

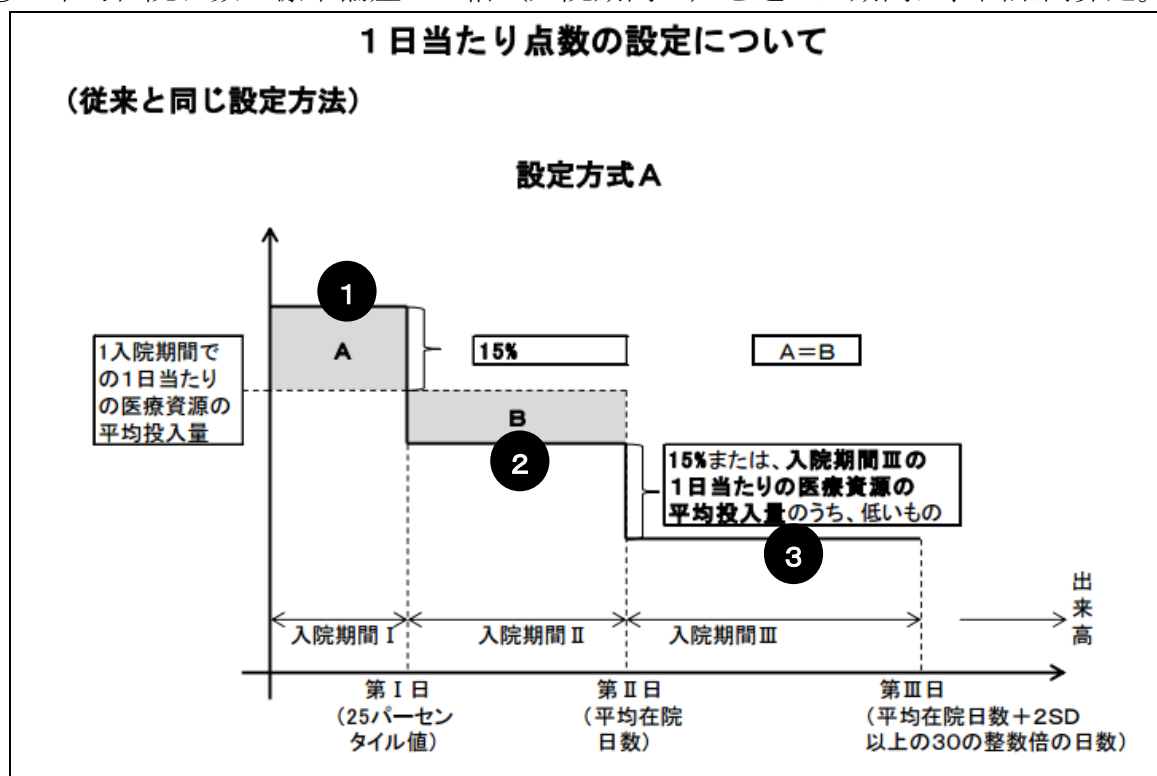
## DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)改定の概要 (未定稿)

### 点数改定後のDPCの概要

- (1) DPC は、次に掲げる DPC 準備病院の基準を 2 年間満たした上で、厚生労働大臣が参加を認めた「DPC 対象病院」において、506 疾患 4,244 の診断群分類 (2,410 の支払分類) に該当する患者に算定する診療報酬であり、2016 年 4 月現在 1,667 病院約 49 万床 (一般病床数の 55%) が対象である。
- ア 診療録管理体制加算を届け出て、年 2 回以上コーディング委員会を開催している 7 対 1 又は 10 対 1 入院基本料算定病院。
- イ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出及び「DPC 導入の影響評価に係る調査」に対応できる。
- (2) DPC の診療報酬は、「診断群分類毎に設定された包括評価による額」+「出来高算定できる点数」+「入院時食事療養」により算定する。
- ア 診断群分類毎に設定された包括評価 (入院基本料、投薬、注射、1,000 点未満の処置等) の額は、「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」により算出する。したがって、同じ診断群分類であっても病院によって算定点数が異なる。
- イ 「医療機関別係数」は、「基礎係数」+「暫定調整係数」+「機能評価係数Ⅰ」+「機能評価係数Ⅱ」により設定される。
- ① 「基礎係数」は、Ⅰ群 (大学病院本院群)、Ⅱ群 (特定機能病院及びそれに準じる病院)、Ⅲ群 (その他の病院) の 3 区分で設定される。
- ② 「暫定調整係数」は、病院毎に係数が異なる。
- ③ 「機能評価係数Ⅰ」は、入院基本料や一定の範囲の入院基本料等加算毎に係数が定められている。
- ④ 「機能評価係数Ⅱ」は、データ提出、効率性、複雑性、カバー率、地域医療、救急医療別で、かつ、病院毎に係数が異なる。
- ウ 「診断群分類毎の 1 日当り点数」は、診断群分類ごとに入院日数に応じて 3 段階で設定されており、通常の場合の設定は次の通り (1,952 分類)。なお、下記以外に「入院初期の医療資源投入量が多い場合 (229 分類) と少ない場合 (190 分類)」「高額薬剤等に係る場合 (39 分類)」の点数設定パターンもある。
- ① 診断群分類毎に、平均在院日数の短い方から上位 25% の患者が含まれるように設定した「25 パーセンタイル値」まで (入院期間Ⅰ) は、診断群分類毎の 1 日あたりの医療資源の平均的な投入量に 15% 上乗せした点数。(①)
- ② 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) は、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から、①で上乗せした点数 (図の A 部分) を減算 (図の B 部分) した点数。(②)
- ③ 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) は、②から更に 15% を減算または、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、低いものの点数。(3)

