

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）

2020年7月1日現在

第1節 DPC/PDPSの概要

1. 改定の概要

- (1) 診断群分類は、505疾患4,955（うち包括対象4,296、支払分類2,462）分類から、502疾患4,557（うち包括対象3,990、支払分類2,260）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。

（医療機関別係数＝基礎係数、機能評価係数Ⅰ・Ⅱ、激変緩和係数）

- (3) 「医療機関別係数」（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、診療報酬改定年度に限り、激変緩和係数を加える）が、下記の通り変更された。

ア. 基礎係数

- | | | | |
|------------|--------|---|---------------------|
| ① 大学病院本院群 | 1.1302 | → | 1.1327（＋0.0025ポイント） |
| ② DPC特定病院群 | 1.0681 | → | 1.0708（＋0.0027ポイント） |
| ③ DPC標準病院群 | 1.0374 | → | 1.0404（＋0.003ポイント） |

イ. 医科点数表で入院患者全員に算定する加算や入院基本料の補正值を評価する「機能評価係数Ⅰ」は、医科点数表改定に準拠して、入院基本料に係る係数は据え置かれたが、入院基本料等加算に関する係数の多くが引き上げられた。

ウ. 医療機関が担う役割や機能を評価して医療機関毎に設定される「機能評価係数Ⅱ」は、既存の6つの係数項目は維持されたが、地域医療係数については高度・先進的な医療の提供の実態を踏まえて要件が見直された。また、新型インフルエンザ等対策について要件が見直された。

（データ提出）

- (4) データ提出（退院患者調査）について、下記の変更が行われた。なお、詳細（データ作成方法、提出方法及び提出期日等）は、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を参照。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000616982.pdf>

ア. 様式1（患者属性や病態等の情報）

項 目	見直し内容
要介護度	・療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須。
要介護情報	・療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須。 ・栄養の摂取方法についての項目が追加。
ADLスコア	・従来への入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須。
SOFAスコア/ pSOFAスコア	・特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須。
予定・救急医療入院	・救急医療管理加算の見直しに伴い、項目の見直し。
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	・基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目の見直し。
関節リウマチ患者情報/ 分子標的薬	・診断群分類点数表の見直しに伴い、項目の廃止。

イ. Hファイル（日ごとの患者情報）について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評票の変更に伴い、下記が変更された。

項目	見直し内容
一般病棟用の評価票 I 「A モニタリング及び処置等」	入力条件の変更
一般病棟用の評価票 I ・ II 「B 患者の状況等」	仕様変更
一般病棟用の評価票 I 「C 手術等の医学的状況」	項目削除
特定集中治療室用の評価票 「B 患者の状況等」	仕様変更
ハイケアユニット用の評価票 「B 患者の状況等」	仕様変更

ウ. 調査様式にKファイルが加わった。Kファイルは、医療レセプト情報等のデータベース（NDB）と、介護レセプト情報等のデータベース（介護DB）との連結解析を可能とすることを目的としたもので、患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通IDである。

（診断群分類点数表）

(5) 診断群分類点数表の用語等について、下記が示された。

- ア. 120170早産、切迫早産における「年齢、出生時体重等の妊娠週数」とは、入院時の妊娠週数をいう。なお、「妊娠週数34週以上」には妊娠週数が不明の場合等も含む。
- イ. 100250下垂体機能低下症における「内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験」とは、医科点数表第2章第3部に掲げる検査のうち、D287内分泌負荷試験に掲げる「1」の下垂体前葉負荷試験をいう。

（DPCに加えて、出来高算定できる範囲の改定）

(6) DPCに加えて、出来高算定できる範囲が次の通り改定された。

- ア. 入院基本料等加算に新設された下記の点数が出来高算定できる対象に追加された。
- ・A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算（要届出）
 - ・A251排尿自立支援加算（要届出）
- イ. 医学管理等に新設されたB015精神科退院時共同指導料が出来高算定できる対象に追加された。（要届出）
- ウ. 医学管理等の通則に掲げるオンライン医学管理料が削除されたが、代わって以下の項目に「情報通信機器を用いた場合」の点数（100点）が新設された（要基準）。
- ①B000特定疾患療養管理料、②B001・5小児科療養指導料、③B001・6てんかん指導料、④B001・7難病外来指導管理料、⑤B001・27糖尿病透析予防指導管理料、⑥B001-2-9地域包括診療料、⑦B001-2-10認知症地域包括診療料、⑧B001-3生活習慣病管理料
- 【編注】4の(1)（⇒P4）では、これまでも「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」と表示していたので、表現に変更はない。

エ. 処置に新設された、J003-3局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、J003-4多血小板血漿処置、J043-7経会陰的放射線治療用材料局所注入がDPCに加えて出来高算定できる対象に追加された。

【編注】5（⇒P12）では、これまでも算定できる対象として「基本点数が1,000点以上の処置の費用」と表示していたので、表現に変更はない。では、これまでも「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」と表示していたので、表現に変更はない。

オ. 投薬・注射で出来高算定できる対象に、「血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤」が追加された。

(7) DPCに加算して算定できる特定入院料であるA301特定集中治療室管理料の加算に、早期栄養介入管理加算が新設された。入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

(8) DPCに加算して算定できる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に、下記が追加された。

特定入院料	算定できる対象に追加された入院基本料等加算
A300 救命救急入院料	・ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 ・ A251 排尿自立支援加算
A301 特定集中治療室管理料	・ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 ・ A251 排尿自立支援加算
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	・ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る） ・ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 ・ A251 排尿自立支援加算
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	・ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 ・ A251 排尿自立支援加算
A301-4 小児特定集中治療室管理料	・ A251 排尿自立支援加算
A302 新生児特定集中治療室管理料	・ A251 排尿自立支援加算
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	・ A251 排尿自立支援加算
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	・ A251 排尿自立支援加算
A307 小児入院医療管理料	・ A251 排尿自立支援加算

(診断群分類点数表で算定せず、医科点数表により算定する患者)

- (9) 診断群分類点数表で算定せず、医科点数表により算定する患者に、臓器移植を受ける患者であって、K709-6同種死体臍島移植術を算定する患者が追加された。
- (10) 医科点数表により算定する患者のうち、摘要欄にDPCコードを記載する対象に、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者が追加された。

(地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の取り扱い)

- (11) 診断群分類点数表算定患者が地域包括ケア病棟入院料に転棟した場合も、入院日Ⅱまでは診断群分類点数表で算定し、入院日Ⅱを超えた場合は医科点数表により算定することとされた。なお、地域包括ケア入院医療管理料は、入院日Ⅲまで診断群分類点数表で算定し、入院日Ⅲを超えた場合は医科点数表により算定する扱いに変更はない。

(取り扱いの明示及び経過措置)

- (12) 入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に1回のみ算定が可能とされている加算等のうち、DPC/PDPSにおいて出来高で算定する点数について、入院期間が通算される再入院の場合は算定できないことが明示された。
- (13) 令和2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診断群分類区分により算定した額との差額を、同月分の費用の額を算定する際に調整し、算定告示別表16に規定する調整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、入院期間の起算日は入院の日とする。算定告示別表16は、下記ホームページの24頁参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610156.pdf>

- (14) 令和2年4月20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。

2. DPCの基本的考え方

- (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、3,990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2020年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料が下記ホームページに掲載されているので、参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000616982.pdf>

- (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(II)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、(II)の8「DPC制度への参加等の手続きについて」令和2年3月27日（保医発0327第6号）を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000613521.pdf>

3. 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、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(II)の3「令和2年厚生労働省告示第83号」を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610158.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000623427.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000631745.pdf>

（さらに改正告示が出された場合は、改正告示参照）

- ② 「ツリー図」は、同(II)の5のツリー図のExcel表を参照（改正通知が出された場合は、改正通知参照）されたい。

- ③ 「定義テーブル」は、同(II)の5の定義テーブルのExcel表を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610168.xlsx>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000623429.xlsx>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000631747.xlsx>

（さらに改正通知が出された場合は、改正通知参照）

- ④ 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC / PDPS 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。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000616979.pdf>

- (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。

4. 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日当たり点数は、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(II)の1「令和2年厚生労働省告示第81号」の25頁～142頁を参照（改正告示が出された場合は、改正告示参照）されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610156.pdf>

