

DPC/PDPSの概要

1 概要

- (1) DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度、以下「DPC」）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)の届出を行っている病院であって厚生労働大臣が参加を認めた「DPC対象病棟」において、4,296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。
- (2) 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。
- (3) 診断群分類に該当しない患者や、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、その他別に厚生労働大臣が定める患者は、DPCによらず、医科点数表により請求する。
- (4) DPCデータ提出に関する平成30年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料が「健康保険医療情報総合研究所」の下記ホームページに掲載されているので、参照されたい。また、データ提出に必要なソフトも下記ホームページに掲載されている。
http://www.prrism.com/dpc/18_dpc.html
- (5) DPCに関する告示・通知は、下記ホーム

ページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】(それらに関連する通知、事務連絡を含む)の(1)に掲載されている。DPC制度への参加手続きに関する通知は、(1)の8「DPC制度への参加等の手続きについて」平成30年3月26日(保医発0326第7号)を参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

2 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 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。

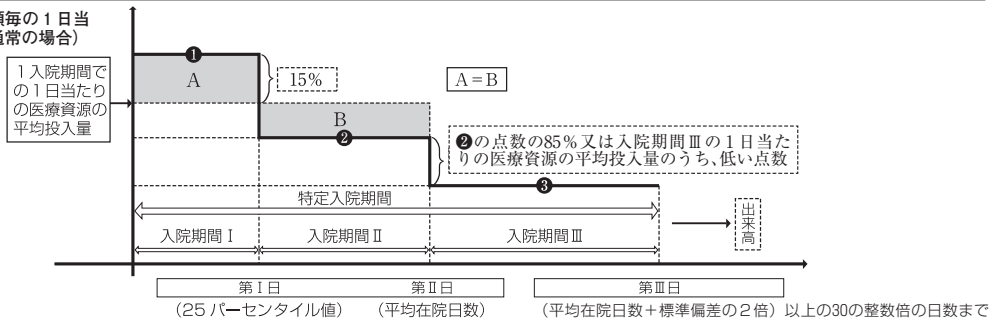
編注

- ① 「定義告示」は、次頁③に記載したホームページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】(それらに関連する通知、事務連絡を含む)の(1)の3「平成30年厚生労働省告示第70号」及び、9「平成30年厚生労働省告示第207号」、13「平成30年厚生労働省告示第230号」を参照(改正告示が出された場合は、改正告示を参照)されたい。

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%上乘せした点数。(①)
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で上乘せした点数と同じ額となるよう減算した点数。(②)
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。(③)

※「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。

診断群分類毎の1日当り点数(通常の場合)



② 「ツリー図」は、同(11)の14のツリー図の Excel 表を参照（改正通知が出された場合は、改正通知を参照）されたい。

③ 「定義テーブル」は、同(11)の14の定義テーブルの Excel 表を参照（改正通知が出された場合は、改正通知を参照）されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

(2) 「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。

(3) 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への転棟を含む）時に行う。

(4) 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。

(5) 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 別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与される患者（本誌15頁のイ参照）

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

③ 診断群分類毎に設定された包括評価額

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。

(1) 診断群分類毎の1日当り点数

① 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

① 「診断群分類点数表」は、下記ホームページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】（それらに関連する通知、事務連絡を含む）の(11)の1「平成30年厚生労働省告示第70号」の24頁～150頁を参照されたい。

② 「留意事項通知」は、同(11)の5「保医発0417第2号」及び11「保医発0417第2号」、「保医発0521第9号」を参照されたい。

③ 「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」は、同(11)の3「厚生労働省告示第70号」及び9「厚生労働省告示第207号」の前段を参照されたい。

④ 上記①～③は下記ホームページを参照されたい。なお改正告示、改正通知が出された場合は、下記ホームページでそれらを参照)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

② 診断群分類区分は、DPC算定病床入院期間に治療対象となった傷病から最も医療資源を投入した傷病により主治医が決定する。

③ 通常の場合（次の④、⑤を除く場合）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。

④ 入院日数の25パーセント値までの1日当たりの医療資源平均投入量が診断群分類毎の1入院期間での1日あたりの医療資源平均投入量と比べて非常に大きい場合は、下記の通りとなる。

ア 25パーセント値までは「25パーセント値までの1日当たりの医療資源平均投入量」による点数。

イ 25パーセント値を超えて平均在院日数までは、25パーセント値までに上乘せした点数と同じ額となるよう減算した点数。

ウ 平均在院日数を超え、「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は、さらに15%を減算した点数。