④ 平均在院日数+標準偏差の2倍(入院期間Ⅲ)を超えた期間は、出来高算定。



エ 午前中の退院が90%以上の病院、及び金曜日入院・月曜日退院の割合が40%以上の病院は、退院の日の診断群分類点数から病棟種別に応じ47点~128点が減算される。

オ 出来高算定できる点数のうち、特定入院料はDPC対象病院独自に定められた点数を加算する。また、特定入院料に加算できる入院基本料等加算の範囲も独自に定められている。その他の点数は、医科点数表により算定する。

- (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入院期間Ⅲ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、出来高請求を行う。
- (4) DPC対象病棟に入院中の患者は、DPC制度に基づく算定又は医科点数表に基づく算定のいずれかに一入院で統一する。入院時と退院時において請求方法が異なる場合は、患者の退院又はDPC算定病棟以外の病棟への転棟時に決定した請求方法により必要な請求を行う。
- (5) DPC入院中の患者が対診又は他医療機関に受診した場合の費用は、合議によってDPC算定病院が他医療機関に支払い、包括対象外部分はDPC算定病院が保険請求をする。

DPCに関する告示・通知は、厚生労働省の下記ホームページを参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>

第3 関係法令等【省令、告示】の(12)

## 1. 診断群分類

- (1) 診断群分類について、傷病名の統合・分割、副傷病による分岐の精緻化等が行われるとともに重症度を考慮した評価方法（CCP マトリックス）が試行的に導入され、診断群分類は 504 疾患 2,873（うち包括対象 2,309）分類から、506 疾患 4,918（うち包括対象 4,244、支払分類 2,410）分類となった。
- (2) 出来高報酬における点数、薬価等の改定を踏まえ、医療機関別係数の計算及び診断群分類点数表が改定された。

## 2. DPC 対象病院の要件

- (1) 下記に掲げる DPC 準備病院の基準を 2 年間満たした上で厚生労働大臣が参加を認めることに変更はない。なお、新たに DPC 準備病院を募集する場合、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が行われる。
  - ア A207 診療録管理体制加算を届け出て、コーディング委員会を年 4 回以上開催（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 回には含めない）している 7 対 1 又は 10 対 1 入院基本料算定病院（A100 一般病棟、A104 特定機能病院の一般病棟、A105 専門病院に限る）。なお、A205 救急医療管理加算の届出を行っていることやコーディング委員会を毎月開催していることが望ましいとされている。
  - イ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出及び「DPC 導入の影響評価に係わる調査」に対応できる。
  - ウ 調査期間において、退院した患者数を一般病棟の病床数で除した一月当たりの値が 0.875 以上である。
- (2) DPC 準備病院が DPC 対象病院になることを希望する場合は、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。

## 3. DPC 算定対象外となる患者

- (1) DPC 算定対象病棟入院患者であっても、診断群分類点数表によらず、通常の診療報酬（医科点数表に基づいた点数）を算定する対象について次の改定が行われた。
  - ア 入院期間Ⅲを超えて入院する患者は、これまで通り通常の診療報酬を算定するが、入院期間Ⅲの考え方が、これまでの「診断群分類毎の平均在院日数＋標準偏差の 2 倍」から、「診断群分類毎の平均在院日数＋標準偏差の 2 倍以上の 30 の整数倍とされた。
  - イ 通常の診療報酬を算定する「その他厚生労働大臣が別に定める者」について、「検査、画像診断、処置又は手術を受ける患者」は、新規保険適用の技術が該当し、全て更新された。