- ② 「留意事項通知」は、同(II)の5「保医発0323第2号」を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610166.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000623428.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000631746.pdf>

（さらに改正通知が出された場合は、改正通知参照）

- ③ 「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」は、同(II)の3「厚生労働省告示第83号」されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610158.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000623427.pdf>

一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000631745.pdf>

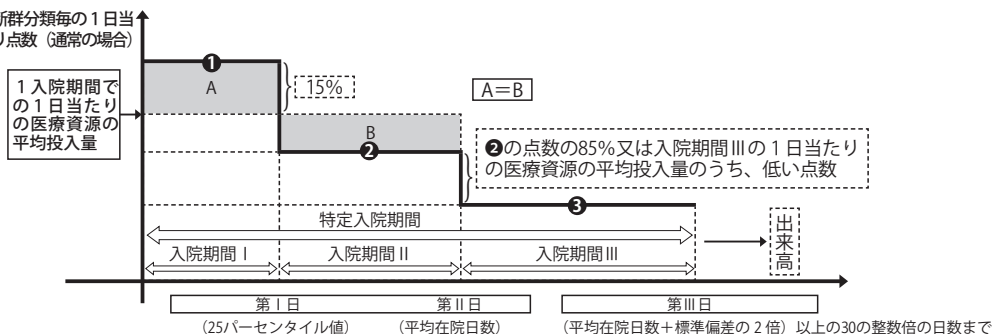
（さらに改正告示が出された場合は、改正告示参照）

- 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のうち最も医療資源を投入した傷病により主治医が決定する。診断群分類毎に設定された包括評価の額には、原則として入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置等が含まれている（一部算定できるものもある）。
- 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、診断群分類点数表によらず、出来高算定となる。
- ④ 通常の場合（次の⑤、⑥、⑦を除く場合）の1日当たり点数は、診断群分類ごとに入院日数に応じて下記の3段階で設定されている。

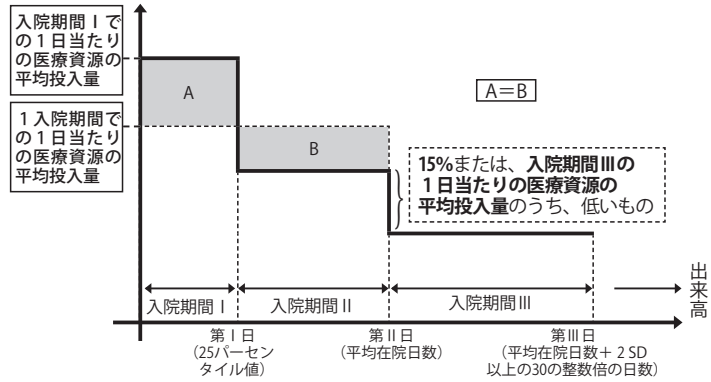
入院期間	表記	点数設定
診断群分類毎の入院日数の25パーセント値まで	入院期間Ⅰ（入院日Ⅰ日以下の期間）	診断群分類毎の1日あたりの医療資源の平均的な投入量に15%上乗せした点数。(①)
診断群分類毎の入院日数の25パーセント値を超えて平均在院日数まで	入院期間Ⅱ（入院日Ⅱ日以下の期間）	上記①で上乗せした点数と同じ額となるよう減産した点数。(②)
診断群分類毎の平均在院日数を超えて「平均在院日数+標準偏差の2倍」以上の30の整数倍の日数まで	入院期間Ⅲ（入院日Ⅲ日以下の期間）	上記②の点数の85%又は入院期間Ⅲの1日当たりの医療資源の平均投入量のうち、低い点数。(③)

※「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。

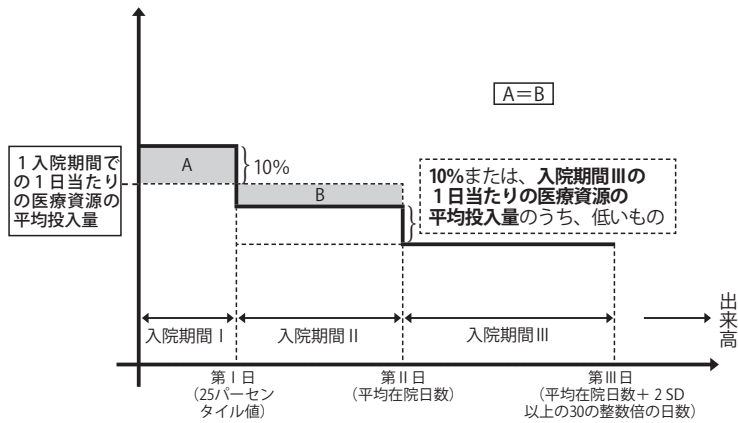
診断群分類毎の1日当たり点数（通常の場合）



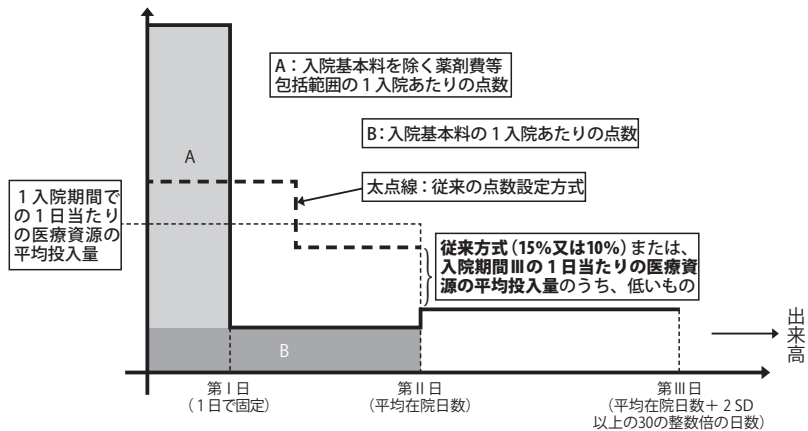
⑤ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



⑥ 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



⑦ 高額薬剤等に係る診断群分類における設定方法



⑧ DPC算定患者が一般病棟である地域包括ケア病棟入院料に転棟した場合は、入院日ⅡまではDPCで算定し、入院日Ⅱを超えた場合は医科点数表により算定する。また、一般病棟である地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、入院日ⅢまでDPCで算定し、入院日Ⅲを超えた場合は医科点数表により算定する。

(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1.1327）、DPC特定病院群（係数1.0708）、DPC標準病院群（係数1.0404）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	0.2018	0.2012	0.1275	0.1265
10対1入院基本料	0.0944	0.0949	0.0235	0.0236
13対1入院基本料	—	—	▲0.0617	▲0.0608

イ. 一般病院の入院基本料本体

	左記入院料の場合		月平均夜勤時間超過減算		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	0.1029	0.1018	0.0081	0.0080	▲0.0871	▲0.0862
急性期一般入院料2	0.0910	0.0900	▲0.0023		▲0.0956	▲0.0946
急性期一般入院料3	0.0626	0.0619	▲0.0265	▲0.0262	▲0.1151	▲0.1139
急性期一般入院料4	0.0223	0.0220	▲0.0606	▲0.0600	▲0.1435	▲0.1421
急性期一般入院料5	0.0180	0.0179	▲0.0641	▲0.0634	▲0.1466	▲0.1451
急性期一般入院料6	0.0100	0.0099	▲0.0710	▲0.0703	▲0.1520	▲0.1504
急性期一般入院料7	0.0000		▲0.0794	▲0.0786	▲0.1593	▲0.1576
地域一般入院料1	▲0.0856	▲0.0847	▲0.1524	▲0.1508	▲0.2191	▲0.2169
地域一般入院料2	▲0.0879	▲0.0870	▲0.1543	▲0.1527	▲0.2207	▲0.2184
地域一般入院料3	▲0.1512	▲0.1497	▲0.2080	▲0.2059	▲0.2648	▲0.2621
特別入院基本料	▲0.3413	▲0.3386	—	—	—	—

