</u>	K 743	痔核手術（脱肛を含む） 2 硬化療法（四段 階注射法によるもの）	全ての診断群分類番号
<u>ナ</u>	<u>K 768</u>	<u>体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）</u>	<u>全ての診断群分類番号</u>
<u>ニ</u>	K 867	子宮頸部（腔部）切除術	全ての診断群分類番号
<u>ヌ</u>	K 873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	全ての診断群分類番号
<u>ネ</u>	<u>M001-2</u>	<u>ガンマナイフによる定位放射線治療</u>	<u>全ての診断群分類番号</u>

ただし、当該手術等~~検査~~を入院5日以内に実施した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 年 月 日保医発 第 号）のA400短期滞在手術等基本料の規定に基づき、短期滞在手術等基本料3を算定しない場合は、~~下記に該当する場合は、~~診断群分類点数表による算定の対象となるので留意すること。

~~ア 該当する診断群分類番号以外で実施した場合~~

~~イ 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）の「A400短期滞在手術等基本料」の規定に基づき、短期滞在手術等基本料3を算定しない場合~~

(6) 入院日Ⅲを超えた場合の取扱い

入院期間が診断群分類点数表に掲げる入院日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。ただし、次の点に留意すること。

- ① ~~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、診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院日Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料及び当該薬剤に関する医科点数表に掲げる第2章第5部投薬、同章第6部注射（G020無菌製剤処理料の費用を除く。）の費用は算定することはできない（当該抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する医科点数表に掲

げる第2章第5部投薬、同章第6部注射の費用は算定することができる。)

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(第2の3の(5)の①に掲げる「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。)

イ イ以外であって、特定の薬剤名(成分名)を含む~~冠する~~診断群分類区分(イ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と。)

この際、入院日Ⅲを超えた日以降に算定できない「抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料」とは、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(第2の3の(5)の①に掲げる「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(ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。)に係る薬剤料である。

上記以外の薬剤(例：糖尿病に係る薬剤料)については別に薬剤料を算定することができる。 —

② 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」の分岐を選択すること。

(7) 外泊の取扱い

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%を算定するが、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、区分番号C100に掲げる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ものとする。

(8) 同一傷病での再入院に係る取扱い

① D P C算定対象となる**病棟等病床**に入院していた患者(地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床において診断群分類点数表によって算定する患者を含む。)が、当該**病棟等病床**より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にD P C算定対象となる**病棟等病床**(地域包括ケア入院医療管理料を算定する一般病棟の病床を含む。)に再入院(D P C算定対象とならない**病棟等病床**へ転棟した後の再転棟及び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も含む。以下、「再入院」という。)した場合について、次に該当する場合は、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(D P C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D P C算定対象となる**病棟等病床**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」の診断群分類番号の上2桁が同一である場合(以下、「同一傷病」という。) —

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コードを選択した場合~~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床への転棟期間は入院期間として算入する）。~~

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」の診断群分類番号の上2桁~~コード~~が異なり同一傷病の一連の入院に該当しないにも関わらず、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」の診断群分類番号の上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こと。

② 予め当該病院に再入院することが決まっております、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（第2の3の(5)の①に掲げる「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、①に該当する場合でも同一傷病での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とは見なさない。当該規定を適用する場合には、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こと。なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

(9) 同一傷病による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見なした日数を限度日数とすること。

(10) 地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合等の取扱い

~~DPC算定対象となる病棟から地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っているを算定する病室（一般病棟に限る。）に転室した場合、第2の2の(1)の③に掲げる診断群分類点数表に定める入院日Ⅲまでの期間は、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。なお、診断群分類点数表で算定する期間は、地域包括ケア入院医療管理料を算定することはできない。~~

また、DPC算定対象となる病棟に入院していた患者が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を算定する病室に再入院（転室）する場合は、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁を決定し診療報酬明細書の摘要欄に記載することとし、当該診断群分類番号に基づき（8）の規定に該当する場合は、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。

なお、（8）の規定に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への当該再入院（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こと。