## DPC 対象病棟入院患者であっても、DPC によらず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（ただし、悪性腫瘍患者等であって化学療法等に関する診断群分類区分の入院期間Ⅲまでに化学療法等が実施されないものについては、抗悪性腫瘍剤等の薬剤を算定できない）
- (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」を受ける患者
- (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 同種死体膵移植術
  - ・ 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 同種死体膵腎移植術
  - ・ K780-2 生体腎移植術
- (6) 下記の点数を算定する患者
  - ・ 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
    - (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算定していた患者を除く）
  - ・ 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（1、2）

※ 短期滞在手術等基本料3は、(7)の厚生労働大臣が別に定める者のウに定められている。
- (7) その他厚生労働大臣が別に定める者
  - ア 次に掲げる処置、手術又は放射線治療を受ける患者
    - ・ J 007-2 硬膜外自家血注入
    - ・ J 118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）
    - ・ K 059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）3同種骨移植（非生体）イ同種骨移植（特殊なもの）
    - ・ K 080-6 関節鏡下股関節唇形成術
    - ・ K 171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術2頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く）
    - ・ K 461-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
    - ・ K 462-2 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
    - ・ K 464-2 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

- ・ K508-3 気管支熱形成術
- ・ K514 肺悪性腫瘍手術 10 壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）
- ・ K526-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法
- ・ K528-3 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
- ・ K530-3 内視鏡下筋層切開術
- ・ K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術
- ・ K603-2 小児補助人工心臓（1日につき）
- ・ K605-5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術
- ・ K674-2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・ K677 胆管悪性腫瘍手術 1 臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの
- ・ K695-2 腹腔鏡下肝切除術（1部分切除及び2外側区域切除を除く）
- ・ K703-2 腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術
- ・ K715-2 腹腔鏡下腸重積症整復術
- ・ K726-2 腹腔鏡下人工肛門造設術
- ・ K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
- ・ K865-2 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ・ M001-4 粒子線治療（一連につき）

イ. 別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与される患者（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（告示）平成28年厚生労働省告示第74号別表1（下記アドレスの4～6頁）に掲げる薬剤に限る）

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=339067&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000116867.pdf>

ウ. 短期滞在手術等基本料3に該当する手術・検査が入院日から5日以内に実施される患者（上記平成28年厚生労働省告示第74号別表2（上記アドレスの7～8頁）に掲げる診断群分類番号に係るものに限る）。なお短期滞在手術等基本料3を算定した上で6日目以降も入院する場合も、診断群分類点数表ではなく、医科点数表に基づき算定する。

(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以下の医療機関及び月平均入院患者数が許可病床もしくは届出病床又は承認病床の105/100以上の医療機関は、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。

#### 4. 「調整係数」から、「基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」への更なる置き換え

前年度の収入を保証するため、病院別に定められていた調整係数について今回の改定を含めて2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えが進められることとされ、今回は調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換えられ、残りの調整部分が

「暫定調整」として設定された。

## 5. 「機能評価係数 I」の見直し

機能評価係数 I は、出来高点数で「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を評価したものであり、医科点数表改定を反映して、機能評価係数 I が改定された。

なお、病棟群単位による届出を行っている病院の機能評価係数 I は、10 対 1 入院基本料を選択し、7 対 1 入院基本料の算定要件を満たす患者については、10 に掲げる点数（→P17）を算定することとされた。

ア 次の点数を届け出た場合は、機能評価係数 I として、加算又は減算係数を算定する。

機能評価係数 I						
	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
7 対 1 入院基本料	0.1734	0.1739	0.1181	0.1178	0.1007	0.1001
7 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.0229	0.0079
7 対 1 夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲0.0844
10 対 1 入院基本料	0.0723	0.0734	0.0174	0.0177	0.0000	
10 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.1034	▲0.0773
10 対 1 夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲0.1545
13 対 1 入院基本料			▲0.0646	▲0.0639	▲0.0820	▲0.0816
13 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.1691	▲0.1466
13 対 1 夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲0.2116
15 対 1 入院基本料					▲0.1446	▲0.1438
15 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.2193	▲0.1995
15 対 1 夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲0.2552
特別入院基本料					▲0.3330	▲0.3320
栄養管理体制未実施減算	▲0.0156	▲0.0155	▲0.0156	▲0.0155	▲0.0156	▲0.0155
A200 総合入院体制加算	1	—	—	—	0.0574	0.0582
	2	—	—	—	(新設)	0.0437
	3	—	—	—	0.0287	0.0291
A204 地域医療支援病院入院診療加算	—	—	—	—	0.0266	
A204-2 臨床研修病院入院診療加算	基幹型	0.0012		0.0012		0.0012
	協力型	0.0006		0.0006		0.0006
A 207 診療録管理体制加算	1	0.0027		0.0027		0.0027
	2	0.0008		0.0008		0.0008