ウ. 入院基本料本体以外

		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		▲0.0154	▲0.0152	▲0.0154	▲0.0152	▲0.0154	▲0.0152
A200 総合入院体制加算	1	—	—	—	—	0.0602	0.0607
	2	—	—	—	—	0.0451	0.0455
	3	—	—	—	—	0.0301	0.0303
A204 地域医療支援病院入院診療加算		—	—	—	—	0.0302	0.0307
A204-2 臨床研修病院入院診療加算	基幹型	0.0014		0.0014		0.0014	
	協力型	0.0007		0.0007		0.0007	
A207 診療録管理体制加算	1	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031
	2	0.0009		0.0009		0.0009	

A207-2 医師事務作業補助体制加算	1	15対1	0.0316	0.0341	0.0316	0.0341	0.0316	0.0341
		20対1	0.0243	0.0266	0.0243	0.0266	0.0243	0.0266
		25対1	0.0199	0.0221	0.0199	0.0221	0.0199	0.0221
		30対1	0.0170	0.0191	0.0170	0.0191	0.0170	0.0191
		40対1	0.0139	0.0160	0.0139	0.0160	0.0139	0.0160
		50対1	0.0111	0.0132	0.0111	0.0132	0.0111	0.0132
		75対1	0.0084	0.0104	0.0084	0.0104	0.0084	0.0104
		100対1	0.0068	0.0087	0.0068	0.0087	0.0068	0.0087
	2	15対1	—	—	0.0295	0.0320	0.0295	0.0320
		20対1	—	—	0.0226	0.0249	0.0226	0.0249
		25対1	—	—	0.0185	0.0207	0.0185	0.0207
		30対1	—	—	0.0158	0.0179	0.0158	0.0179
		40対1	—	—	0.0130	0.0151	0.0130	0.0151
		50対1	—	—	0.0105	0.0125	0.0105	0.0125
		75対1	—	—	0.0079	0.0098	0.0079	0.0098
100対1		—	—	0.0064	0.0084	0.0064	0.0084	
A207-3 急性期看護補助体制加算	25対1	5割以上	0.0527	0.0607	0.0527	0.0607	0.0527	0.0607
		5割未満	0.0476	0.0556	0.0476	0.0556	0.0476	0.0556
	50対1	0.0426	0.0505	0.0426	0.0505	0.0426	0.0505	
	75対1	0.0326	0.0404	0.0326	0.0404	0.0326	0.0404	
	夜間30対1	0.0226	0.0303	0.0226	0.0303	0.0226	0.0303	
	夜間50対1	0.0213	0.0291	0.0213	0.0291	0.0213	0.0291	
	夜間100対1	0.0176	0.0253	0.0176	0.0253	0.0176	0.0253	
	夜間看護体制加算	0.0150	0.0152	0.0150	0.0152	0.0150	0.0152	
A207-4 看護職員夜間配置加算	12対1 配置加算1	0.0238	0.0265	0.0238	0.0265	0.0238	0.0265	
	12対1 配置加算2	0.0188	0.0215	0.0188	0.0215	0.0188	0.0215	
	16対1 配置加算1	0.0138	0.0164	0.0138	0.0164	0.0138	0.0164	
	16対1 配置加算2	—	—	—	—	0.0075	0.0101	
A214 看護補助加算	1	—	—	0.0460	0.0497	0.0460	0.0497	
	2	—	—	0.0371	0.0408	0.0371	0.0408	
	3	—	—	0.0271	0.0310	0.0271	0.0310	
	夜間75対1 看護補助加算	—	—	0.0116	0.0146	0.0116	0.0146	
	夜間看護体制加算	—	—	0.0050	0.0051	0.0050	0.0051	
A218 地域加算	1級地	0.0069	0.0068	0.0069	0.0068	0.0069	0.0068	
	2級地	0.0058	0.0057	0.0058	0.0057	0.0058	0.0057	
	3級地	0.0054	0.0053	0.0054	0.0053	0.0054	0.0053	
	4級地	0.0042		0.0042		0.0042		
	5級地	0.0035	0.0034	0.0035	0.0034	0.0035	0.0034	
	6級地	0.0019		0.0019		0.0019		
	7級地	0.0012	0.0011	0.0012	0.0011	0.0012	0.0011	
A218-2 離島加算		0.0069	0.0068	0.0069	0.0068	0.0069	0.0068	

A234 医療安全対策加算	1	0.0029	0.0030	0.0029	0.0030	0.0029	0.0030	
	2	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	
	地域連携 1	—	—	0.0017	0.0018	0.0017	0.0018	
	地域連携 2	—	—	0.0007		0.0007		
A234-2 感染防止対策加算	1	0.0134	0.0137	0.0134	0.0137	0.0134	0.0137	
	2	0.0031	0.0032	0.0031	0.0032	0.0031	0.0032	
	地域連携加算	0.0034	0.0035	0.0034	0.0035	0.0034	0.0035	
	抗菌薬適正使用	0.0034	0.0035	0.0034	0.0035	0.0034	0.0035	
A243 後発医薬品使用体制加算	1	0.0014		0.0014		0.0014		
	2	0.0012	0.0013	0.0012	0.0013	0.0012	0.0013	
	3	0.0011		0.0011		0.0011		
	4	0.0007	廃止	0.0007	廃止	0.0007	廃止	
A244 病棟薬剤業務実施加算	1	0.0064	0.0079	0.0064	0.0079	0.0064	0.0079	
	2	—	—	—	—	—	—	
A245 データ提出加算	1	200床以上	0.0051	0.0049	0.0051	0.0049	0.0051	0.0049
		200床未満	0.0069	0.0074	0.0069	0.0074	0.0069	0.0074
	2	200床以上	0.0055	0.0053	0.0055	0.0053	0.0055	0.0053
		200床未満	0.0072	0.0077	0.0072	0.0077	0.0072	0.0077
	評価加算	0.0007	0.0014	0.0007	0.0014	0.0007	0.0014	
A252 地域医療体制確保加算		新設	0.0183	新設	0.0183	新設	0.0183	
D026 検体検査管理加算	I	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	
	II	0.0026	0.0027	0.0026	0.0027	0.0026	0.0027	
	III	0.0077	0.0080	0.0077	0.0080	0.0077	0.0080	
	IV	0.0128	0.0133	0.0128	0.0133	0.0128	0.0133	
	国際標準検査管理加算	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	0.0010	0.0011	

- 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。「機能評価係数Ⅱ」と、診療報酬改定年度に限って改定に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率が2%を超えて変動しないよう設定されている「激減緩和係数」は、下記ホームページに掲載されている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610164.pdf>

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

機能評価係数Ⅱの設定の概念				
令和2年度診療報酬改定の概要（DPC/PDPS） 厚生労働省保険局医療課 令和2年3月5日版より				
(1)保険診療指数	<p>提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、下記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算</p> <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。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータ件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算。 <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。（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。</p> <p>【保険診療への取組み】：令和4年度からの評価を検討）</p>			
	<p>体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成</p> <p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（下記に詳細を記載）</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を、1)小児（15歳未満）と2)それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ同配分で評価（1:1）。DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>			
(2)地域医療指数	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	<p>退院患者の「〔B005-6 がん治療連携計画策定料〕を算定した患者数」 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）</p>		
		<p>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）</p>	<p>「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P）</p> <p>「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</p>	
	脳卒中	<p>・t-PA療法の実施（0.25P）</p> <p>・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価（0.5P）</p> <p>・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P）（血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績）</p> <p>※ いずれか最大値で評価。</p>		
	心筋梗塞等の心血管疾患	<p>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）</p> <p>※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）</p> <p>急性大動脈解離の手術実績（0.5P）</p> <p>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,K5612イ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）</p>		
	精神疾患	<p>A230-3 精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P）</p> <p>A311-3 精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績（1P）</p>		
	へき地	<p>「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）</p>		
	災害	<p>・BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P）</p> <p>・DMATの指定（0.25P）</p> <p>・EMISへの参加（0.25P）</p>		