(11) 退院時処方取扱い

~~医療資源を最も投入した傷病名及び~~診断群分類区分の決定に当たり、退院時処方（退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。以下同じ。）した場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

ただし、その場合において、別に薬剤料のみを算定することができる。

(12) 入院中の患者に係る対診・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こと。

なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

(13) ~~医療法に規定する医師等の員数を満たさない場合の取扱い~~ 第1(6)に該当する場合は、以下のとおり取り扱うこと。なお、再度診断群分類点数表により算定することとなった場合の入院期間の算定の起算日は、入院の日とする。

① 月平均の入院患者数が、医療法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となった場合は、当該月の翌月から医科点数表により算定すること。その後、100分の105を乗じて得た数未満となった場合は、当該月の翌月から再度診断群分類点数表により算定すること。

② 医師等の員数が医療法で有することとされている医師等の員数の100分の70以下となった場合は、当該月の翌月から医科点数表により算定すること。その後また、医師等の員数が100分の70を超えた以上となった場合は、当該月の翌月から再度診断群分類点数表により算定すること。

~~なお、診断群分類点数表により算定することとなった場合の入院期間の算定の起算日は入院の日とする。~~

(14) ~~診断群分類番号~~ 120290産科播種性血管内凝固症候群及び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であるか否かについて、よりの確な診療報酬明細書審査を行うため、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。

- ・DICの原因と考えられる基礎疾患
- ・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
- ・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を含む。）及び検査値等の推移

(15) 診断群分類点数表等による診療報酬の算定方法

対象患者の診療報酬は、(1)から(14)により算定する。

なお、入院時食事療養費に係る食事療養の費用については、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により算定する。

2 診療報酬の調整等

(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ものとする。

(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ものとする。

る。

(3) 退院の日、DPC算定対象となる病棟等以外の病棟に転棟（地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病室において診断群分類点数表により診療報酬を算定していた患者の当該病室以外への転室を含む。）した日の前日又は入院日Ⅲを超えた日の前日（以下「退院の日等」という。）における療養に適用する診断群分類区分と退院の日等の前日までににおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日等の属する月の前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退院の日等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、退院の日等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。

~~各月における費用の算定時に適用した診断群分類区分と退院の日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）へ転棟した日の前日、入院日Ⅲを超えた日の前日、その他診断群分類点数表等による診療報酬の算定から医科点数表による算定に変更した日の前日を含む。以下同じ。）に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日に適用した診断群分類区分に基づいて算定した入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額と、入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額の差を、退院の日を含む月の費用の請求において調整する。~~

~~(2) 診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い~~

~~① 入院当初は診断群分類区分に該当すると判断され、診断群分類点数表等により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当しないと判断された場合には、その日より医科点数表により診療報酬を算定するものとする。~~

~~② 入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断され、医科点数表により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、その日より診断群分類点数表等により診療報酬を算定するものとする。~~

~~③ ①の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、②の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。~~

~~(3) 転棟した場合等の取扱い~~

~~① 対象外病棟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ものとする。この場合において、対象外病棟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。~~

~~② 対象外病棟から一般病棟に転棟し、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、一般病棟から対象外病棟に転棟し、その後、一般病棟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、1の(8)に該当する場合はこの限りではない。~~

~~③ 入院途中に評価療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。~~

(4) 同一傷病名での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し、上記(1)～(3)に準じて取り扱うこと。

3 その他

(1) 外泊及び転棟した場合等の取扱いについては、適切に取り扱われるよう十分に留意するこ

と。

- (2) 入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（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については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

