

# 第11節 DPC の概要

## (はじめに)

本節では、必要に応じて根拠となる厚生労働省の告示・通知（2022年6月16日現在までに発出されたもの）について、URLを掲載した。

なお、本節（第11節 DPC の概要）は、下記団体連ホームページにも掲載した。本節記載のURLは下記ホームページに掲載した「DPC の概要」の該当URLをクリックすれば参照できる。

<https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/tbk/>

なお、通知・告示は改定後も随時発出される。厚生労働省の告示・通知は、厚生労働省の「令和4年度診療報酬改定について」（下記ホームページの「第3関係法令等」の【省令、告示】（それらに関する通知、事務連絡を含む）の(12)に掲載されるので、1カ月に1回程度は確認されたい。

URL [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

## 1. DPC の基本的考え方

- (1) DPC は、A100急性期一般入院基本料の届出又はA104特定機能病院（一般病棟）もしくはA105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、2,334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2022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。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000923138.pdf>

また、実施調査通知は、令和4年3月18日保医発0318第4号（下記）を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914219.pdf>

- (5) DPC 制度への参加手続きに関する通知は、令和4年3月25日保医発0325第4号（下記）を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000918729.pdf>

## 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、令和4年3月18日「令和4年厚生労働省告示第77号」（下記）を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914210.pdf>

定義告示の一部改正（令和4年4月19日「令和4年告示第166号」（下記）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935061.pdf>

（改正告示が出された場合は、改正告示参照）

- ② 「ツリー図」は、令和4年3月18日保医発0318第2号のツリー図のExcel表（下記）を参照されたい。（改正通知が出された場合は、改正通知参照）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914214.xlsx>

- ③ 「定義テーブル」は、令和4年3月18日保医発0318第2号の定義テーブルのExcel表（下記）を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914216.xlsx>

定義テーブル一部改正（令和4年4月19日「保医発0419第5号」（下記）

URL <https://www.mhlw.go.jp/>

content/12404000/000931105.xlsx

定義テーブル一部改正（令和4年5月24日「保医発0524第1号」（下記）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000942139.xlsx>

（改正通知が出された場合は、改正通知参照）

- ④ 診断群分類電子点数表は、下記ホームページを参照されたい。

URL [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000198757\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000198757_00004.html)

- ⑤ 用語等は、令和4年3月18日保医発0318第2号（下記）の4頁～6頁を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914213.pdf>

- ⑥ DPC/PDPC 傷病名コーディングテキストは、下記を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000923137.pdf>

- (2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合にあっては、入院の契機となった傷病）について、主治医がICD-10から選択する。ただし、ICD-10のうち以下のものについては、選択しない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ 他章に分類される疾患の原因である連鎖球菌及びブドウ球菌（B95）からその他及び詳細不明の感染症（B99）まで
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）まで（鼻出血（R04.0）、咯血（R04.2）、気道のその他の部位からの出血（R04.8）、気道からの出血、詳細不明（R04.9）、熱性けいれん<痙攣>（R56.0）、限局性発汗過多<多汗>（症）（R61.0）、全身性発汗過多<多汗>（症）（R61.1）、発汗過多<多汗>（症）、詳細不明（R61.9）及びブドウ糖負荷試験異常（R73.0）を除く）

また、独立した（原発性）多部位の悪性新生物<腫瘍>（C97）及び部位不明の表在損傷（T14.0）から損傷、詳細不明（T14.9）までについては選択せず、主たる部位のICD-10を選択する。

- (3) 手術等が実施されていない期間に診断群分

類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認できるものに限る）を勘案した上で診断群分類区分の適用を判断する。

- (4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定する。
- (5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、当該診断群分類区分を決定するに当たっては、次の点に留意する。

入院中に、定義告示に掲げる複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数のDPCコードに該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」及び「定義副傷病」の全ての項目について、ツリー図において、下に掲げるDPCコードを優先して選択する。

- (6) 医科点数表において「区分番号K○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術について診断群分類区分を決定するに当たっては、準用元の手術で判断する。
- (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、患者の退院（DPC算定対象となる病棟等以外の病棟等への転棟を含む）時に行う。
- (8) 「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。
- (9) 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。
- (10) 診断群分類区分の決定に当たり、退院時処方は、投入した医療資源に含めない。（薬剤料について別に算定できる）

### 3. 診断群分類毎に設定された包括評価額の設定

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、令和4年3月18日「令和4年厚生労働省告示第75号」(下記)の32頁～151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。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914208.pdf>