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群																																									
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」（0.5P）																																										
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）																																										
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）																																										
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	①治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）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患者入院医療機関に該当（0.25P）																																											
(2)地域医療指数	<p>地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価（1項目1P、上限は大学病院本院群：8P、DPC特定病院群：8P、DPC標準病院群：6P） <評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">具体的な設定</th> <th colspan="2">指数</th> <th>係数</th> <th rowspan="2">評価の考え方</th> </tr> <tr> <th>上限値</th> <th>下限値</th> <th>最小値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保険診療</td> <td colspan="3">（固定の係数値のため設定なし）</td> <td>群ごとに評価</td> </tr> <tr> <td>効率性</td> <td>97.5 %tile 値</td> <td>2.5%tile 値</td> <td>0</td> <td>全群共通で評価</td> </tr> <tr> <td>複雑性</td> <td>97.5 %tile 値</td> <td>2.5%tile 値</td> <td>0</td> <td>群ごとに評価</td> </tr> <tr> <td>カバー率</td> <td>1.0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>群ごとに評価</td> </tr> <tr> <td>救急医療</td> <td>97.5 %tile 値</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>全群共通で評価</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">地域医療</td> <td>定量</td> <td>1.0</td> <td>0</td> <td rowspan="2">群ごとに評価</td> </tr> <tr> <td>体制</td> <td>1.0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p><地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目> ○がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績 ・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。 ○脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績 ・実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は、0ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。</p>			具体的な設定	指数		係数	評価の考え方	上限値	下限値	最小値	保険診療	（固定の係数値のため設定なし）			群ごとに評価	効率性	97.5 %tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価	複雑性	97.5 %tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価	カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価	救急医療	97.5 %tile 値	0	0	全群共通で評価	地域医療	定量	1.0	0	群ごとに評価	体制	1.0	0
具体的な設定	指数		係数		評価の考え方																																							
	上限値	下限値	最小値																																									
保険診療	（固定の係数値のため設定なし）			群ごとに評価																																								
効率性	97.5 %tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価																																								
複雑性	97.5 %tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価																																								
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価																																								
救急医療	97.5 %tile 値	0	0	全群共通で評価																																								
地域医療	定量	1.0	0	群ごとに評価																																								
	体制	1.0	0																																									
(3)効率性指数	<p>〔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。</p>																																											
(4)複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※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。</p>																																											
(5)カバー率指数	<p>〔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。</p>																																											
(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2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2 【A205 救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</p>																																											

(6)救急医療指数	・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 【「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
-----------	---

5. DPCに加えて出来高算定する点数

- (1) 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。
- (2) 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は、次の通り（改定による変更箇所を見え消して表示）。

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 二類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 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 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る） A246 入退院支援加算 A247 認知症ケア加算 A248 精神疾患診療体制加算 A250 薬剤総合評価調整加算 A251 排尿自立支援加算
特定入院料	383頁～386頁に掲げるDPC独自に定められた特定入院料等

短期滞在手術等基本料	短期滞在手術等基本料 1
医学管理等	B001-4 手術前医学管理料、B001-5 手術後医学管理料を除いて、入院時に算定できる医学管理等は全て算定可
在宅医療	退院時に算定できるものに限る
検査	D206 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査（D295 関節鏡検査～D325 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法）、診断穿刺・検体採取料（D401 脳室穿刺～D419-2 眼内液（前房水・硝子体液）検査）
画像診断	画像診断管理加算 1・2・3、E003 造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合以外の場合（血流予備能測定検査加算、頸動脈閉塞試験（マタス試験）を含む）
投薬	なし（在宅において使用するための退院時処方は算定可） HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用（※1） 血友病等の患者に使用する遺伝子組み換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固因子第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子交代迂回活性複合体を含む）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、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） ただし、A301 特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定している場合は、H000 心大血管疾患、H001 脳血管疾患等、H001-2 廃用症候群、H002 運動器、H003 呼吸器、H007 障害児（者）、H007-2 がん患者の各リハビリテーション料は算定できない。
精神科専門療法	全て算定可（薬剤料を除く）
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。

※ 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。

(3) 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（⇒P15）。

【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。（⇒P19）

DPC 独自に定められた特定入院料の点数										
			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 1	3日以内	8,129		8,329		8,391		
			4～7日以内	7,156		7,356		7,418		
			8～14日以内	5,803		6,003		6,065		
	2	救命救急入院料 2	3日以内	9,708		9,908		9,970		
			4～7日以内	8,592		8,792		8,854		
			8～14日以内	7,277		7,477		7,539		
	3	救命救急入院料 3	3日以内	8,129		8,329		8,391		
			4～7日以内	7,156		7,356		7,418		
			8～14日以内	5,803		6,003		6,065		
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	8,129		8,329		8,391		
			4～7日以内	7,156		7,356		7,418		
			8～14日以内	6,224		6,424		6,486		
15～30日以内			6,729		6,729		6,744			
		31～60日以内	6,936		6,936		6,936			
A300 救命救急入院料	4	救命救急入院料 4	3日以内	9,708		9,908		9,970		
			4～7日以内	8,592		8,792		8,854		
			8～14日以内	7,277		7,477		7,539		
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	9,708		9,908		9,970		
			4～7日以内	8,592		8,792		8,854		
			8～14日以内	7,277		7,477		7,539		
	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	
			小児加算（15歳未満）		+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
		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	12,117		12,317		12,379
	8～14日以内				10,539		10,739		10,801	
	2		特定集中治療室管理料 2	7日以内	12,117		12,317		12,379	
				8～14日以内	10,539		10,739		10,801	
7日以内				12,117		12,317		12,379		
3	広範囲熱傷特定集中治療室		8～14日以内	10,739		10,939		11,001		
			15～30日以内	11,244		11,244		11,259		
			31～60日以内	11,451		11,451		11,451		
4	特定集中治療室管理料 3		7日以内	7,603		7,803		7,865		
			8～14日以内	6,024		6,224		6,286		
5	特定集中治療室管理料 4		7日以内	7,603		7,803		7,865		
			8～14日以内	6,024		6,224		6,286		
加算	広範囲熱傷特定集中治療室		7日以内	7,603		7,803		7,865		
			8～14日以内	6,224		6,424		6,486		
			15～30日以内	6,729		6,729		6,744		
			31～60日以内	6,936		6,936		6,936		
			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		
	早期継続リハビリテーション加算		14日以内	+500		+500		+500		
	早期栄養介入管理加算		7日以内	(新設)	+400	(新設)	+400	(新設)	+400	
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	1		14日以内	4,761		4,961		5,023		
		15～21日以内	5,266		5,266		5,281			
	2	14日以内	2,130		2,330		2,392			
		15～21日以内	2,635		2,635		2,650			
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		14日以内	3,919		4,119		4,181			

A301-4 小児特定集中治療室管理料		7日以内	14,223	14,423	14,485	
		8～14日以内	12,117	12,317	12,379	
		15～30日以内	12,622	12,622	12,637	
		31～35日以内	12,829	12,829	12,829	
A302 新生児特定集中治療室管理料	1	14日以内	8,445	8,645	8,707	
		15～21日以内	8,950	8,950	8,965	
		31～90日以内	9,157	9,157	9,157	
	2	14日以内	6,340	6,540	6,602	
		15～21日以内	6,845	6,845	6,860	
		31～90日以内	7,052	7,052	7,052	
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	14日以内	5,287	5,487	5,549	
		14日以内	8,445	8,645	8,707	
	新生児集中治療室管理料	15～30日以内	8,950	8,950	8,965	
		31～90日以内	9,157	9,157	9,157	
A303-2新生児治療回復室入院管理料		14日以内	3,603	3,803	3,865	
		15～30日以内	4,108	4,108	4,123	
		31～120日以内	4,315	4,315	4,315	
A305 一類感染症患者入院医療管理料		14日以内	7,277	7,477	7,539	
		15～30日以内	6,519	6,519	6,534	
		31日以上	6,726	6,726	6,726	
A307 小児入院医療管理料	1	14日以内	2,656	2,856	2,918	
		15～30日以内	3,161	3,161	3,176	
		31日以上	3,368	3,368	3,368	
A307 小児入院医療管理料	2	14日以内	2,130	2,330	2,392	
		15～30日以内	2,635	2,635	2,650	
		31日以上	2,842	2,842	2,842	
	3	14日以内	1,709	1,909	1,971	
		15～30日以内	2,214	2,214	2,229	
		31日以上	2,421	2,421	2,421	
	4	14日以内	1,077	1,277	1,339	
		15～30日以内	1,582	1,582	1,597	
		31日以上	1,789	1,789	1,789	
	5	14日以内	112	312	374	
		15～30日以内	617	617	632	
		31日以上	824	824	824	
	小児入院医療管理			+100	+100	+100
	人工呼吸器使用加算			+600	+600	+600
	重症児受入体制加算(3・4・5に限る)			+200	+200	+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