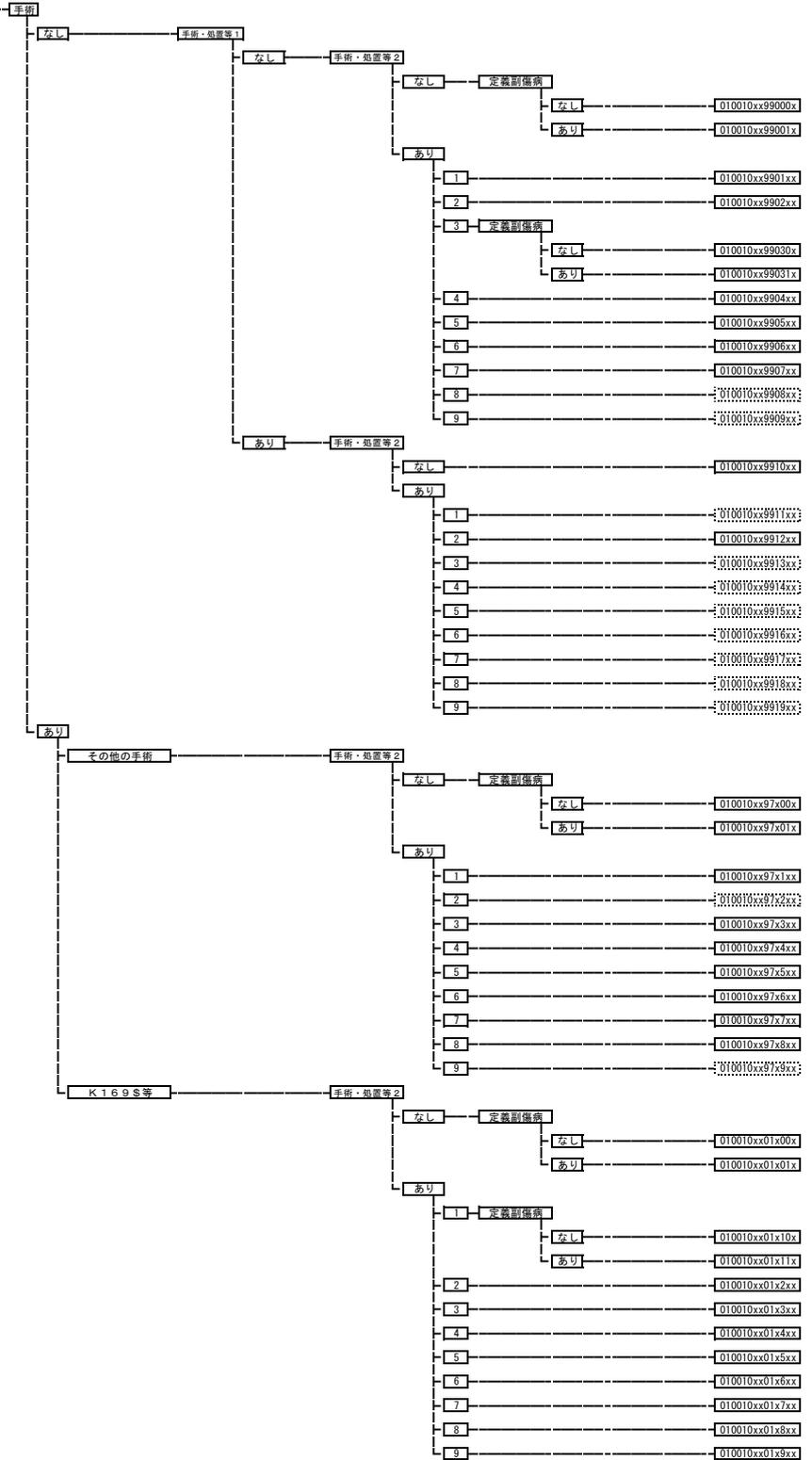
第4 その他

1 経過措置

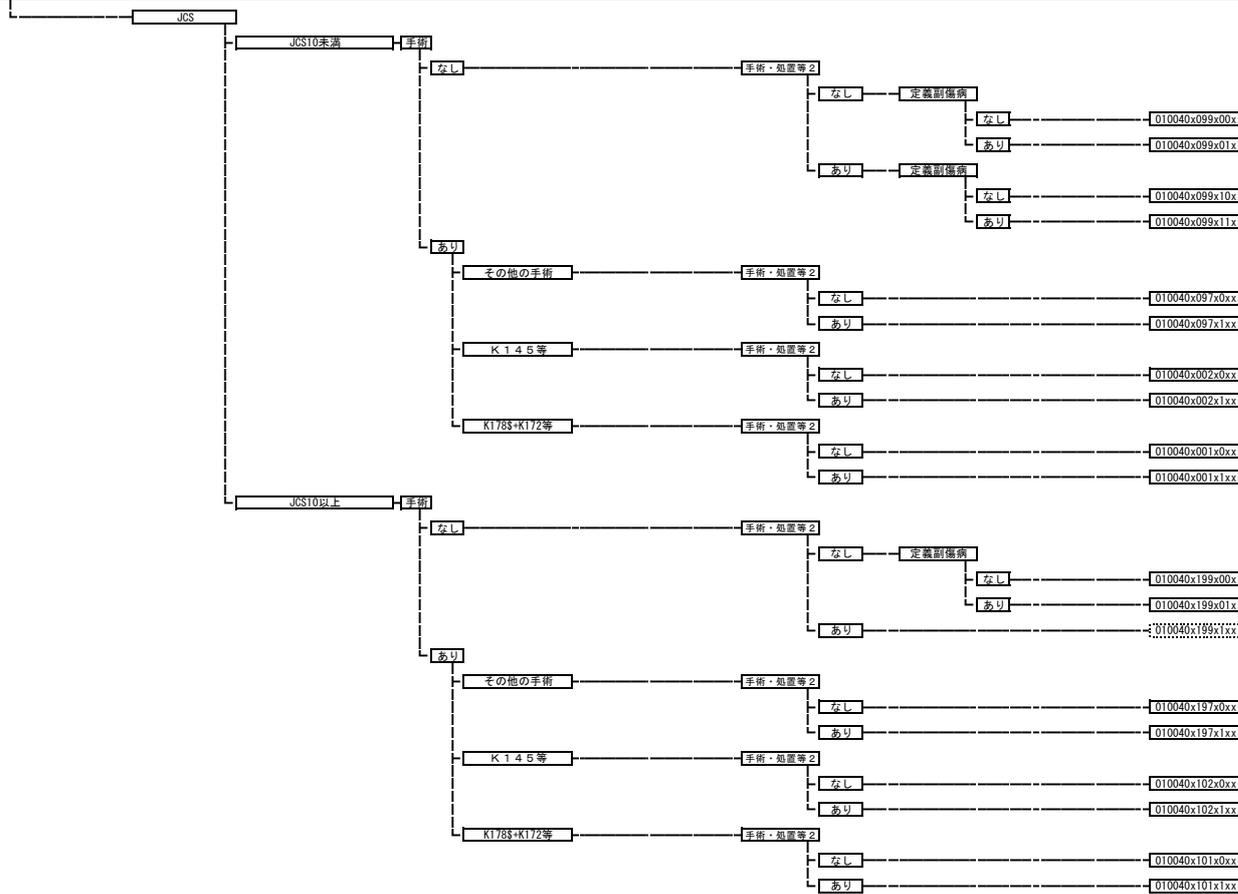
- (1) 係数告示別表第一 から別表第三 に掲げる病院の一般病棟について、平成28~~同~~年2月29日までに診療報酬として算定した額と、同月までの療養について同年3月31日における療養に適用する算定告示別表 2017~~17~~ の診断群分類点数表に掲げる分類区分により算定した額との差額を、同月分の費用の額を算定する際に調整し、退院の日において調整する場合には、同年4月分以降の費用の額について調整する。なお、この場合において、入院期間の起算日は入院の日とする。
- ~~(2) 改正前の医科点数表 A308-2 亜急性期入院医療管理料の規定については、平成26年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。~~
- ~~(3) 改正前の医科点数表 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の規定については、平成26年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。この場合において、改正前の算定告示別表の4中「ハイケアユニット入院医療管理料（14日以内の期間）2,488点」とあるのは「2,561点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料（15日以上21日以内の期間）2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表5中「ハイケアユニット入院医療管理料（14日以内の期間）2,688点」とあるのは「2,761点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料（15日以上21日以内の期間）2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表6中「ハイケアユニット入院医療管理料（14日以内の期間）2,750点」とあるのは「2,823点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料（15日以上21日以内の期間）3,008点」とあるのは「3,081点」とする。~~