- ② 「留意事項通知」は、令和4年3月18日保医発0318第2号(下記)を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914213.pdf>

留意事項通知一部改正(令和4年4月19日「保医発0419第5号」(下記))

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000931885.pdf>

(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、令和4年3月18日「厚生労働省告示第77号」(下記)を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914210.pdf>

定義告示の一部改正(令和4年4月19日「令和4年告示第166号」(下記))

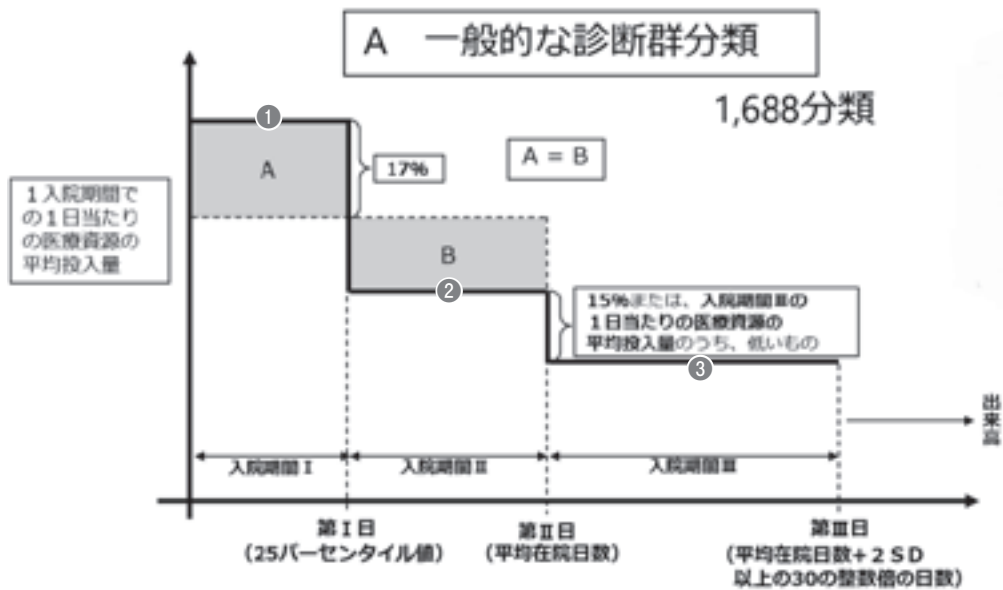
URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935061.pdf>

(改正告示が出された場合は、改正告示参照)

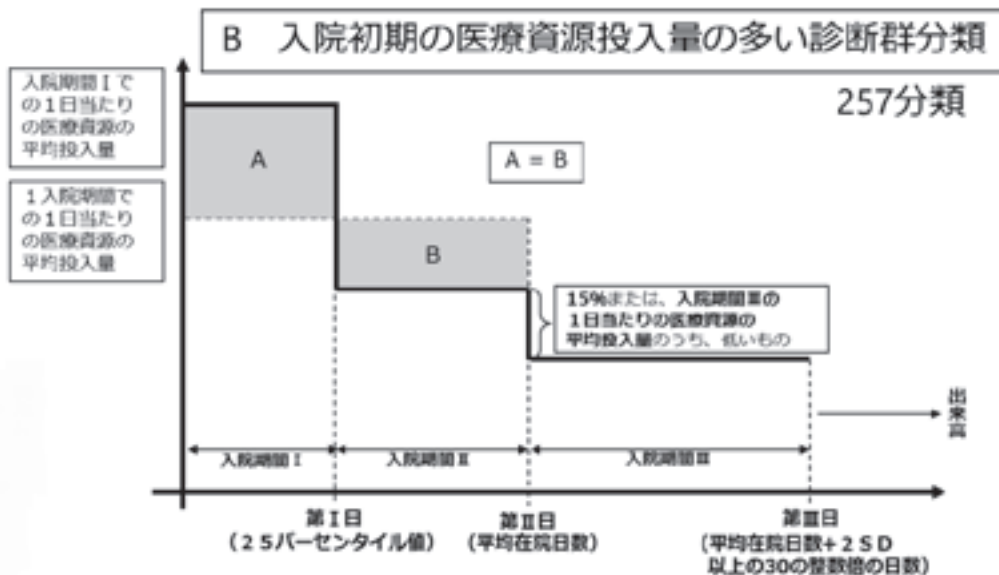
- ② 診断群分類区分は、DPC算定病床入院期間に治療対象となった傷病のうち最も医療資源を投入した傷病により主治医が決定する。診断群分類毎に設定された包括評価の額には、原則として入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置等が含まれている(一部算定できるものもある)。
- ③ 「平均在院日数+標準偏差の2倍」以上の30の整数倍の日数(入院期間Ⅲ)を超えた場合は、診断群分類点数表によらず、出来高算定となる。
- ④ 一般的な診断群分類(次の⑤、⑥、⑦を除く場合)の1日当り点数は、診断群分類ごとに入院日数に応じて下記の3段階で設定されている。(次頁参照)