エ 「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場合は、出来高算定。

⑤ 入院日数の25パーセント値までの1日当たりの医療資源平均投入量が1入院期間で

の1日当たりの医療資源平均投入量と比べて大きな違いがない場合は、下記の通りとなる。

ア 25パーセンタイル値までは診断群分類毎の1日当たりの医療資源の平均的な投入量に10%上乗せした点数設定。

イ 25パーセンタイル値を超えて平均在院日数までは、25パーセンタイル値までに上乗せした点数と同じ額となるよう減算した点数。

ウ 平均在院日数を超え、「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は、さらに10%を減算した点数。

エ 「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場合は、出来高算定。

- ⑥ 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、1000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）。

- ⑦ 「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、診断群分類点数表によらず、出来高算定となる。

(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」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。

- ① 「基礎係数」は、大学病院本院群（係数1.1293）、DPC 特定病院群（係数1.0648）、DPC 標準病院群（係数1.0314）の3区分で設定されている。

- ② 「機能評価係数Ⅰ」は、下記～5頁まで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

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	
	旧係数	新係数	旧係数	新係数
7対1入院基本料	0.1739	0.1764	0.1178	0.1182
10対1入院基本料	0.0734	0.0760	0.0177	0.0182
13対1入院基本料	-	-	▲0.0639	▲0.0632

イ. 一般病院の入院基本料本体

	左記入院料の場合		月平均夜勤時間超加減算		夜勤時間特別入院基本料	
	旧係数	新係数	旧係数	新係数	旧係数	新係数
急性期一般入院料1	0.1001	0.1000	▲0.0079	0.0077	▲0.0844	▲0.0841
急性期一般入院料2	(新設)	0.0884	(新設)	▲0.0019	(新設)	▲0.0922
急性期一般入院料3	(新設)	0.0614	(新設)	▲0.0251	(新設)	▲0.1111
急性期一般入院料4	(新設)	0.0212	(新設)	▲0.0590	(新設)	▲0.1393
急性期一般入院料5	(新設)	0.0174	(新設)	▲0.0625	(新設)	▲0.1420
急性期一般入院料6	(新設)	0.0096	(新設)	▲0.0691	(新設)	▲0.1474
急性期一般入院料7	0.0000	0.0000	▲0.0773	▲0.0772	▲0.1545	▲0.1544
地域一般入院料1	(新設)	▲0.0795	(新設)	▲0.1447	(新設)	▲0.2099
地域一般入院料2	▲0.0816	▲0.0814	▲0.1466	▲0.1463	▲0.2116	▲0.2111
地域一般入院料3	▲0.1438	▲0.1436	▲0.1995	▲0.1991	▲0.2552	▲0.2547
特別入院基本料	▲0.3320	▲0.3328	-	-	-	-