A207-2 医師事務作業補助体制加算	1	15 対 1	(新設)	0.0266	0.0261	0.0266	0.0261	0.0266
		20 対 1	(新設)	0.0201	0.0197	0.0201	0.0197	0.0201
		25 対 1	(新設)	0.0162	0.0158	0.0162	0.0158	0.0162
		30 対 1	(新設)	0.0136	0.0132	0.0136	0.0132	0.0136
		40 対 1	(新設)	0.0109	0.0106	0.0109	0.0106	0.0109
		50 対 1	(新設)	0.0084	0.0082	0.0084	0.0082	0.0084
		75 対 1	(新設)	0.0060	0.0058	0.0060	0.0058	0.0060
		100 対 1	(新設)	0.0045	0.0043	0.0045	0.0043	0.0045
	2	15 対 1	—	—	0.0246	0.0248	0.0246	0.0248
		20 対 1	—	—	0.0185	0.0186	0.0185	0.0186
		25 対 1	—	—	0.0149	0.0150	0.0149	0.0150
		30 対 1	—	—	0.0125		0.0125	
		40 対 1	—	—	0.0100	0.0101	0.0100	0.0101
		50 対 1	—	—	0.0077	0.0078	0.0077	0.0078
75 対 1		—	—	0.0055		0.0055		
100 対 1		—	—	0.0042		0.0042		
A207-3 急性期看護補助体制加算	25 対 1	5割以上	0.0383	0.0388	0.0383	0.0388	0.0383	0.0388
		5割未満	0.0335	0.0340	0.0335	0.0340	0.0335	0.0340
	50 対 1		0.0287	0.0291	0.0287	0.0291	0.0287	0.0291
	75 対 1		0.0191	0.0194	0.0191	0.0194	0.0191	0.0194
	夜間 30 対 1		0.0084	0.0097	0.0084	0.0097	0.0084	0.0097
	夜間 50 対 1		0.0060	0.0085	0.0060	0.0085	0.0060	0.0085
	夜間 100 対 1		0.0036	0.0049	0.0036	0.0049	0.0036	0.0049
	夜間看護体制加算		0.0120	0.0024	0.0120	0.0024	0.0120	0.0024
A207-4 看護職員夜間配置加算	12 対 1 配置加算1	(新設)	0.0194	(新設)	0.0194	(新設)	0.0194	
	12 対 1 配置加算2		0.0120	0.0146	0.0120	0.0146	0.0120	0.0146
	16 対 1 配置加算	(新設)	0.0097	(新設)	0.0097	(新設)	0.0097	
A214 看護補助加算	1	—	—	0.0396	0.0393	0.0396	0.0393	
	2	—	—	0.0305	0.0302	0.0305	0.0302	
	3	—	—	0.0203	0.0202	0.0203	0.0202	
	夜間 75 対 1 看護補助加算	—	—	(新設)	0.0085	(新設)	0.0085	
	夜間看護体制加算	—	—	(新設)	0.0040	(新設)	0.0040	
A218 地域加算	1 級地	0.0070		0.0070		0.0070		
	2 級地	0.0058		0.0058		0.0058		
	3 級地	0.0047	0.0054	0.0047	0.0054	0.0047	0.0054	
	4 級地	0.0039	0.0043	0.0039	0.0043	0.0039	0.0043	
	5 級地	0.0023	0.0035	0.0023	0.0035	0.0023	0.0035	
	6 級地	0.0012	0.0019	0.0012	0.0019	0.0012	0.0019	

	7級地	(新設)	0.0012	(新設)	0.0012	(新設)	0.0012	
A218-2 離島加算		0.0070		0.0070		0.0070		
A234 医療安全 対策加算	1	0.0026		0.0026		0.0026		
	2	0.0011		0.0011		0.0011		
A234-2 感染防 止対策加算	1	0.0121	0.0122	0.0121	0.0122	0.0121	0.0122	
	2	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	
	地域連携加算	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	
A244 病棟薬剤 業務実施加算	1	0.0064	0.0063	0.0064	0.0063	0.0064	0.0063	
	2	—	—	—	—	—	—	
A245 データ提 出加算	1	200床以上	0.0030	0.0037	0.0030	0.0037	0.0030	0.0037
		200床未満	0.0046	0.0052	0.0046	0.0052	0.0046	0.0052
	2	200床以上	0.0033	0.0040	0.0033	0.0040	0.0033	0.0040
		200床未満	0.0049	0.0055	0.0049	0.0055	0.0049	0.0055
D026 検体検査 管理加算	I		0.0010		0.0010		0.0010	
	II		0.0025		0.0025		0.0025	
	III		0.0075	0.0076	0.0075	0.0076	0.0075	0.0076
	IV		0.0124	0.0126	0.0124	0.0126	0.0124	0.0126
	国際標準検査管理加算		(新設)	0.0010	(新設)	0.0010	(新設)	0.0010