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 17% 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 日あ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。

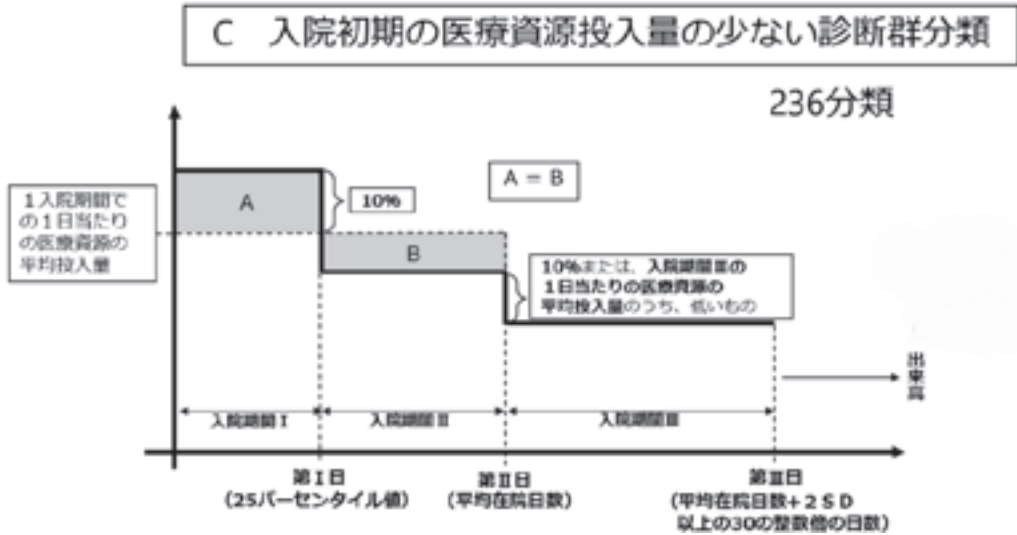


⑤ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



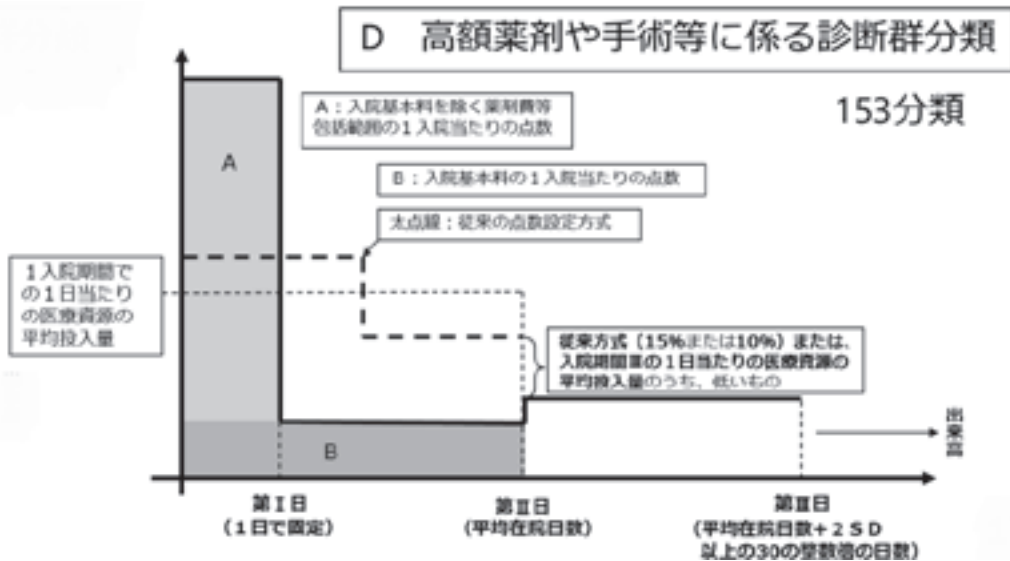
DPC

⑥ 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



DPC

⑦ 高額薬剤や手術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。

⑨ 診断群分類点数表等による1日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群

分類点数表の「点数(点)」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。各月の診療報酬は、1日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第1位を四捨五入する。