ウ. 入院基本料本体以外（特定機能病院、専門病院、一般病院）

		特定機能病院		専門病院		一般病院		
		旧係数	新係数	旧係数	新係数	旧係数	新係数	
栄養管理体制未実施減算		▲0.0155	▲0.0154	▲0.0155	▲0.0154	▲0.0155	▲0.0154	
A200 総合入院体制加算	1	-	-	-	-	0.0582	0.0605	
	2	-	-	-	-	0.0437	0.0454	
	3	-	-	-	-	0.0291	0.0303	
A204 地域医療支援病院入院診療加算		-	-	-	-	0.0266	0.0304	
A204-2 臨床研修病院入院診療加算	基幹型	0.0012	0.0014	0.0012	0.0014	0.0012	0.0014	
	協力型	0.0006	0.0007	0.0006	0.0007	0.0006	0.0007	
A207 診療録管理体制加算	1	0.0027	0.0030	0.0027	0.0030	0.0027	0.0030	
	2	0.0008	0.0009	0.0008	0.0009	0.0008	0.0009	
A207-2 医師事務作業補助体制加算	1	15対1	0.0266	0.0318	0.0266	0.0318	0.0266	0.0318
		20対1	0.0201	0.0244	0.0201	0.0244	0.0201	0.0244
		25対1	0.0162	0.0200	0.0162	0.0200	0.0162	0.0200
		30対1	0.0136	0.0171	0.0136	0.0171	0.0136	0.0171
		40対1	0.0109	0.0140	0.0109	0.0140	0.0109	0.0140
		50対1	0.0084	0.0112	0.0084	0.0112	0.0084	0.0112
		75対1	0.0060	0.0085	0.0060	0.0085	0.0060	0.0085
	2	100対1	0.0045	0.0068	0.0045	0.0068	0.0045	0.0068
		15対1	-	-	0.0248	0.0297	0.0248	0.0297
		20対1	-	-	0.0186	0.0228	0.0186	0.0228
		25対1	-	-	0.0150	0.0186	0.0150	0.0186
		30対1	-	-	0.0125	0.0159	0.0125	0.0159
		40対1	-	-	0.0101	0.0131	0.0101	0.0131
		50対1	-	-	0.0078	0.0105	0.0078	0.0105
75対1	-	-	0.0055	0.0079	0.0055	0.0079		
100対1	-	-	0.0042	0.0065	0.0042	0.0065		
A207-3 急性期看護補助体制加算	25対1	5割以上	0.0388	0.0530	0.0388	0.0530	0.0388	0.0530
		5割未満	0.0340	0.0479	0.0340	0.0479	0.0340	0.0479
	50対1	0.0291	0.0429	0.0291	0.0429	0.0291	0.0429	
	75対1	0.0194	0.0328	0.0194	0.0328	0.0194	0.0328	
	夜間30対1	0.0097	0.0227	0.0097	0.0227	0.0097	0.0227	
	夜間50対1	0.0085	0.0214	0.0085	0.0214	0.0085	0.0214	
	夜間100対1	0.0049	0.0177	0.0049	0.0177	0.0049	0.0177	
夜間看護体制加算	0.0024	0.0151	0.0024	0.0151	0.0024	0.0151		
A207-4 看護職員夜間配置加算	12対1配置加算1	0.0194	0.0240	0.0194	0.0240	0.0194	0.0240	
	12対1配置加算2	0.0146	0.0189	0.0146	0.0189	0.0146	0.0189	
	16対1配置加算1	0.0097	0.0139	0.0097	0.0139	0.0097	0.0139	
	16対1配置加算2	-	-	-	-	(新設)	0.0076	
A214 看護補助加算	1	-	-	0.0393	0.0463	0.0393	0.0463	
	2	-	-	0.0302	0.0373	0.0302	0.0373	
	3	-	-	0.0202	0.0273	0.0202	0.0273	
	夜間75対1看護補助加算	-	-	0.0085	0.0117	0.0085	0.0117	
	夜間看護体制加算	-	-	0.0040	0.0050	0.0040	0.0050	
A218 地域加算	1級地	0.0070	0.0069	0.0070	0.0069	0.0070	0.0069	
	2級地	0.0058		0.0058		0.0058		
	3級地	0.0054		0.0054		0.0054		
	4級地	0.0043	0.0043	0.0039	0.0042	0.0039	0.0042	
	5級地	0.0035		0.0035		0.0035		
	6級地	0.0019		0.0019		0.0019		
7級地	0.0012		0.0012		0.0012			
A218-2 離島加算		0.0070	0.0069	0.0070	0.0069	0.0070	0.0069	

A234 医療安全対策加算	1	0.0026	0.0029	0.0026	0.0029	0.0026	0.0029
	2	0.0011	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	0.0010
	地域連携 1	—	—	(新設)	0.0017	(新設)	0.0017
	地域連携 2	—	—	(新設)	0.0007	(新設)	0.0007
A234-2 感染防止対策加算	1	0.0122	0.0135	0.0122	0.0135	0.0122	0.0135
	2	0.0031		0.0030	0.0031	0.0030	0.0031
	地域連携加算	0.0031	0.0035	0.0031	0.0035	0.0031	0.0035
	抗菌薬適正使用	(新設)	0.0035	(新設)	0.0035	(新設)	0.0035
A243 後発医薬品使用体制加算	1	(新設)	0.0014	(新設)	0.0014	(新設)	0.0014
	2	(新設)	0.0012	(新設)	0.0012	(新設)	0.0012
	3	(新設)	0.0011	(新設)	0.0011	(新設)	0.0011
	4	(新設)	0.0007	(新設)	0.0007	(新設)	0.0007
A244 病棟薬剤業務実施加算	1	0.0063	0.0065	0.0063	0.0065	0.0063	0.0065
	2	—	—	—	—	—	—
A245 データ提出加算	1	200床以上	0.0037	0.0052	0.0037	0.0052	0.0037
		200床未満	0.0052	0.0069	0.0052	0.0069	0.0052
	2	200床以上	0.0040	0.0055	0.0040	0.0055	0.0040
		200床未満	0.0055	0.0072	0.0055	0.0072	0.0055
	評価加算	(新設)	0.0007	(新設)	0.0007	(新設)	0.0007
D026 検体検査管理加算	I	0.0010		0.0010		0.0010	
	II	0.0025	0.0026	0.0025	0.0026	0.0025	0.0026
	III	0.0076	0.0077	0.0076	0.0077	0.0076	0.0077
	IV	0.0126	0.0129	0.0126	0.0129	0.0126	0.0129
	国際標準検査管理加算	0.0010		0.0010		0.0010	