イ 次に該当する場合は、機能評価係数として、減算係数を算定する。

機能強化係数 I						
	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
7対1入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.0229	
7対1入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	
10対1入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.1034	
10対1入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	
13対1入院基本料			▲0.0646	▲0.0639	▲0.0820	
13対1入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.1691	
13対1入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	
15対1入院基本料					▲0.1446	
15対1入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.2193	
15対1入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	
特別入院基本料					▲0.3330	
栄養管理体制未実施減算	▲0.0156	▲0.0155	▲0.0156	▲0.0155	▲0.0156	



## 6. 「機能評価係数Ⅱ」の見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱに新たに「重症度指数」が追加され、8項目となった。また、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた改定が行われた。

### ア 保険診療指数

- ① 医療機関群における総合的評価による減算を追加。
- ② 病院情報公表の取り組みに対する加算を追加（2017年度以降）。

評価の概要
<p>1点から下記を減算又は加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 部位不明・詳細不明コード割合 20%以上は、1年間 0.05 点減</li> <li>② DPC データ全件に占める様式間の記載矛盾割合が 1%以上の場合、0.05 点減</li> <li>③ 入院医療分レセプトに記載された傷病名数のうち、未コード化傷病名の割合が 20%以上は、0.05 点減</li> <li>④ I 群病院において規定の手順で指導医療官を一定期間派遣した場合、0.05 点加算</li> <li>⑤ 下記に該当する大学病院本院及びⅡ群病院について、それぞれ 0.05 点減算 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本院より機能が高分院（DPC 対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅱ群病院選定にかかる 9 項目の実績要件のうち 5 項目以上分院が上回っている）</li> <li>・ Ⅱ群実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床がない又は医療保護入院若しくは措置入院実績のない大学病院本院及び 2 群病院</li> </ul> </li> <li>⑥ 自院ホームページでデータの集計値を公表した場合 0.05 点加算</li> </ul>

### イ 効率性指数（変更なし）

評価の概要
$\frac{\text{全 DPC 対象病院の平均在院日数}}{\text{当該病院の患者構成が全 DPC 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}}$

### ウ 複雑性指数（変更なし）

評価の概要
$\frac{\text{当該病院の入院当たり包括範囲出来高点数を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数}}{\text{全病院の平均入院当たり包括点数}}$

### エ カバー率指数（変更なし）

評価の概要
$\frac{\text{当該病院で一定症例数以上算定している診断群分類数}}{\text{全診断群分類数}}$

### オ 救急医療指数（変更なし）

評価の概要
<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と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① A205 救急医療管理加算届出病院 <ul style="list-style-type: none"> <li>「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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A205 救急医療管理加算、A300 救命救急入料、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</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>② A205 救急医療管理加算を届け出していない施設 <ul style="list-style-type: none"> <li>「救急医療入院」の患者</li> </ul> </li> </ul>

### カ 地域医療指数

- ① 「③地域がん登録」は、2017 年度以降は評価廃止予定。
- ② 「⑤災害時医療」は、2017 年度以降に災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対

策に係る指定地方公共機関の指定評価の導入を検討する。

③ 「⑬高度・先進的な医療提供」を追加

評価の概要		
a) 地域医療指数の評価割合は、下記の通り。		
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア
(1) 体制評価指数（ポイント制、12項目、Ⅲ群上限8ポイント）		2分の1
(2) 定量評価指数	①15歳未満	4分の1
	②15歳以上	4分の1
b) 「体制評価指数」におけるDPC対象病院Ⅲ群の評価の概要は、次の通りである。なお、対象病院Ⅰ群・Ⅱ群の評価は、省略する。		
①脳卒中地域連携	「地域連携診療計画管理料」、「地域連携診療計画退院時指導料」（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ている（1ポイント）	
②がん地域連携	「がん治療連携計画策定料」又は「がん治療連携指導料」のいずれかを届け出ている（1ポイント）	
③地域がん登録	地域がん登録に参画し、当該医療機関を退院した患者について、下記で評価し、実績に応じて0～1ポイント（2017年4月以降評価廃止予定） 実績＝ $\frac{\text{病院所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（都道府県内患者分）}}{\text{悪性腫瘍関連病名である病院所在都道府県内の初発患者数}}$	
④救急医療	二次救急医療機関で病院群輪番制への参加施設、共同利用型施設又は救急救命センターを評価（0.1ポイント） 救急車で来院し、入院となった患者数（0.9ポイント）	
⑤災害時医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定（2017年度以降導入予定）」又は「DMAT」の指定（いずれかで1ポイント）	
⑥へき地の医療	「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」を満たす（いずれかで1ポイント）	
⑦周産期医療	「総合周産期母子医療センター」又は「地域周産期母子医療センター」の指定（いずれかで1ポイント）	
⑧がん診療連携拠点病院	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」若しくは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院（いずれかで1ポイント）	
⑨24時間tPA体制	超急性期脳卒中加算を算定（1ポイント）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）に参加（1ポイント）	
⑪急性心筋梗塞の24時間診療体制	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（実績に応じて0～1ポイント）	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「精神科身体合併症管理加算」又は「精神科救急・合併症入院料」のいずれかを届け出ている（1ポイント）	
⑬高度・先進的な医療提供	各項目の実施症例数を評価（2017年度より評価）。 ・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	