010010 脳腫瘍

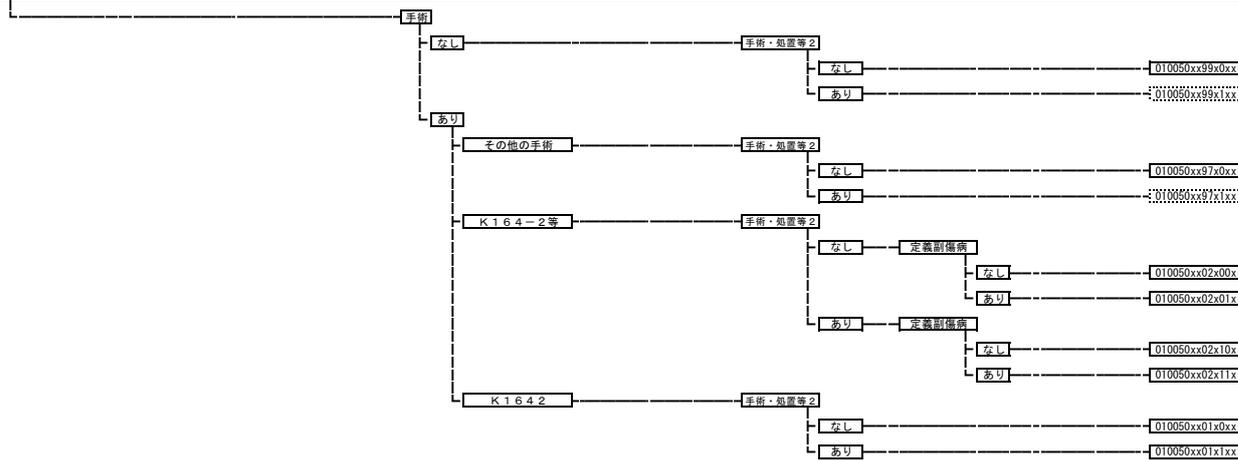
手術・処置等 2
 1: 人工呼吸、中心静脈注射
 2: PET、SPECT
 3: 化学療法なしかつ放射線療法あり
 4: 化学療法ありかつ放射線療法あり
 5: 化学療法ありかつ放射線療法なし
 6: メトトレキサート（注射薬に限る。）
 7: テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）
 8: エベロリムス
 9: ベバズマブ
 9: テモゾロミド（注射薬に限る。）



010040 非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）



010050 非外傷性硬膜下血腫



脳卒中の発症時期
JCS

手術・処置等 1
1: 胃腸造設術 (経皮的内視鏡下胃腸造設術、
腹腔鏡下胃腸造設術を含む。) など
2: 造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法
主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影
した場合

手術・処置等 2
1: 人工呼吸など
2: 脳血管疾患等リハビリテーション科、
麻痺症候群リハビリテーション科
3: 非放射線性キセノン脳血流動態検査など
4: エタラボン
5: t-PA

定義副傷病
1: 水腫症など
2: 肺炎など

発症4日目以降又は無症候性
JCS10未満

手術

なし

手術・処置等 1

なし

手術・処置等 2

なし

定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990000

1 010060x0990001

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990010

1 010060x0990011

2-1 重症度等

0 010060x0990020

1 010060x0990021

あり

1-1 定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990100

1 010060x0990101

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990110

1 010060x0990111

2-1 重症度等

0 010060x0990120

1 010060x0990121

2-2 定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990200

1 010060x0990201

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990210

1 010060x0990211

2-1 重症度等

0 010060x0990220

1 010060x0990221

3-1 定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990300

1 010060x0990301

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990310

1 010060x0990311

2-1 重症度等

0 010060x0990320

1 010060x0990321

4-1 定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990400

1 010060x0990401

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990410

1 010060x0990411

2-1 重症度等

0 010060x0990420

1 010060x0990421

5-1 定義副傷病

なし

重症度等

0 010060x0990500

1 010060x0990501

あり

1-1 重症度等

0 010060x0990510

1 010060x0990511