(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。

**編注** 基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数は、令和4年3月18日「令和4年告示第78号」（下記）を参照されたい。

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914211.pdf>

機能評価係数Ⅱの一部改正（令和4年4月28日「告示第176号」（下記））

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914211.pdf>

機能評価係数Ⅱの一部改正（令和4年5月31日「告示第192号」（下記））

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000944814.pdf>

- ① 「基礎係数」は、大学病院本院群（係数1.1249）、DPC 特定病院群（係数1.0680）、DPC 標準病院群（係数1.0395）の3区分で設定されている。
- ② 「機能評価係数Ⅰ」は、下記～2325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の適用日は、医科点数表に準じるが、下記については、取り扱いが異なる。

ア. A204地域医療支援病院入院診療加算

- ・月の初日に地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けた場合は同日より、月の途中に承認を受けた場合は翌月1日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中の全ての患者に対して加算する。

イ. A204-3紹介受診重点医療機関入院診療加算

- ・月の初日に外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表された場合は同日より、月の途中に当該公表がなされた場合は翌月1日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中の全ての患者に対して加算することができる。

ウ. A245データ提出加算

- ・当該加算が算定可能な月に限り、加算することができる。

DPC

### 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
7対1入院基本料	0.1997	0.1253
10対1入院基本料	0.0945	0.0235
13対1入院基本料	—	▲ 0.0599

イ. 一般病院の入院基本料本体

		左記入院料	月平均夜勤時間超過減算	夜勤時間特別入院基本料
急性期一般入院料	1	0.1007	0.0079	▲ 0.0853
	2	0.0890	▲ 0.0023	▲ 0.0935
	3	0.0612	▲ 0.0259	▲ 0.1127
	4	0.0218	▲ 0.0594	▲ 0.1405
	5	0.0177	▲ 0.0627	▲ 0.1435
	6	0.0000	▲ 0.0778	▲ 0.1559
地域一般入院料	1	▲ 0.0838	▲ 0.1491	▲ 0.2145
	2	▲ 0.0860	▲ 0.1510	▲ 0.2160
	3	▲ 0.1480	▲ 0.2036	▲ 0.2592
特別入院基本料		▲ 0.3352	—	—

## ウ. 入院基本料本体以外

		特定機能病院	専門病院	一般病院	
栄養管理体制未実施減算		▲0.0150	▲0.0150	▲0.0150	
A200 総合入院体制加算	1	—	—	0.0610	
	2	—	—	0.0457	
	3	—	—	0.0305	
A204 地域医療支援病院入院診療加算		—	—	0.0306	
A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算		—	—	0.0245	
A207 診療録管理体制加算	1	0.0031	0.0031	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	0.0365	0.0365	0.0365
		20対1	0.0291	0.0291	0.0291
		25対1	0.0245	0.0245	0.0245
		30対1	0.0212	0.0212	0.0212
		40対1	0.0178	0.0178	0.0178
		50対1	0.0150	0.0150	0.0150
		75対1	0.0122	0.0122	0.0122
	2	100対1	0.0104	0.0104	0.0104
		15対1	0.0339	0.0339	0.0339
		20対1	0.0268	0.0268	0.0268
		25対1	0.0225	0.0225	0.0225
		30対1	0.0195	0.0195	0.0195
		40対1	0.0165	0.0165	0.0165
		50対1	0.0137	0.0137	0.0137
A207-3 急性期看護補助体制加算	25対1	5割以上	0.0610	0.0610	0.0610
		5割未満	0.0559	0.0559	0.0559
	50対1	0.0508	0.0508	0.0508	
A207-3 急性期看護補助体制加算	75対1	0.0406	0.0406	0.0406	
	夜間30対1	0.0318	0.0318	0.0318	
	夜間50対1	0.0305	0.0305	0.0305	
	夜間100対1	0.0267	0.0267	0.0267	
	夜間看護体制加算	0.0152	0.0152	0.0152	
A207-4 看護職員夜間配置加算	看護補助体制充実加算	0.0013	0.0013	0.0013	
	12対1 配置加算 1	0.0279	0.0279	0.0279	
	12対1 配置加算 2	0.0229	0.0229	0.0229	
	16対1 配置加算 1	0.0178	0.0178	0.0178	
	16対1 配置加算 2	—	—	0.0114	
A214 看護補助加算	1	—	0.0493	0.0493	
	2	—	0.0405	0.0405	
	3	—	0.0307	0.0307	
	夜間75対1 看護補助加算	—	0.0161	0.0161	
	夜間看護体制加算	—	0.0050	0.0051	
	看護補助者配置加算	—	0.0017	0.0017	
A218 地域加算	1級地	0.0068	0.0068	0.0068	
	2級地	0.0056	0.0056	0.0056	
	3級地	0.0053	0.0053	0.0053	
	4級地	0.0041	0.0041	0.0041	
	5級地	0.0034	0.0034	0.0034	
	6級地	0.0019	0.0019	0.0019	
	7級地	0.0011	0.0011	0.0011	
A218-2 離島加算		0.0068	0.0068	0.0068	