(改定による変更箇所を見え消しで表示)

A300 救命救急入院料	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る)、A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る)、A247 認知症ケア加算、 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 、A248 精神疾患診療体制加算(救命救急入院料の注2の加算を算定しない場合に限る)、 A251 排尿自立支援加算
A301 特定集中治療室管理	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A232 がん拠点病院加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る)、A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る)、A247 認知症ケア加算、 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、A232 がん拠点病院加算、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、 A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る) 、A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る)、A247 認知症ケア加算、 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A230-4 精神科リエゾンチーム加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る)、A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る)、A247 認知症ケア加算、 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算
A301-4 小児特定集中治療室管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る)、A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る)、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算

A302 新生児特定集中治療室管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る）、A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る）、 A251 排尿自立支援加算	
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る）、A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る）、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算	
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、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、A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る）、 A251 排尿自立支援加算	
A305 一類感染症患者入院医療管理料	A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A246 入退院支援加算（1のイに限る）、 A251 排尿自立支援加算	
A307 小児入院医療管理料	1・2	A205-2 超急性期脳卒中加算、A206 在宅患者緊急入院診療加算、A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、A221-2 小児療養環境特別加算、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、A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る）、A248 精神疾患診療体制加算、 A251 排尿自立支援加算
	3・4	A226-2 緩和ケア診療加算、A232がん拠点病院加算 —
	5	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算、A231-4 摂食障害入院医療管理加算

6. 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	▲137点		▲133点	
10対1入院基本料	▲115点		▲112点	
13対1入院基本料	—		▲94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	▲132点		▲112点		▲92点	
急性期一般入院料2	▲130点		▲110点		▲91点	
急性期一般入院料3	▲124点		▲105点		▲87点	
急性期一般入院料4	▲115点		▲98点		▲81点	
急性期一般入院料5	▲114点		▲97点		▲80点	
急性期一般入院料6	▲113点		▲96点		▲79点	
急性期一般入院料7	▲111点		▲94点		▲77点	
地域一般入院料1	▲93点		▲79点		▲65点	
地域一般入院料2	▲92点		▲78点		▲65点	
地域一般入院料3	▲79点		▲67点		▲55点	
特別入院基本料	▲49点		—		—	

(2) 夜間看護体制特定日減算

ア. 専門病院（特定機能病院は対象外）

	専門病院	
	旧点数	新点数
7対1入院基本料	▲83点	
10対1入院基本料	▲70点	
13対1入院基本料	▲59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	▲83点		▲70点		▲58点	
急性期一般入院料 2	▲81点		▲69点		▲57点	
急性期一般入院料 3	▲77点		▲66点		▲54点	
急性期一般入院料 4	▲72点		▲61点		▲50点	
急性期一般入院料 5	▲71点		▲61点		▲50点	
急性期一般入院料 6	▲70点		▲60点		▲49点	
急性期一般入院料 7	▲69点		▲59点		▲48点	
地域一般入院料 1	▲58点		▲49点		▲41点	
地域一般入院料 2	▲58点		▲49点		▲40点	
地域一般入院料 3	▲49点		▲42点		▲35点	
特別入院基本料	▲30点		—		—	

7. DPC入院中の患者の他医療機関受診の取扱い

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

(1) DPC算定病棟

- ① 他医療機関で実施した診療の費用は、他医療機関との間で合議により精算し、保険請求及び患者負担の徴収は、DPC算定病棟が行う。ただし、DPC算定病棟の包括範囲内や外来でしか算定できない点数は保険請求ができない。
- ② DPC算定病棟が施設基準の届出をしていない点数でも、他医療機関が届出を行っている点数はDPC算定病棟で保険請求できる。
- ③ レセプトの出来高欄に「他医療機関を受診した理由」、「他医療機関の診療科」、「他医療機関の名称」、「所属都道府県名」及び「医療機関コード」を記載し、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に「他」と記載する。
- ④ 他医療機関受診を行った場合のDPCのコーディングは、他医療機関で行われた診療行為を含めて決定する。
- ⑤ 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

(2) 他の医療機関

- ① DPC算定病棟入院中の患者に実施した点数は、他医療機関では保険請求も患者負担の徴収もできない。
- ② 患者負担も含めて合議により入院医療機関から費用の支払いを受ける。

8. 同一傷病等での再入院に係る取扱い

- (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、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、DPC算定対象となる病棟等に入院していた患者（地域包括ケア病棟入院料又は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DPC算定対象となる病棟等（地域包括ケア病棟入院料又は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（DPC算定対象となら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（DPC算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する）。

ア. 直近のDPC算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合（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ICDコード以外のICDコードを選択した場合

- (3) (1)及び(2)の再入院に係る取扱いにかかわらず、A205救急医療管理加算からA206在宅患者緊急入院診療加算まで、A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、A231-3重度アルコール依存症入院医療管理加算、A232がん拠点病院加算、A234-3患者サポート体制充実加算、A236-2ハイリスク妊娠管理加算、A237ハイリスク分娩管理加算、A246入院退院支援加算、A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算、B004退院時共同指導料1、B005退院時共同指導料2、B006-3退院時リハビリテーション指導料、B014退院時薬剤情報管理指導料及びB015精神科退院時共同指導料に掲げる費用は、以下ア、イの場合を除き、再入院時には算定することができない。

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

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

9. 外泊の取り扱い

- (1) 入院患者の外泊期間中の入院料等については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定する。ただし、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15%を算定できる。ただし、当該入院基本料の基本点数又は特定入院料の30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ、月（同一暦月）6日以内に限る。
- (2) 入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊する場合に、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、上記の点数に加え、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。

10. 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

- (1) 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。
- (2) この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねられている。

11. レセプト記載

記載要領は、下記ホームページの「第3 関係法令等」の【通知】の(6)「令和2年3月27日保

医発0327第1号」の通知その2を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000638771.pdf>

12. DPC算定対象外の患者

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

診断群分類点数表によらず医科点数表を算定する患者

(改定による変更箇所を見え消しで表示)

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 同種死体脾移植術
 - ・ K709-6 同種死体膵島移植術
 - ・ K716-6 同種死体小腸移植術
 - ・ K780-2 生体腎移植術
 - ・ 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
 - ・ K716-4 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
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（地域包括ケア病棟入院料1から4まで及び地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く）
 - (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に限る）
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（改定後のみ表示）
 - ・ K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術
 - ・ K082-5 人工距骨全置換術
 - ・ K082-6 人工股関節摺動面交換術
 - ・ K134-3 人工椎間板置換術（頸椎）
 - ・ K134-4 椎間板内酵素注入療法
 - ・ K147-2 頭蓋内モニタリング装置挿入術
 - ・ K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術
 - ・ K172 脳動静脈奇形摘出術2複雑なもの
 - ・ K181-6 頭蓋内電極植込術2脳深部電極によるもの口7本以上の電極による場合
 - ・ K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
 - ・ K386-2 輪状甲状靱帯切開術
 - ・ K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
 - ・ K445-2 顎関節人工関節全置換術
 - ・ K446 顎関節授動術1 徒手の授動術イ単独の場合
 - ・ K487 漏斗胸手術4 胸骨挙上用固定具抜去術
 - ・ K496-5 経皮的臍胸ドレーナージ術
 - ・ K527-2 食道切除術（単に切除のみのもの）

診断群分類点数表によらず医科点数表を算定する患者（つづき）

（改定による変更箇所を見え消しで表示）

- ・K534-4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術
 - ・K570-4 経皮的肺動脈穿通・拡大術
 - ・K574-3 経皮的卵円孔開存閉鎖術
 - ・K594 不整脈手術 4 左心耳閉鎖術
 - ・K616-6 経皮的下肢動脈形成術
 - ・K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 - ・K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（3骨盤を除く）
 - ・K654-4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）
 - ・K687 内視鏡的乳頭切開術 3 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの
 - ・K703-2 腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合
 - ・K705 臍嚢胞胃（腸）バイパス術 1 内視鏡によるもの
 - ・K710-2 腹腔鏡下脾固定術
 - ・K719-6 腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術
 - ・K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る）
 - ・K775-2 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき）
 - ・K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
 - ・K910-4 無心体双胎焼灼術（一連につき）
 - ・K910-5 胎児輸血術（一連につき）
 - ・K921-2 間葉系幹細胞採取（一連につき）
 - ・K921-3 末梢血単核球採取（一連につき）
 - ・K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき）
 - ・K924-3 同種クリオプレシビテート作製術
 - ・K930 脊髄誘発電位測定等加算 1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合
- 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30年令和2年厚生労働省告示第6982号別表（下記アドレスの6～7頁）に掲げる薬剤に限る）
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610157.pdf>
 一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000623427.pdf>
 一部改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000631745.pdf>
 （さらに改正告示が出された場合は、改正告示参照）