③ 「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。

編注

① 「機能評価係数Ⅱ」は、下記ホームページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】（それらに関連する通知、事務連絡を含む。）の(1)の4「厚生労働省告示第71号」、

12「厚生労働省告示第217号」（改正告示が出された場合は、改正告示を参照）の別表第一～第三を参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

② 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC 傷病名コーディングテキスト」が公開されている。下記ホームページを参照されたい。

<http://www.prrism.com/dpc/16dpc.html>

機能評価係数Ⅱの設定の概念	
平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS 厚生労働省保険局医療課 平成30年3月5日版より	
(1) 保険診療指数	<p>【適切な DPC データの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10% 以上の場合、0.05点減算する。 ・DPC データの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1% 以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2% 以上の場合、0.05点減算する。（平成31年度評価からは様式1で評価） <p>【病院情報の公表】</p> <p>自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討）</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：平成31年度からの評価を検討）</p>

評価項目	DPC 標準病院群	大学病院本院群	DPC 特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕(0.5P) 「がん診療連携拠点病院の指定」「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」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P) 「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)		
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) ※ いずれか最大値で評価。		
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) 入院中に大動脈解離に対する手術 (K5601,K5602,K5603,K5604,K5605、K560-21、K560-22、K560-23,K5611)のいずれかが算定されている症例)の診療実績 (25%tile 値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績 (0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績 (1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」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)		
災害	・BCPの策定実績有無別(平成31年以降の評価導入を検討) 災害拠点病院の指定 (0.5P) ・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」「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P) 一の指定」、「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) ・「総合周産期母子医療センターの指定」は0.5P ・「地域周産期母子医療センターの指定」は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)		
救急	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) 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)		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合1P① ①治験等の実施 ・10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成 (1P) ・20例以上の治験(※)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)(※) 協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 ・新型インフルエンザ等対策行動計画に関係する医療機関(平成31年以降の評価導入を検討)		
(2) 地域医療指数			
(3) 効率性指数	[全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数] ※ 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。		
(4) 複雑性指数	[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、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] ※ 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。		
(5) カバー率指数	[当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数] / [全診断群分類数] ※ 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)の支払い分類を計算対象とする。		

(6) 救急医療指数	<p>1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児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、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>
------------	--

④ 激変緩和係数は、診療報酬改定年度に限り加える。

編注 「激変緩和係数」は、下記ホームページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】（それらに関連する通知、事務連絡を含む。）の(11)の4「厚生労働省告示第71号」、12「厚生

労働省告示第217号」(改正告示が出された場合は、改正告示を参照)の別表第一～第六を参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

4 DPCに加えて出来高算定する点数

(1) 「診断群分類点数表」に含まれず、通常の医科点数表を加算する範囲

「診断群分類点数表」に含まれず、通常の医科点数表を加算する範囲は下記の通りである。

分類	DPCに加えて、出来高算定できる範囲
初・再診料	A000初診料 A001再診料の注5、注6、注16の加算（時間外・休日・深夜加算及び6歳未満の同加算、産科・産婦人科特別加算） 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、産科・産婦人科特別加算）
入院基本料	○重症児（者）受入連携加算（A100地域一般入院基本料算定病棟に限る） ○救急・在宅等支援病床初期加算（A100地域一般入院基本料算定病棟に限る） ○看護必要度加算（A104特定機能病院の一般病棟若しくはA105専門病院の10対1入院基本料に限る） ○一般病棟看護必要度評価加算（専門病院の13対1入院基本料） ○ADL維持向上等体制加算（A100急性期一般入院基本料及びA104特定機能病院の一般病棟若しくはA105専門病院の7対1又は10対1入院基本料算定病院に限る）
入院基本料等加算	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 A208乳幼児加算・幼児加算 A210難病等特別入院診療加算 A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 A213看護配置加算 A219療養環境加算 A220 HIV 感染者療養環境特別加算 A202-2二类感染症患者療養環境特別加算 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 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重度アルコール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 A233-2栄養サポートチーム加算 A234-3患者サポート体制充実加算