DPC

A234 医療安全 対策加算	1	0.0030	0.0030	0.0030
	2	0.0010	0.0010	0.0010
	地域連携 1	—	0.0017	0.0017
	地域連携 2	—		
A234-2 感染対 策向上加算	1	0.0247	0.0247	0.0247
	2	0.0061	0.0061	0.0061
	3	0.0026	0.0026	0.0026
	指導強化加算	0.0010	0.0010	0.0010
	連携強化加算	0.0010	0.0010	0.0010
	サーベイランス強化加算	0.0002	0.0002	0.0002
A243 後発医薬品使用体 制加算	1	0.0014	0.0014	0.0014
	2	0.0013	0.0013	0.0013
	3	0.0011	0.0011	0.0011
A244 病棟薬剤業務実施 加算	1	0.0079	0.0079	0.0079
	2	—	—	—
A245 データ提 出加算	1	200床以上	0.0049	0.0049
		200床未満	0.0073	0.0073
	2	200床以上	0.0052	0.0052
		200床未満	0.0077	0.0077
	評価加算	0.0014	0.0014	0.0014
A252 地域医療体制確保加算		0.0216	0.0216	0.0216
D026 検体検査 管理加算	I	0.0010	0.0010	0.0010
	II	0.0026	0.0026	0.0026
	III	0.0078	0.0078	0.0078
	IV	0.0130	0.0130	0.0130
	国際標準検査管理加算	0.0010	0.0010	0.0010

DPC

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。

なお、機能評価係数Ⅱ設定の概念は次の通り。

機能評価係数Ⅱの設定の概念 令和4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4年3月4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"> <li>・「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。</li> <li>・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。</li> </ul> <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"> <li>・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）</li> </ul> <p>【病院情報の公表】 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6年度からの評価を検討）</p>
(2)地域医療指数	<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>



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」、「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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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)</li> <li>・「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)</li> </ul>	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ t-PA 療法の実施 (0.25P)</li> <li>・ 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)</li> <li>・ 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 (1 P) (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)</li> </ul> ※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,K5612) 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 0 P)		
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 1 件以上の算定実績 (1 P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年 12 回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 (いずれかで 1 P)</li> <li>・「へき地医療拠点病院の指定 (巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年 12 回以上実施している場合を除く)」を評価 (0.5P)</li> </ul>		
災害	災害拠点病院の指定 (0.5P) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ BCP の策定 (災害拠点病院に指定されている場合を除く) (0.25 P)</li> <li>・ DMAT の指定 (0.25P)</li> <li>・ EMIS への参加 (0.25P)</li> </ul>		
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 1 P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1 P)</li> <li>・「地域周産期母子医療センターの指定」 (0.5P)</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救命救急センター (0.5P)</li> <li>・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)</li> </ul>	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数 (最大 0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) (最大 0.5P)	
感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当 (0.25P)</li> <li>・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること (0.25P)</li> </ul> ※上記のいずれも満たした場合 (0.75P) ・ GMIS への参加 (日次調査への年間の参加割合を線形で評価) (最大 0.25P)		
その他	右記のいずれか 1 項目を満たした場合 1 P	① 治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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 (1 P)</li> <li>・ 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。</li> </ul>	

DPC

(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。
(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	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 ・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