	<p>以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P）</p> <p>・ 20 例以上の治験（協力施設としての治験の実施を含む）の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施（0.25P）</p>
<p>※体制に係わる指定要件は、2015 年 9 月 30 日までに指定（10 月 1 日付指定を含む）を受けていることが要件。</p>	
<p>c) 「定量評価指数」は、15 歳未満と 15 歳以上で、下記の計算により、それぞれ評価を行う。</p>	
$\text{定量評価指数} = \frac{\text{当該病院の所属 2 次医療圏における担当患者数}}{\text{当該病院の所属 2 次医療圏における発生患者数}}$	

キ 後発医薬品指数

医科点数表改定を反映して数量ベースで 70% を評価上限とされた。

評価の概要
<p>入院医療で用いられる薬剤について、下記に掲げる後発医薬品数量シェアにより評価。</p> <p>= 後発医薬品の数量 / (後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)</p>

ク 重症度指数（新設）

診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価。

評価の概要
<p>(包括範囲出来高点数) / (診断群分類点数表に基づく包括点数) を評価</p> <p>※ 救急医療指数で既に評価されている救急入院 2 日目までの包括範囲出来高点数は除外する。</p>

- (2) 基礎係数 + 暫定調整係数 + 機能評価係数Ⅰ + 機能評価係数Ⅱの合計が当該病院の医療機関別係数となる。機能評価係数Ⅱは、病院別に告示される。

7. DPC に加えて出来高で算定できる点数の範囲の見直し

DPC における包括評価に含まれず、通常の医科点数表に基づいた点数を算定できる範囲が次の通り変更となった。（下線が追加）

分類	DPC に加えて、出来高算定できる範囲
入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○重症児（者）受入連携加算（一般病棟 13 対 1、15 対 1 入院基本料）</li> <li>○救急・在宅等支援病床初期加算（一般病棟 13 対 1、15 対 1 入院基本料）</li> <li>○看護必要度加算 1・2（全ての病棟の 10 対 1 入院基本料）</li> <li>○一般病棟看護必要度評価加算（一般病院・専門病院の 13 対 1 入院基本料）</li> <li>○ADL 維持向上等体制加算（全ての病棟の 7 対 1、10 対 1 入院基本料）</li> </ul>
入院基本料等加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>A205 救急医療管理加算</li> <li>A205-2 超急性期脳卒中加算</li> <li>A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算</li> <li>A206 在宅患者緊急入院診療加算</li> <li>A208 乳幼児加算・幼児加算</li> <li>A210 難病等特別入院診療加算</li> <li>A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</li> <li>A213 看護配置加算</li> <li>A219 療養環境加算</li> <li>A220 HIV 感染者療養環境特別加算</li> <li>A202-2 二類感染症患者療養環境特別加算</li> <li>A221 重傷者等療養環境特別加算</li> </ul>

	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 がん診療連携拠点病院加算 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 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 退院調整加算 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 A243 後発医薬品使用体制加算（算定不可。➡ P 280 問 6 - 4 参照） A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る） A246 退院支援加算 A247 認知症ケア加算 A248 精神疾患診療体制加算 A249 精神科急性期医師配置加算 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	DPC 対象外
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
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 その他の検体採取）
画像診断	画像診断管理加算 1・2、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、乾燥人血液凝固因子第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子交代迂回活性複合体を含む）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) 連続携帯式腹膜灌流、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 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

## 8. DPC 独自に定められた特定入院料の見直し

- (1) DPC 独自に定められた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 の包括範囲（➡前ページの7. DPC に加えて出来高算定できる範囲参照）が適用される。ただし、DPC 独自に定められた特定入院料を算定する場合に算定できる入院基本料等加算は、別途定められている。（➡P●参照）
- (2) 医科点数表の変更に伴って、DPC 独自に定められた特定入院料の点数も改定された。