入院基本料等加算	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ハイリスク分娩管理加算（専門病院を除く） A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算 A238-4救急搬送患者地域連携紹介加算 A238-5救急搬送患者地域連携受入加算 A240総合評価加算 A242呼吸ケアチーム加算 A244病棟薬剤業務実施加算（2に限る） A246入院支援加算 A247認知症ケア加算 A248精神疾患診療体制加算 A250薬剤総合評価調整加算
特定入院料	次頁以降に掲げる DPC 独自に定められた特定入院料
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、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化型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、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）及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子活性化第Ⅶ因子に係る費用（※2）
注射	G020無菌製剤処理料 投薬の（※1）、（※2）に同じ
処置	J042（1）連続携行式腹膜灌流、J045-2一酸化窒素吸入治療法及び、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に掲げる腹膜灌流1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
リハビリテーション	全て算定可（薬剤料を除く）
精神科専門療法	全て算定可（薬剤料を除く）
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
入院時食事療養	全て算定可

※ 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。

(2) 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

「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」を算定する病床に入院している期間は、次の扱いとなる。

① 医科点数表に定めた特定入院の点数ではなく、次に掲げるDPC対象医療機関独自の特定入院料を加算する。なお、特定入院料の届出は、医科点数表の届出により行う。

② 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、特定入院料の包括範囲は医科点数表に定めた包括範囲ではなく、DPCの診断群分類ごとに設定された包括範囲が適用される。

③ DPC対象医療機関において特定入院料を加算している期間中に算定できる入院基本料等加算は、別に定められている。

編注 一部の特定入院料及び短期滞在入院基本料算定患者は、DPCによらず通常の診療報酬で算定する。(⇒P.14)

DPCに加算する特定入院料の点数							
項目		特定機能病院	専門病院	一般病院			
A300 救命救急入院料	1	救命救急入院料1	3日以内	7,825	8,025	8,087	
			4日～7日以内	6,885	7,085	7,147	
			8日～14日以内	5,579	5,779	5,841	
	2	救命救急入院料2	3日以内	9,349	9,549	9,611	
			4日～7日以内	8,272	8,472	8,534	
			8日～14日以内	7,002	7,202	7,264	
	3	救命救急入院料3	3日以内	7,825	8,025	8,087	
			4日～7日以内	6,885	7,085	7,147	
			8日～14日以内	5,579	5,779	5,841	
		広範囲熱傷 特定集中治療管理料	3日以内	7,825	8,025	8,087	
			4日～7日以内	6,885	7,085	7,147	
			8日～14日以内	5,986	6,186	6,248	
	4	救命救急入院料4	15日～30日以内	6,491	6,491	6,506	
			31日～60日以内	6,698	6,698	6,698	
			3日以内	9,349	9,549	9,611	
		広範囲熱傷 特定集中治療管理料	4日～7日以内	8,272	8,472	8,534	
			8日～14日以内	7,002	7,202	7,264	
			3日以内	9,349	9,549	9,611	
	加減算	高度救命救急センター加算		+100	+100	+100	
		救急体制充実加算1		+1,500	+1,500	+1,500	
		救急体制充実加算2		+1,000	+1,000	+1,000	
		救急体制充実加算3		+500	+500	+500	
		15歳未満小児加算		+5,000	+5,000	+5,000	
		急性薬物中毒患者	1 機器分析	+5,000	+5,000	+5,000	
2 その他			+350	+350	+350		
精神疾患診断治療等加算		+3,000	+3,000	+3,000			
A301 特定集中治療室管理料		1	特定集中治療室管理料1	7日以内	11,606	11,806	11,868
				8日～14日以内	10,082	10,282	10,344
	2	特定集中治療室管理料2	7日以内	11,606	11,806	11,868	
			8日～14日以内	10,082	10,282	10,344	
	3	広範囲熱傷特定集中治療管理料	7日以内	11,606	11,806	11,868	
			8日～14日以内	10,275	10,475	10,537	
			15日～30日以内	10,780	10,780	10,795	
			31日～60日以内	10,987	10,987	10,987	
	3	特定集中治療室管理料3	7日以内	7,317	7,517	7,579	
			8～14日以内	5,793	5,993	6,055	