#### 4. DPC に加えて出来高算定する点数

新規保険適用の技術が該当し、全て更新された。

DPC

(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、

(2) DPC に加えて出来高算定する点数は、次の通り（改定箇所を見え消しで表示）。

区分	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 の加算（時間外・休日・深夜加算及び 6 歳未満の同加算） 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）
入院基本料	○ A100 急性期一般入院基本料の注 12 に掲げる ADL 維持向上等体制加算 ○ A100 地域一般入院基本料算定病棟の注 4 に掲げる重症児（者）受入連携加算、注 5 に掲げる救急・在宅等支援病床初期加算 ○ A104 特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算、注 10 に掲げる ADL 維持向上等体制加算、注 11 に掲げる入院栄養管理体制加算、注 12 に掲げる栄養情報提供加算 ○ A105 専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算、注 4 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算、注 9 に掲げる ADL 維持向上等体制加算

入院基本料等加算	A200-2	急性期充実体制加算
	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
	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	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
	A234-5	報告書管理体制加算
	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	ハイリスク分娩等管理加算（1 ハイリスク分娩管理加算のみ。専門病院を除く）
A242	呼吸ケアチーム加算	
A242-2	術後疼痛管理チーム加算	
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	
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	
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	別途掲げる 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	なし	
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Ⅷ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化複合体を含む）及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤に係る費用（※ 2）	
注射	G020 無菌製剤処理料 投薬の（※ 1）、（※ 2）に同じ	

DPC

処置	J042 (1)連続携帯式腹膜灌流、基本点数が 1,000 点以上の処置の費用（既装着のギブ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
入院時食事療養又は入院時生活療養	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」を算定する患者が下記を算定する病床に入院している期間は、①～③の取り扱いとなる。

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 DPC に加算できる上記の特定入院料は、医科点数表で届出を行っている場合に

算定できる。ただし、医科点数表に定めた点数ではなく、「指定病院算定方法」（令和 4 年厚生労働省告示第75号）で示された独自の特定入院料の点数を算定する。

- 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、包括範囲は医科点数表に定めた包括範囲ではなく、DPC の包括範囲が適用される。
- ③ 特定入院料を加算する場合に算定できる入院基本料等加算は、留意事項通知（保医発0318第2号）の第3の1の(4)特定入院料の取扱いに示された入院基本料等加算の範囲となる。

DPC

A 300 救命救急入院料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
1	救命救急入院料 1	3 日以内	8,129	8,329	8,391	10,223
		4 ～ 7 日以内	7,156	7,356	7,418	9,250
		8 ～ 14 日以内	5,803	6,003	6,065	7,897
		15 ～ 30 日以内	6,308	6,308	6,323	
		31 日以上	6,515	6,515	6,515	—
2	救命救急入院料 2	3 日以内	9,708	9,908	9,970	11,802
		4 ～ 7 日以内	8,592	8,792	8,854	10,686
		8 ～ 14 日以内	7,277	7,477	7,539	9,371
		15 ～ 30 日以内	7,782	7,782	7,797	
		31 日以上	7,989	7,989	7,989	—

3	救命救急入院料 3	3 日以内	8,129	8,329	8,391	10,223	
		4 ～ 7 日以内	7,156	7,356	7,418	9,250	
		8 ～ 14 日以内	5,803	6,003	6,065	7,897	
		15 ～ 30 日以内	6,308	6,308	6,323		
		31 日以上	6,515	6,515	6,515	—	
	広範囲熱傷特定集中治療室	3 日以内	8,129	8,329	8,391	10,223	
		4 ～ 7 日以内	7,156	7,356	7,418	9,250	
		8 ～ 14 日以内	6,224	6,424	6,486	8,318	
		15 ～ 30 日以内	6,729	6,729	6,744		
		31 ～ 60 日以内	6,936	6,936	6,936	—	
4	救命救急入院料 4	3 日以内	9,708	9,908	9,970	11,802	
		4 ～ 7 日以内	8,592	8,792	8,854	10,686	
		8 ～ 14 日以内	7,277	7,477	7,539	9,371	
		15 ～ 30 日以内	7,782	7,782	7,797		
		31 日以上	7,989	7,989	7,989	—	
	広範囲熱傷特定集中治療室	3 日以内	9,708	9,908	9,970	11,802	
		4 ～ 7 日以内	8,592	8,792	8,854	10,686	
		8 ～ 14 日以内	7,277	7,477	7,539	9,371	
		15 ～ 30 日以内	6,729	6,729	6,744	8,318	
		31 ～ 60 日以内	6,936	6,936	6,936		
加算	高度救命救急センター加算		+ 100	+ 100	+ 100	+ 100	
	救急体制充実加算	1	+ 1,500	+ 1,500	+ 1,500	+ 1,500	
		2	+ 1,000	+ 1,000	+ 1,000	+ 1,000	
		3	+ 500	+ 500	+ 500	+ 500	
	小児加算（15歳未満）		+ 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	
	精神疾患診断治療初回加算	施設基準届出		+ 7,000	+ 7,000	+ 7,000	+ 7,000
		退院時指導加算		+ 2,500	+ 2,500	+ 2,500	+ 2,500
		上記以外		+ 3,000	+ 3,000	+ 3,000	+ 3,000
	早期離床・リハビリテーション加算		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500	
	早期栄養介入管理加算（7日限度）	下記以外		+ 250	+ 250	+ 250	+ 250
		経腸栄養開始後		+ 400	+ 400	+ 400	+ 400
	重症患者対応体制強化加算	3 日以内		+ 750	+ 750	+ 750	+ 750
		4 日～ 7 日以内		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
		8 日～ 14 日以内		+ 300	+ 300	+ 300	+ 300
	※【参考】 A300 救命救急入院料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否						
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、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（A300 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						
算定不可（係数評価）	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算						