ウ. 診断群分類点数表の番号3979又は3980に該当するもののうち、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の表に規定する傷病名U071に該当する患者

8. 医師及び歯科医師の数が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（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。

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

- ① 五号告示第二号に該当した患者
- ② 診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者
- ③ 医科点数表算定コードに該当した患者
- ④ 地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

13. 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

り、やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合は特別な理由をカルテに記載する。

14. DPC制度への参加等の手続き

(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 急性期一般入院基本料又は A104 特定機能病院の一般病棟もしくは A105 専門病院の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料算定病院。(A205 救急医療管理加算の届出を行っていることが望ましい)	左記を満たしている。又は当該基準を満たすべく計画を策定している。
診療録管理体制加算	A207 診療録管理体制加算（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 診療録管理体制加算の届出を行っている。又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。
データ提出	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） なお、同月に2回開催した場合は 1 回と数える。 コーディング委員会開催時には「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」（保険局医療課）を活用することが望ましい。	左記を満たしている。
その他	当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者及び関係者に対して、診療報酬の算定方法等について十分に説明すること。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。	—

③ DPC対象病院等が参加する調査の提出様式

ア. 退院患者調査

様式名	内容	入力する情報	DPC病院	DPC準備病院	データ提出加算
様式 1	患者属性や病態等の情報	患者属性（生年月日、性別等） 入退院情報（入院年月日、入院経路等、退院年月日、退院時転帰等） 診療目的、診療科、手術情報等	必須	必須	必須
	(主な変更点) ①療養病棟：褥瘡の状態を詳細に入力 ②すべての病棟：経管・経静脈栄養の状況の入力 ②地域包括ケアのみ：入棟・入室時及び退棟・退室時の ADLスコアの入力				
様式 3	施設情報（施設単位）	開設者類型、病床数、入院基本料等の算定状況及びがん診療連携拠点病院等の都道府県における指定状況等	必須	必須	必須
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外の症例（自賠責、正常分娩及び労災保険等）	必須	必須	必須

Dファイル	包括レセプト情報	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報（DPCレセプト）	必須	×	×
入院EF統合ファイル	入院患者の出来高点数情報	医科点数表に基づく診療報酬の算定情報	必須	必須	必須
外来EF統合ファイル	外来患者の出来高点数情報	医科点数表に基づく診療報酬の算定情報	必須	(任意)	(任意) 加算2・4は必須
Hファイル	日ごとの患者情報	患者ごとの重症度、医療・看護必要度	必須	必須	必須
	(主な変更点) 移乗、口腔清潔、食事摂取、衣服の着脱についての介助の実施の入力				
Kファイル	患者の生年月日、カナ氏名及び性別から生成した一次共通ID ※医療レセプト情報等のデータベース(NDB)、介護レセプト情報等のデータベース(介護DB)との連結解析を可能とすることを目的		必須 (新設)	必須 (新設)	必須 (新設)

※ 調査の詳細（データ作成方法、提出方法及び提出期日等）は、「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に従って作成及び提出する。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000616982.pdf>

イ. 特別調査

中央社会保険医療協議会等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

(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、地方厚生（支）局医療課長を経由して「DPC準備病院届出書」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。
- ② DPC準備病院は上記データを提出するが、点数は通常の医科点数表で算定する。
- ③ DPC準備病院を辞退する場合は、地方厚生（支）局医療課長を経由して「DPC準備病院辞退届」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。

(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、地方厚生（支）局医療課長を経由して「DPC制度への参加に係る届出書」を厚生労働省保険局医療課長に提出する。
- 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. 適切なデータを選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。

第2節 DPCに関する厚生労働省疑義解釈 (従前からの改定箇所見え消し版)

医科診療報酬点数表関係 (DPC)

【編注】DPCに関する疑義解釈は、診療報酬改定のつどすべて出しなおされる。

活用の便宜のため、2020(令和2年)3月31日厚生労働省事務連絡「疑義解釈(その1)」のうち、DPCにかかる部分について、2018年診療報酬改定に関する疑義解釈(2018年3月30日【その1】、2018年11月19日【その9】、2020年2月27日【その20】)からの変更箇所を見え消しで表示した。

医科診療報酬点数表関係 (DPC)

1. DPC対象病院の基準について

問1-1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

2. DPC対象患者について

問2-1 DPC対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

(答) 選択できない。

問2-2 同一日に入院退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいのか。

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

問2-3 午前0時をまたがる1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-4 DPC算定の対象外となる病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

問2-5 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象となるのか。

(答) そのとおり。

問2-6 DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は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となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

問2-7 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た場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

- 問2-8 治療、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者が、いったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。
 (答) 医学的に一連の診療として判断される場合は医科点数表により算定すること。(包括評価の対象患者とならない。)
- 問2-9 外来で治療を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。
 (答) 入院時に既に治療の対象者であることから包括評価の対象とはならない。
- 問2-10 先進医療として認められている技術が医療機器の保険取載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。
 (答) 保険適用となる以前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。
- 問2-11 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。
 (答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。(薬剤名と対象診断分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)
- 問2-12 主たる保険が労災又は公災の適用患者など医療保険を使用しない患者は包括評価の対象外となるのか。
 (答) 包括評価の対象外となる。
- 問2-13 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場合は、医科点数表により算定するのか。
 (答) 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。
- 問2-14 交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。
 (答) 包括評価の対象となる。
- 問2-15 403 DPC対象病院において「~~214~~区番号「A40」短期滞在手術等基本料2」又は3の対象手術等を実施した患者については、どのような算定となるのか。
 (答) DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず全ての病床において当該点数は算定できない。

- 問2-16 404 214 DPC対象病院における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票・評価の取り扱いについての詳細の対象についてDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者(基本診療料の施設基準等第10の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合を除く。)とあるが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。評価の対象となる患者については評価の対象とならない者については、短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術を複数実施した患者の状態で確認する等、当該手術等の実施以外の短期滞在手術等基本料の留意事項の要件を満たした者のみが該当するものか。
 (答) 除外されない。基本診療料の施設基準等第10の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件に準じて、短期滞在手術等基本料2又は3が算定できない場合は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。短期滞在手術等基本料の留意事項「退院翌日に患者の状態を確認する」等を満たす必要は無く、短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を実施した患者は評価の対象とならない者として取り扱う。
3. 診断群分類区分の適用の考え方について
 【「医療資源を最も投入した傷病名」について】
- 問3-1-1 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。
 (答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD10コードにより選択する。
- 問3-1-2 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。
 (答) そのとおり。
- 問3-1-3 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。
 (答) 問3-1-2 「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。
 (答) 含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。
- 問3-1-4 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。
 (答) そのとおり。
- 問3-1-5 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。
 (答) あり得る。

問 3-1-6 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「○○骨折」でよい。

(答) 「○○骨折」でよい。

問 3-1-7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

問 3-1-8 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類区分を決定することができる。

問 3-1-9 医療資源を最も投入した傷病名として「U07.1 COVID-19」を選択した患者について、どのような算定となるか。

(答) 医科点数表により算定する。診療報酬明細書の摘要欄に「U07.1」と記載すること。

【補注】平成30年診療報酬改定「疑義解釈」の送付について(その20)(2020年2月27日)で、2020年3月1日以降、3月31日までに退院した場合の取り扱いについて、下記のQ&Aが出されている。

問 3-1-9 令和2年3月1日から2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患についてICD10で使用するコードが「U07.1 2019-nCoV acuterespiratory disease」とされるが、当該ICD10コードを「医療資源を最も投入した病名」として選択すべき症例について、診断群分類区分はどのように決定するか。

(答) 令和2年3月1日から3月31日までの期間に退院した当該症例については、ICD10コードB34.2(コロナウイルス感染症)を選択し、診断群分類はその他の感染症(真菌を除く)(180030)を用いる。