DPC 独自に定められた特定入院料の点数								
項目			特定機能病院		専門病院		一般病院	
			旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数
A300 救命救急入院料	1	救命救急入院料	3日以内	7,825	8,025	8,025	8,087	
			4～7日以内	6,885	7,085	7,147		
			8～14日以内	5,579	5,779	5,841		
	2	救命救急入院料	3日以内	9,349	9,549	9,549	9,611	
			4～7日以内	8,272	8,472	8,534		
			8～14日以内	7,002	7,202	7,264		
	3	救命救急入院料	3日以内	7,825	8,025	8,025	8,087	
			4～7日以内	6,885	7,085	7,147		
			8～14日以内	5,579	5,779	5,841		
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	7,825	8,025	8,025	8,087	
			4～7日以内	6,885	7,085	7,147		
			8～14日以内	5,986	6,186	6,248		
			15～30日以内	6,491	6,491	6,506		
	31～60日以内	6,698	6,698	6,698				
	4	救命救急入院料	3日以内	9,349	9,549	9,549	9,611	
			4～7日以内	8,272	8,472	8,534		
			8～14日以内	7,002	7,202	7,264		
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	9,349	9,549	9,549	9,611	
			4～7日以内	8,272	8,472	8,534		
			8～14日以内	7,002	7,202	7,264		
			15～30日以内	6,491	6,491	6,506		
	31～60日以内	6,698	6,698	6,698				
	加減算	高度救命救急センター加算		+100	+100	+100	+100	
		充実度A加算		+1,000	+1,000	+1,000	+1,000	
充実度B加算		+500	+500	+500	+500			
15歳未満小児加算		+5,000	+5,000	+5,000	+5,000			
急性薬毒物中毒加算		1 機器分析	+5,000	+5,000	+5,000	+5,000		
		2 その他	+350	+350	+350	+350		
精神疾患診断治療等加算		+3,000	+3,000	+3,000	+3,000			
治中	1	特定集中治療室管理料	7日以内	11,606	11,806	11,868		
			8～14日以内	10,082	10,282	10,344		

	2	特定集中治療室管理料	7日以内	11,606	11,806	11,868		
			8～14日以内	10,082	10,282	10,344		
		広範囲熱傷特定集中治療室	7日以内	11,606	11,806	11,868		
			8～14日以内	10,275	10,475	10,537		
			15～30日以内	10,780	10,780	10,795		
			31～60日以内	10,987	10,987	10,987		
		3	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	5,793	5,993	6,055	
	4	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	5,793	5,993	6,055		
		広範囲熱傷特定集中治療室	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		
			31～60日以内	6,698	6,698	6,698		
15歳未満小児加算	7日以内	+2,000	+2,000	+2,000				
	8～14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			
		8～14日以内	11,676	11,876	11,938			
		15～30日以内	(新設)	12,181	(新設)	12,181	(新設)	12,196
		31～35日以内	(新設)	12,388	(新設)	12,388	(新設)	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			
		15～21日以内	8,635	8,635	8,650			
		31～90日以内	8,842	8,842	8,842			
	2	14日以内	6,065	6,265	6,327			
		15～21日以内	6,570	6,570	6,585			
		31～90日以内	6,777	6,770	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	15～30日以内	8,635	8,635	8,650			
		31～90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			
		15～30日以内	3,960	3,960	3,975			
		31～120日以内	4,167	4,167	4,167			
A305 一類感染症患者入院医療管理料		7日以内	7,002	7,002	7,202	7,202	7,264	7,264
		8～14日以内	5,782		5,982		6,044	
		15～30日以内	(新設)	6,287	(新設)	6,287	(新設)	6,302
		31日以上	(新設)	6,494	(新設)	6,494	(新設)	6,494
A307 小児入院医療管理料	1	14日以内	2,540	2,740	2,802			
		15～30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			
		15～30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
		15～30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
		15～30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
		15～30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		(新設)	+600	(新設)	+600
重症児受入体制加算(3・4・5に限る)		(新設)	+200	(新設)	+200

DPC 独自に定められた特定入院料を算定する場合に加算できる入院基本料等加算  
(変更後のみ掲載)

	A2052	A2053	A206	A212	A2212	A2304	A2312	A2314	A232	A2343	A236	A244	A246	A247	A248
	超急性期脳卒中加算	妊産婦緊急搬送入院加算	在宅患者緊急入院診療加算	超重症患者 入院診療加算	小児療養環境特別加算	精神科リエゾンチーム加算	強度行動障害入院医療管理加算	摂食障害入院医療管理加算	がん拠点病院加算	患者サポート体制充実加算	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	病棟薬剤業務実施加算2	退院支援加算1のイ及び3	認知症ケア加算	精神疾患診療体制加算
A300 救命救急入院料	○	○	-	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	○
A301 特定集中治療室管理	○	○	-	-	-	○	-	-	-	○	○	○	○	○	○
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	○	-	○	○	-	○	○	-	○	○	-	○	-	○