A 301 特定集中治療室管理料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
1	特定集中治療室管理料 1	7 日以内	12,117	12,317	12,379	14,211
		8 ～ 14 日以内	10,539	10,739	10,801	12,633
		15 ～ 30 日以内	11,044	11,044	11,059	
		31 日以上	11,251	11,251	11,251	—
2	特定集中治療室管理料 2	7 日以内	12,117	12,317	12,379	14,211
		8 ～ 14 日以内	10,539	10,739	10,801	12,633
		15 ～ 30 日以内	11,044	11,044	11,059	
		31 日以上	11,251	11,251	11,251	—
	広範囲熱傷特定集中治療室	7 日以内	12,117	12,317	12,379	14,211
		8 ～ 14 日以内	10,739	10,939	11,001	12,833
		15 ～ 30 日以内	11,244	11,244	11,259	
		31 ～ 60 日以内	11,451	11,451	11,451	
3	特定集中治療室管理料 3	7 日以内	7,603	7,803	7,865	9,697
		8 ～ 14 日以内	6,024	6,224	6,286	8,118
		15 ～ 30 日以内	6,529	6,529	6,544	
		31 日以上	6,736	6,736	6,736	—
4	特定集中治療室管理料 4	7 日以内	7,603	7,803	7,865	9,697
		8 ～ 14 日以内	6,024	6,224	6,286	8,118
		15 ～ 30 日以内	6,529	6,529	6,544	
		31 日以上	6,736	6,736	6,736	—
	広範囲熱傷特定集中治療室	7 日以内	7,603	7,803	7,865	9,697
		8 ～ 14 日以内	6,224	6,424	6,486	8,318
		15 ～ 30 日以内	6,729	6,729	6,744	
		31 ～ 60 日以内	6,936	6,936	6,936	
加算	15 歳未満小児加算	7 日以内	+ 2,000	+ 2,000	+ 2,000	+ 2,000
		8 ～ 14 日以内	+ 1,500	+ 1,500	+ 1,500	+ 1,500
	早期離床・リハビリテーション加算		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
	早期栄養介入管理加算 (7 日限度)	下記以外	+ 250	+ 250	+ 250	+ 250
		経腸栄養開始後	+ 400	+ 400	+ 400	+ 400
	重症患者対応体制強化加算	3 日以内	+ 750	+ 750	+ 750	+ 750
		4 日～7 日以内	+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
8 日～14 日以内		+ 300	+ 300	+ 300	+ 300	
※【参考】 A 301 特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否						
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、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					
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算					

DPC

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
1	14 日以内		4,761	4,961	5,023	6,855
	15 ～ 21 日以内		5,266	5,266	5,281	
2	14 日以内		2,130	2,330	2,392	4,224
	15 ～ 21 日以内		2,635	2,635	2,650	
加算	早期離床・リハビリテーション加算		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
	早期栄養介入管理加算 (7 日限度)	下記以外	+ 250	+ 250	+ 250	+ 250
		経腸栄養開始後	+ 400	+ 400	+ 400	+ 400
※【参考】A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否						
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、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					
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算					

DPC

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
	14 日以内		3,919	4,119	4,181	6,013
加算	早期離床・リハビリテーション加算		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
	早期栄養介入管理加算 (7 日限度)	下記以外	+ 250	+ 250	+ 250	+ 250
		経腸栄養開始後	+ 400	+ 400	+ 400	+ 400
※【参考】A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否						
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、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					
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算					