【手術】について】

問 3-2-1 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

(答) 入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

問 3-2-2 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 3-2-3 「K678体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)」のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

(答) 「手術あり」で算定することができる。(2回目の入院で「K678」体外衝撃波胆石破砕術を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。)ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

問 3-2-4 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術なし」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

(答) 「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2」輸血管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

問 3-2-5 手術の有無による分岐の決定において、「K920-2」輸血管理料のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

(答) そのとおり。

問 3-2-6 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

(答) そのとおり。

問 3-2-7 入院日皿を超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択すべきか。

(答) そのとおり。

問 3-2-8 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△」の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○○」で判断することとことか。

(答) そのとおり。

【手術・処置等 1・2】について】

問 3-3-1 「D291-2小児食物アレルギー-負荷検査」を9歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー(診断群分類080270)の「手術・処置等 1」は「あり」を選択するのか。

(答) 「なし」を選択する。

問 3-3-2 DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「L100 1 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)神経根ブロック」には、他に医科点数表に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経ブロック」は含まれないのか。

(答) 含まれない。区分番号「L100 2 神経ブロック 腰部硬膜外ブロック」区分番号「L100 5 神経ブロック 仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。

問 3-3-3 手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く)の費用及び注射の手術料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

問 3-3-4 悪性腫瘍を最も多く含む診断群分類が胃の悪性腫瘍(060020)に該当するかどうか。手術中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等 2」は「2(放射線療法)あり」を選択することとなるのか。

(答) そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

問 3-3-5 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっていない抗がん剤薬剤に加え、他の抗がん剤薬剤を併用しても選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 3-3-6 診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問 3-3-7 活性化NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

問 3-3-8 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

問 3-3-9 「手術・処置等 2」に特定の薬剤名(成分名)での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

問 3-3-10 区分番号「G006」補込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合、「手術・処置等 2」の分岐の区分で区分番号「G005中心静脈注射」を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

問 3-3-11 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合、医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く。)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注射の手術料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

問 3-3-12 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

問 3-3-13 肺の悪性腫瘍(040040)において「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、「手術・処置等 2」において、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 肺の悪性腫瘍(040040)の場合、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には「手術・処置等 2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

問 3-3-14 区分番号「K740」直腸切除・切断術及び区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類における手術・処置等 1 の区分番号「K726」人工肛門造設術又は「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等 1「あり」を選択してよいか。

(答) そのとおり。その際はレセプトの診療関連情報欄に、区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術」を記載すること。

【「その他(定義副傷病名等)」について】

問 3-4-1 「網膜剥離」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

問 3-4-2 「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中にあって、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

問 3-4-3 「網膜剥離」について、一入院中にあって、片眼に区分番号「K275網膜復位術」を実施し、もう一方の片眼に区分番号「K276 1 網膜光凝固術(通常のもの)」を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

(答) 「両眼」を選択する。

診断群分類番号上 6 桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術（フラグ97「その他のKコード」を除く。）を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

問 3-4-4 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重も、出生時体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

問 3-4-5 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいのか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

問 3-4-6 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類番号上 6 桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

(答) そのとおり。

問 3-4-7 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係らず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

問 4-1 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問 4-2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

問 4-3 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問 4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。）また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

問 4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転室した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

問 4-6 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院(入院A)し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合(入院B)、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

(答) 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

5. 医療機関別係数について

問 5-1 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

(答) 医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更される。また、機能評価係数Ⅱは毎年度（4月1日）に実績を踏まえ変更される。

問 5-2 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合(例:ⅠとⅣ)、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

問 5-3 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

(答) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

- 問5-4 機能評価係数1に関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。
- (答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数1（臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く）は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。
- 問5-5 入院基本料等加算を算定することができない病棟(床)にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数1を医療機関別係数に合算することができるか。(例：DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数1)
- (答) 機能評価係数1は人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全てのDPC対象者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。
- 問5-6 「A204-2」臨床研修病院入院診療加算について「実際に臨床研修を実施している月」に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。
- (答) そのとおり。
- 問5-7 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1)病棟薬剤業務実施加算(1)」を入院日IIIを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。
- (答) 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算(1)病棟薬剤業務実施加算(1)」のように、機能評価係数1で評価される項目のうち、医科点数表において週1回または月1回算定できるとされているものについては、入院日IIIを超えた場合、医科点数表に基づき算定することが出来る。ただし、「週」、「月」とは、それぞれ曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。
- 問5-8 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日IIIまでの期間は当該機能評価係数1を合算して包括算定するが、入院日IIIを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。
- (答) そのとおり。
- 問5-9 DPC対象病院において入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。
- (例1) 医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場
合
- (例2) 入院日IIIを超えて医科点数表により算定することになった場合
- (答) ① 連日の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数1で評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間
- 問5-9 区分番号「A245」データ提出加算の算定日が入院中1回(原則として退院時)から、入院初日に変更となったがDPC対象病院において、DPC算定病棟(包括評価の対象)に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。
- (答) 機能評価係数1で評価されているため算定することができない。
- 問5-10 ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟(包括評価の対象外)と転棟した事例について、④退院時データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟(包括評価の対象外)において退院時データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。
- (答) いずれの場合も、①DPC算定病棟(包括評価の対象)において機能評価係数1の「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。
- 問5-11 ①DPC算定病棟(包括評価の対象)→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について、データ提出加算3又は4はどのように算定するか。また、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、データ提出加算3又は4はどのように算定するか。
- (答) いずれの場合も、②の病棟がデータ提出加算3又は4の算定対象病棟の場合のみ、令和2年4月1日以降、転棟した日から起算して90日を超えることにデータ提出加算3又は4を算定する。
6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について
- 問6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を別に算定することができるか。(例：検体検査判断料等)
- (答) 算定することができない。
- 問6-2 外来で月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数(診断群分類点数表により包括される点数に限る。)について算定することができるか。(例：検体検査判断料等)
- (答) 算定することができない。

が平日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。(例1は算定可能、例2は算定不可)

- 問6-3 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 初診料を算定することはできないが、再診料又は外来診療料(時間外加算等を除く。)については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。
- 問6-4 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。
- (答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
- 問6-5 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができる。
- 問6-6 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができる。
- 問6-7 コロンプラージュ法については、区分番号「D311」直腸鏡検査の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N004」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 合算した点数を算定することができる。
- 問6-8 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円を除いて得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができない。
- 問6-9 心臓カテテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。
- (答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。
- 問6-3 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 初診料を算定することはできないが、再診料又は外来診療料(時間外加算等を除く。)については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。
- 問6-4 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。
- (答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。
- 問6-5 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができる。
- 問6-6 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができる。
- 問6-7 コロンプラージュ法については、区分番号「D311」直腸鏡検査の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分番号「N004」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 合算した点数を算定することができる。
- 問6-8 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円を除いて得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができない。
- 問6-9 心臓カテテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。
- (答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

- 問6-10 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価(又は外来)の場合で、月の前半と後半に1回ずつ区分番号「D208」心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。
- (答) いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。
- 問6-11 区分番号「D206」心臓カテテル法による諸検査の注8に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 算定することができない。
- 問6-12 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。
- (答) 算定することができない。
- 問6-13 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。
- (答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。
- 問6-14 経皮経肝胆管造影における区分番号「E003」造影剤注入手技は、区分番号「D314」腹腔鏡検査に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。
- (答) 算定することができない。
- 問6-15 入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。
- (答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。
- 問6-16 核医学検査(核医学診断)に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。
- (答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。
- 問6-17 第9部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。
- (答) 算定することができる。
- 問6-18 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問 6-19 医科点数表に基づき算定するギブスの項目について、100分の20等の例により、ギブスシャーレ、ギブスシーネ、ギブス除去料、ギブス修理工料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギブスの項目の基本点数が1000点以上であっても、ギブスシャーレ、ギブスシーネ、ギブス除去料、ギブス修理工料等を100分の20等の例により算定した結果、1000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができるが、できない。

問 6-20 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

問 6-21 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

問 6-22 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

問 6-23 区分番号[L008]マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

問 6-24 区分番号[L100]及び[L101]神経ブロックは別に医科点数表に基づき算定するか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するか。