**9. 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**

(1) 午前中の退院が 90%以上の病院、又は金曜日入院・月曜日退院の割合が 40%以上の病院について診断群分類点数から減算する点数が次の通り変更された。

	特定機能病院		専門病院		一般病院	
	旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数
7 対 1 入院基本料	▲128 点		▲127 点		▲127 点	
7 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲102 点	▲108 点
7 対 1 入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲ 89 点
10 対 1 入院基本料	▲107 点		▲107 点		▲107 点	
10 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲85 点	▲ 91 点
10 対 1 入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲ 75 点
13 対 1 入院基本料			▲ 90 点		▲90 点	
13 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲72 点	▲ 76 点
13 対 1 入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲ 63 点
15 対 1 入院基本料					▲77 点	
15 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲61 点	▲ 65 点
15 対 1 入院基本料の夜勤時間特別入院基本料					(新設)	▲ 54 点
特別入院基本料					▲47 点	

(2) 減算要件の変更はなく、次の通りである。

ア 退院全体のうち午前中退院が直近 6 カ月のすべての月で 90%以上の病院で、当該病棟に 30 日を超えて入院している患者であって午前中に退院する患者については、退院日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。ただし、下記の患者は減算しない。

- ・退院日において 1,000 点以上の処置又は手術を行っている者
- ・退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定している者
- ・DPC 独自に定められた特定入院料を加算している者

イ 入院全体のうち金曜日入院者の比率と、退院全体のうち月曜日退院者の比率の合計が直近 6 カ月のすべての月で 40%以上の病院で、金曜日入院患者は、入院直後の土曜日・日曜日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。また、月曜日退院患者は、退院直前の土曜日・日曜日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。ただし、下記の患者は減算しない。

- ・減算する土曜日・日曜日に、1,000 点以上の処置又は手術を行っている者



## 10. 病棟群単位の届出における算定方法（新設）

7対1入院基本料と10対1入院基本料を病棟単位で届け出ている病院においては、診断群分類点数に次の点数を加算することとされた。

	特定機能病院	専門病院	一般病院
7対1入院基本料	260点	259点	259点
7対1入院基本料の月平均夜勤時間超過減算			220点
7対1入院基本料の夜勤時間特別入院基本料			181点

## 11. 算定ルールの見直し

- (1) DPC対象病棟に入院中の患者は、DPC制度に基づく算定又は医科点数表に基づく算定のいずれかに一入院で統一することとされた。なお、入院時と退院時において請求方法が異なる場合は、患者の退院又はDPC算定病棟以外の病棟への転棟時に決定した請求方法により必要な請求を行うこととされた。
- (2) 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取り扱うこととされた。
- (3) 診断群分類番号の上2桁が同一の傷病名で7日以内に再入院（再転棟）した場合には前回入院と一連の入院と見なす扱いには変更がないが、退院期間は入院期間に算入しない（DPC以外の病棟への転棟期間は入院期間として算入する）扱いとされた。
- (3) 予定入院の患者において、入院の契機となった傷病治療目的の薬剤は特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって持参させ入院中に使用してはならない扱いだが、ここでいう特段の理由は「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」ことが示された。

## 12. 「基礎係数」の変更

医療機関の属する病院群ごとに設定された基礎係数が変更された。

病院群	概要	基礎係数
DPC病院Ⅰ群	大学病院本院群（81病院）	1.1354
DPC病院Ⅱ群	下記の4つの実績要件を満たす病院（140病院） ①診療密度、②医師研修の実績、③高度な医療技術の実施、④重症患者に対する診療の実績	1.0646
DPC病院Ⅲ群	Ⅰ群、Ⅱ群以外（1446病院）	1.0296

## 13. 経過措置等

3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。

ア 包括→包括の場合

- ・ 4月請求は見直し後の診断群分類により行い、算定起算日は入院日とする。
- ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。

- ・ 4月以降、診断群分類の変更があった場合は、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

イ 包括→出来高の場合

- ・ 4月分の請求は、出来高で行う。
- ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。

ウ 出来高→包括の場合

- ・ 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- ・ 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

注1) 平成28年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料が「健康保険診療情報総合研究所」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る。

[http://www.prrism.com/dpc/setumei\\_20160226.pdf](http://www.prrism.com/dpc/setumei_20160226.pdf)

注2) DPCの診療報酬請求書等の記載要領は、厚生労働省の下記ホームページの148頁以降を参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=340744&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000117815.pdf>

注3) DPC制度への参加手続きに関する通知は、厚生労働省の下記ホームページを参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000042161.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=282246&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000090508.pdf>