D P C に加算する特定入院料の点数						
項目			特定機能病院	専門病院	一般病院	
A301 特定集中治療室管理料	4	特定集中治療室管理料 4	7日以内	7,317	7,517	7,579
			8～14日以内	5,793	5,993	6,055
		広範囲熱傷特定集中治療室管理料	7日以内	7,317	7,517	7,579
			8～14日以内	5,986	6,186	6,248
	15～30日以内		6,491	6,491	6,506	
	15歳未満小児加算	31～60日以内	6,698	6,698	6,698	
		7日以内	+2,000	+2,000	+2,000	
			8日～14日以内	+1,500	+1,500	+1,500
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	1	14日以内	4,540	4,740	4,802	
		15～21日以内	5,045	5,045	5,060	
	2	14日以内	2,040	2,240	2,302	
		15～21日以内	2,545	2,545	2,560	
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料			14日以内	3,760	3,960	4,022
A301-4小児特定集中治療室管理料			7日以内	13,708	13,908	13,970
			8日～14日以内	11,676	11,876	11,938
			15～30日以内	12,181	12,181	12,196
			31～35日以内	12,388	12,388	12,388
A302新生児特定集中治療室管理料	1	14日以内	8,130	8,330	8,392	
		15日～30日以内	8,635	8,635	8,650	
		31日～90日以内	8,842	8,842	8,842	
	2	14日以内	6,065	6,265	6,327	
		15日～30日以内	6,570	6,570	6,585	
		31日～90日以内	6,777	6,777	6,777	
A303総合周産期特定集中治療室管理料	1	14日以内	5,081	5,281	5,343	
		14日以内	8,130	8,330	8,392	
	2	15日～30日以内	8,635	8,635	8,650	
		31日～90日以内	8,842	8,842	8,842	
A303-2新生児治療回復室入院管理料			14日以内	3,455	3,655	3,717
			15日～30日以内	3,960	3,960	3,975
			31日～120日以内	4,167	4,167	4,167
A305一類感染症患者入院医療管理料			14日以内	7,002	7,202	7,264
			15～30日以内	6,287	6,287	6,302
			31日以上	6,494	6,494	6,494
A307小児入院医療管理料	1	14日以内	2,540	2,740	2,802	
		15日～30日以内	3,045	3,045	3,060	
		31日以上	3,252	3,252	3,252	
	2	14日以内	2,032	2,232	2,294	
		15日～30日以内	2,537	2,537	2,552	
		31日以上	2,744	2,744	2,744	
	3	14日以内	1,626	1,826	1,888	
		15日～30日以内	2,131	2,131	2,146	
		31日以上	2,338	2,338	2,338	
	4	14日以内	1,016	1,216	1,278	
		15日～30日以内	1,521	1,521	1,536	
		31日以上	1,728	1,728	1,728	
	5	14日以内	101	301	363	
		15日～30日以内	606	606	621	
		31日以上	813	813	813	
	プレイルーム、保育士等加算			+100	+100	+100
	人工呼吸器使用加算			+600	+600	+600
重症児受入加算(3・4・5に限る)			+200	+200	+200	

DPCに加算する特定入院料に加算できる入院基本料等加算

	A20512 超急性期脳卒中加算	A20513 妊産婦緊急搬送入院加算	A206 在宅患者緊急入院加算	A212 超重症児(者)入院診療加算 準超重症児(者)入院診療加算	A2212 小児療養環境特別加算	A22612 緩和ケア診療加算	A2304 精神科リエゾンチーム加算	A2312 強度行動障害入院医療管理加算	A2314 摂食障害入院医療管理加算	A232 がん拠点病院加算	A23413 患者サポート体制充実加算	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	A244 病棟薬剤業務完治加算2	A246 入院支援加算1のイ及び3	A247 認知症ケア加算	A248 精神疾患治療体制加算
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	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×	○
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	1・2	○	×	○	○	○	×	×	×	○	○	○	×	○	×	○
	3・4	○	×	○	○	○	×	×	×	×	○	○	×	○	×	○
	5	○	×	○	○	○	×	×	○	×	○	○	×	○	×	○

注 入院基本料等加算の点数は、医科点数表により算定する。

※ A248精神疾患診療体制加算は、A300救命救急入院料の場合、注2の加算を算定しない場合に限り算定できる。

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	
	旧点数	新点数	旧点数	新点数
7対1入院基本料		▲128点		▲127点
10対1入院基本料		▲107点		▲107点
13対1入院基本料		-		▲90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	
	旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数
急性期一般入院料1		▲127点		▲108点		▲89点
急性期一般入院料2		▲125点		▲106点		▲87点
急性期一般入院料3		▲119点		▲101点		▲83点
急性期一般入院料4		▲111点		▲94点		▲78点
急性期一般入院料5		▲110点		▲94点		▲77点
急性期一般入院料6		▲109点		▲92点		▲76点
急性期一般入院料7		▲107点		▲91点		▲75点
地域一般入院料1		▲90点		▲77点		▲63点
地域一般入院料2		▲90点		▲76点		▲63点
地域一般入院料3		▲77点		▲65点		▲54点
特別入院基本料		▲47点		-		-