(答) そのとおり。

問 6-25 出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群(エイズ)患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

問 6-26 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤(例:腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等)は、手術に係る費用として別途算定することができるか。

(答) 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

問 6-27 グラントマン血小板無力症患者(GP II b-III A及び/又はHLA)に対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるものを使用する「血液凝固第VII因子製剤(エプタゴルアルファ(活性型)(遺伝子組換え))」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

問 7-1 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはいくつがよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

問 7-2 区分番号[A301]特定集中療室管理料を14日算定していた患者が引き続き区分番号[A301-2]ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床上転床した場合、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 7-3 一度目の入院時に区分番号[A300]救命救急入院料を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合で救命救急入院料算定可能病室に入室した際、限度日数までの区分番号[A300]救命救急入院料は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

問 7-4 診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、区分番号[A307]小児入院医療管理料を継続して算定している場合、退院期間中の日数は区分番号[A307]小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

問 7-5 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診

断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができない。なお、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

問7-6 DPC病院において「A30」特定集中治療室管理料の注4の早期離床・リハビリテーション加算は算定できるか。

(答) 算定できる。

【編注】令和2年3月23日「告示第八十一号」の別表で、注4の早期離床・リハビリテーション加算が算定できることが明示されたことにより、疑義解釈が不要になった。

8. 入院日IIIを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

問8-1 悪性腫瘍患者に対して入院日IIIを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することができない。

問8-2 入院日IIIを超えるまでに化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日IIIを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問8-3 悪性腫瘍患者に対して入院日IIIを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等2の分岐が「2放射線療法」「3化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐2を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問8-4 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査、ありを手術・処置等1の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日IIIを超えて実施した場合は、区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

問9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院

した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点数表により包括される点数は算定できないものとする。

問9-2 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類番号の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後「一連」か否かを判断することになるのか。

(答) 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁と前回入院の「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2桁が一致する場合
- ② 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

問9-3 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、または診断群分類「1800.40」に定義されたICDコードを選択した場合、7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、~~診断群分類番号上2桁が同一であれば~~「一連」とみなすのか。

(答) そのとおり。

問9-4 一度目の入院期間中に、入院日IIIを超えて退院した後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-5 DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院と見なすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

問9-6 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日IIIを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一連の入院中とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-7 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上2桁が同一である傷病で転棟日から起算して7日以内にDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

問9-8 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号上2桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。

(例) 半月板損傷(160620)にて入院後、7日以内に上腕骨骨折(160730)にて入院

(答) そのとおり。

問9-9 7日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、030011唾液腺の悪性腫瘍、030012上咽頭の悪性腫瘍のように、診断群分類の上6桁が03001xとして同一となる場合は、同一として一連の入院として取り扱うか。

(答) 一連の入院として取り扱う。

10. 退院時処方取扱いについて

問10-1 退院時処方、退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方することとあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問10-2 診断群分類番号上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

問10-3 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

問10-4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

問10-5 「フォルトオオ皮下注射キット600μg」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルトオオ皮下注射キット600μgの薬価を28(日分)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルトオオ皮下注射キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルトオオ皮下注射キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限って、退院時に処方したものと差し支えない。

問10-6 主経問10-5で入院中に処方したフォルトオオ皮下注射キット600μgについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限って、それに相当する日数分を退院時に処方したものと差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数(回数)で除したものを1日分(1回分)の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

問10-7 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方の薬剤料は別に算定することができるとあるのか。

(答) 算定することができる。

11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

問11-1 DPC算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) DPC算定病棟に入院している患者が、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・再診料及び住診料は除く。)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り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間の診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれかで算定していても)同じ取扱いである。また、DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

問11-2 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問11-3 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断(PE T・MRI等)のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいのか。

(答) よい。

問11-5 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。また、この場合、診断群分類番号区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問11-6 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問11-7 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

(答) 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

問11-8 DPC算定病棟に入院中の患者に対し診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

問11-9 DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができず、専門的な診療が必要となり、当該患者の負担を軽減する目的で、他の医療機関において実施された診療に係る費用は、相互の合議に委ねるものとする)の場合の医療機関間の診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとしてされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

(答) 健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる。(消費税法第6条)

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあっては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。(当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。)

12. データ提出加算について

問12-1 「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも区分番号「A245」データ提出加算を算定することができるのか。

(答) 「DPC導入の影響評価に係る調査」の提出(データの再照会に係る提出も含む。)で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については区分番号「A245」データ提出加算は算定できない。

問12-2 データ提出に遅延等が認められたため、1か月区分番号「A245」データ提出加算を算定できなかった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

(答) 包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A245」データ提出加算に係る機能評価係数1を医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、退院時に区分番号「A245」データ提出加算を算定することができる。

13. 診療報酬の調整等について

問13-1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要がある場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問13-2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問13-3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問13-4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。
(答) そのとおり。

問13-5 入院の途中で先進医療や治療等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象となる時期はいつか。また、その後先進医療や治療等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。
(答) 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ため、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。

問13-6 臓器移植や治療等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。
(答) 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ため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。

問13-7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。
(答) 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つの入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする。

問13-8 入院日IIIを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。
(答) 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ため、再度包括評価の対象となる。

問13-9 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こととされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日IIIを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。
(答) 入院日IIIを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問13-10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによってよいのか。
(答) そのとおり。

なお、手術が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までに予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り上げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14. 令和2平成30年度改定に係る経過措置について

問14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。
(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない）ことから、診断群分類区分をツリー一図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

問14-2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようなものか。
(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

問14-3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に実施した場合で4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるとの可否。
(答) 選択することができ。

問14-4 改定前後で診断群分類区分の入院日IIIが変化する以下の事例について、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。
(例1) 2月16日に入院し、改定前は入院日IIIが60日で改定後は入院日IIIが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。
(例2) 2月16日に入院し、改定前は入院日IIIが30日で改定後は入院日IIIが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。
(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

問14-5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬から調整の対象となるのか。
(答) そのとおり。

15. 診療報酬明細書関連について

問15-1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要があるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問15-2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するかの。

(答) そのとおり。

問15-3 該当する定義告示上の定義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定義副傷病名を記載するかの。

(答) そのとおり。

問15-4 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があるか。

(答) 記載する必要はない。

問15-5 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、ICD10コードを記入するかの。

(答) そのとおり。

問15-6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するかの。

(答) 初回の実施日を記載する。

問15-7 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、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かの。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かの。

(答) そのとおり。

問15-8 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どのようなものか。対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が3840万円以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問15-9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するかの。

(答) 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問15-10 診療報酬算定をまたいで入院している場合、3月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどのように記載するかの。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で行われるが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

問15-11 平成30年令和2年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するかの。

(答) 3月に実施した手術等について、4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

6-2 その他

問16-1 疑義解決資料の送付について（その1）（平成28年3月31日付事務連絡）の別添の問16-1において、「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ちいて入院期間において統一するため、投与時点を薬剤単位として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定する」と示されているが、今般の算定改定される本邦の薬価についても同様の取扱となるか。

(答) そのとおり。なお、詳細は厚生労働大臣が指定する病院の病棟における薬価に要する費用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の一掃改定等について（平成28年10月31日保医発第131号）を参照されたい。

問16-2 問15-12 区分番号「K92」造血幹細胞採取を行うにあたり、造血幹細胞の末梢血中の動員のためにG-CSF製剤やプレリキソホルを投与するが、区分番号「K92」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K92」造血幹細胞採取の注2の加算に該当するため、造血幹細胞採取にあたって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K92」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K92」造血幹細胞採取の所定の点数に当該薬剤の点数を加算する。

問16-4 平成30年3月31日以前に入院し、5日以内に「A400短期滞在手術等入院料」で規定する手術等を行った場合、4月中に退院した場合、どのような算定となるか。

(答) DPC対象病院においては、DPCを算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できな。

2018年11月19日疑義解決の9-9

問2 診断群分類20290産科挿入性血管内腔内挿留置装置及び30100播種性血管内腔内挿留置装置によって請求する場合、DPCに係る事項については、症状詳細を添付及び「出来高部分」欄への記載の両方が必要か。

(答) 必ずしも症状詳細を添付する必要はなく、「出来高部分」欄にDPCに係る症状詳細の記載をすればよい。