(2) 夜間看護体制特定日減算（新設）

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	▲80点
10対1入院基本料	▲67点
13対1入院基本料	▲56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	
	旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数
急性期一般入院料1		▲80点		▲68点		▲56点
急性期一般入院料2		▲78点		▲66点		▲55点
急性期一般入院料3		▲75点		▲63点		▲52点
急性期一般入院料4		▲69点		▲59点		▲49点
急性期一般入院料5		▲69点		▲59点		▲48点
急性期一般入院料6		▲68点		▲58点		▲47点
急性期一般入院料7		▲67点		▲57点		▲47点
地域一般入院料1		▲56点		▲48点		▲39点
地域一般入院料2		▲56点		▲48点		▲39点
地域一般入院料3		▲48点		▲41点		▲34点
特別入院基本料		▲29点		-		-

⑥ D P C入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

D P C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。

(1) D P C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、D P C算定病棟が行う。ただし、D P C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 D P C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D P C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D P C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。

(2) 他の医療機関

- ① D P C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。

⑦ 7日以内の再入院

- (1) 診断群分類番号の上2桁が同一の傷病名又は再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上6桁が一致する場合で、7日以内に再入院（再転棟）した場合については、前回入院と一連の入院として扱われる。
- (2) 同一傷病での7日以内の再入院について、D P C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（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算定対象とされない病棟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」）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（以下、「同一傷病」）

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I C Dコード以外のI C Dコードを選択した場合

⑧ レセプト記載

- (1) 記載要領は、下記ホームページの下記ホームページの「第3 関係法令等」の【通知】の(6)「保医発0326第5号」を参照されたい。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>
- (2) レセプト記載について、2018年3月30日付厚生労働省疑義解釈では、下記の取扱いが示されている（抜粋）。
 - ① 副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した副傷病名を記載する。
 - ② 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要はない。
 - ③ 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、I C D -10コードを記入する。
 - ④ 入院中に処置を複数回実施した場合は、初回の実施日を記載する。
 - ⑤ 分娩のために入院中の患者が合併症等に

罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合の診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入する。また、「今回退院年月日」には保険給付が終了した日を記入する。

⑥ 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書は包括評価の診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のものが対象となる。

(3) 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手術（D I C）によって請求する際は、下記の内容が記載された症状詳記をレセプトに添付する。

- ・ D I C原因と考えられる基礎疾患
- ・ 厚生労働省D I C診断基準によるD I Cスコア又は急性期D I C診断基準（日本救急医学会D I C特別委員会）によるD I Cスコア
- ・ 入院中に実施された治療内容及び検査値等の推移

⑨ D P C算定対象外の患者

次の患者は、D P C対象病棟の入院患者であっても、診断群分類点数表によらず、通常の医科点数表に基づいた点数を算定する。

D P C対象病棟入院患者であっても、通常の診療報酬を算定する患者

- 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、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
 - ③ 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
 - ④ 「評価療養又は患者申出療養」の対象患者
 - ⑤ 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）
 - ・ K514-4 同種死体肺移植術
 - ・ K605-2 同種心移植術
 - ・ K697-5 生体部分肝移植術
 - ・ K709-3 同種死体脾移植術
 - ・ K716-4 生体部分小腸移植術
 - ・ K780 同種死体腎移植術
 - ・ K922 造血幹細胞移植
 - ・ K014-2 皮膚移植術（死体）
 - ・ K514-6 生体部分肺移植術
 - ・ K605-4 同種心肺移植術
 - ・ K697-7 同種死体肝移植術
 - ・ K709-5 同種死体脾腎移植術
 - ・ K716-6 同種死体小腸移植術
 - ・ K780-2 生体腎移植術
 - ⑥ 下記の特入院料、短期滞在手術基本料を算定する患者
 - ・ A106 障害者施設等入院基本料
 - ・ 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
 - (1) 地域包括ケア病棟入院料1から4まで
 - (2) 地域包括ケア入院医療管理料1から4まで（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算定していた患者を除く）
 - ・ A309 特殊疾患病棟入院料
 - ・ A400 短期滞在手術等基本料（1に限る）
 - ・ A306 特殊疾患入院医療管理料
 - ・ A310 緩和ケア病棟入院料
- ※1 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料、A310 緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが当該入院料の算定対象外である患者についても、通常の診療報酬を算定する。
- ※2 短期滞在手術等基本料3は、⑦の別に厚生労働大臣が定める者のウとして追加され通常の診療報酬を算定する。
- ⑦ その他厚生労働大臣が別に定める者
 - ア. 次に掲げる手術を受ける患者
 - ・ K046-3 一時的創外固定骨折治療術
 - ・ K060-2 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
 - ・ K076-2 関節鏡下関節授動術
 - ・ K082-4 自家肋骨肋軟骨関節全置換術
 - ・ K133-2 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
 - ・ K142-5 内視鏡下椎弓形成術
 - ・ K188-2 硬膜外腔癒着剥離術
 - ・ K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

- ・ K320-2 人工中耳植込術
- ・ K400 喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの
- ・ K463-2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
- ・ K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）2 MRIによるもの
- ・ K520 食道縫合術（穿孔、損傷）4 内視鏡によるもの
- ・ K523-2 硬性内視鏡下食道異物摘出術
- ・ K524-3 腹腔鏡下食道憩室切除術
- ・ K529-3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
- ・ K554-2 胸腔鏡下弁形成術
- ・ K555-3 胸腔鏡下弁置換術
- ・ K559-3 経皮的僧帽弁クリップ術
- ・ K561 ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合
- ・ K594-2 肺静脈隔離術
- ・ K597 ペースメーカー移植術 3 リードレスペースメーカーの場合
- ・ K602-2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）
- ・ K612 末梢動静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの
- ・ K647-3 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
- ・ K664-3 薬剤投与用胃瘻造設術
- ・ K665 胃瘻閉鎖術 2 内視鏡によるもの
- ・ K668-2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
- ・ K684-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
- ・ K689-2 経皮経肝バルーン拡張術
- ・ K700-3 腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
- ・ K730 小腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
- ・ K731 結腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
- ・ K735-5 腸管延長術
- ・ K741-2 直腸瘤手術
- ・ K743 痔核手術（脱肛を含む。）5 根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）
- ・ K777 腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
- ・ K792 尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
- ・ K805-2 膀胱皮膚瘻造設術
- ・ K805-3 導尿路造設術
- ・ K808 膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
- ・ K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- ・ K841-5 経尿道的前立腺核出術
- ・ K858 膈腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
- ・ K909 流産手術 1 妊娠11週までの場合 イ 手動真空吸引法によるもの
- ・ K924-2 自己クリオプレシビテート作製術（用手法）

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患者について下記ホームページの「第3 関係法令等」の【省令、告示】（それらに関連する通知、事務連絡を含む）の(11)の15「平成30年5月21日保医発0521第10号」に掲げる薬剤に限る）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

⑧ 医療法の人員標準に対して70/100以下の医療機関

医療法の人員標準に対して70/100以下の医療機関は、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（具体的には、DPCではなく、出来高で標欠病院の診療報酬を算定する）。

※ 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。

10 持参薬の取り扱い

予定入院にあつては、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禁止されている。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カルテに記載する。

11 DPC対象病院への参加と退出

(1) DPC対象病院の要件

- ① 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、下記(2)によりDPC準備病院となっている必要がある。
- ② 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	A100一般病棟の急性期一般入院基本料又は7対1若しくは10対1入院基本料算定病院(A104特定機能病院の一般病棟、A105専門病院に限る)である。 (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(1の届出を行っていることが望ましい)を届け出ている。	A207診療録管理体制加等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	標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、毎年実施する「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、入院及び外来診療データを提出。	左記を満たしている。(この場合、外来診療に係るデータについては提出することが望ましい)
	上記調査において、適切なデータを提出し、調査期間1月あたりの(データ/病床)比が0.875以上である。	——
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) コーディング委員会開催時には「DPC/PPDPS傷病名コーディングテキスト」を活用することが望ましい。(http://www.prrism.com/dpc/18dpc.html参照)	左記を満たしている。

(2) DPC準備病院への参加と退出

- ① 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「DPC準備病院届出書」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。
- ② DPC準備病院はデータ提出を行うが、点数は通常の医科点数表で算定する。
- ③ DPC準備病院を辞退する場合は、「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。

(3) DPC対象病院への参加と退出

- ① DPC制度への参加時期は、診療報酬改定時である。
- ② 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。

- ③ 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、「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。

④ DPC対象病院からの退出

ア 通常の場合は、直近に予定している診療報酬改定の6カ月前までに、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。

イ 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。

ウ 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。

エ 適切なデータを撰出しているかどうかについては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し、基準を満たしていない病院に結果が通知される。基準を満たしていない病院は判定後の直近の4月1日にDPC制度から退出する。

オ 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、その時点で退出届を提出する。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。

カ 退出届は、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。

キ 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、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。