A301-4 小児特定集中治療室管理料						
			特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
	7 日以内		14,223	14,423	14,485	16,317
	8 ～ 14 日以内		12,117	12,317	12,379	
	15 ～ 30 日以内		12,622	12,622	12,637	
	31 ～ 55 日以内		12,829	12,829	12,829	
加算	早期離床・リハビリテーション加算		+ 500	+ 500	+ 500	+ 500
	早期栄養介入管理加算 (7 日限度)	下記以外	+ 250	+ 250	+ 250	+ 250
		経腸栄養開始後	+ 400	+ 400	+ 400	+ 400
※【参考】A301-4 小児特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否						
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、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					
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算					

A 302 新生児特定集中治療室管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
1	14 日以内	8,445	8,645	8,707	10,539
	15～30 日以内	8,950	8,950	8,965	
	31～110 日以内	9,157	9,157	9,157	
2	14 日以内	6,340	6,540	6,602	8,434
	15～30 日以内	6,845	6,845	6,860	
	31～110 日以内	7,052	7,052	7,052	
※【参考】A302 新生児特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、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				
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

A 303 総合周産期特定集中治療室管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
母体・胎児集中治療室管理料	14 日以内	5,287	5,487	5,549	7,381
新生児集中治療室管理料	14 日以内	8,445	8,645	8,707	10,539
	15～30 日以内	8,950	8,950	8,965	
	31～110 日以内	9,157	9,157	9,157	
加算	成育連携支援加算	+ 1,200	+ 1,200	+ 1,200	+ 1,200
※【参考】A303 総合周産期特定集中治療室管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算（母体・胎児集中治療室管理料算定の場合に限る）、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				
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

A 303-2 新生児治療回復室入院管理料					
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC 以外の病院 (参考)
14 日以内		3,603	3,803	3,865	5,697
15～30 日以内		4,108	4,108	4,123	
31～140 日以内		4,315	4,315	4,315	
※【参考】A303-2 新生児治療回復室入院管理料で算定できる入院基本料等加算の DPC 病棟での算定可否					
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、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、A234-4 重症患者初期支援充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、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				
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算				

A 305 一類感染症患者入院医療管理料				
	特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC以外の病院 (参考)
14日以内	7,277	7,477	7,539	9,371
15～30日以内	6,519	6,519	6,534	8,108
31日以上	6,726	6,726	6,726	
※【参考】A305 一類感染症患者入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算のDPC病棟での算定可否				
算定可能	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、A205-2 超急性期脳卒中加算、A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A234-5 報告書管理体制加算、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			
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算			

A 307 小児入院医療管理料						
		特定機能病院	専門病院	一般病院	DPC以外の病院 (参考)	
1	14日以内	2,656	2,856	2,918	4,750	
	15～30日以内	3,161	3,161	3,176		
	31日以上	3,368	3,368	3,368		
2	14日以内	2,130	2,330	2,392	4,224	
	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	3,808	
	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	3,171	
	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	—	312	374	2,206	
	15～30日以内	—	617	632		
	31日以上	—	824	824		
加算	小児入院医療管理	+ 100	+ 100	+ 100	+ 100	
	人工呼吸器使用加算	+ 600	+ 600	+ 600	+ 600	
	重症児受入体制加算（3・4・5に限る）	+ 200	+ 200	+ 200	+ 200	
	退院時薬剤情報管理指導連携加算	+ 150	+ 150	+ 150	+ 150	
	養育支援体制加算	+ 300	+ 300	+ 300	+ 300	
	時間外受入体制強化加算 (1・2に限る)	1	+ 300	+ 300	+ 300	+ 300
		2	+ 180	+ 180	+ 180	+ 180
	無菌治療管理加算	1	—	—	—	+ 2,000
2		—	—	—	+ 1,500	
※【参考】A307 小児入院医療管理料で算定できる入院基本料等加算のDPC病棟での算定可否						
算定可能	1・2	A204-2 臨床研修病院入院診療加算、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、A234-5 報告書管理体制加算、A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算、A242-2 術後疼痛管理チーム加算、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		A226-2 緩和ケア診療加算、A232 がん拠点病院加算	—	
	3・4					
	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		
算定不可 (係数評価)	A207-2 医師事務作業補助体制加算、A218 地域加算、A218-2 離島加算、A234 医療安全対策加算、A234-2 感染対策向上加算、A244 病棟薬剤業務実施加算（1に限る）、A245 データ提出加算、A252 地域医療体制確保加算（入院医療管理 1～4のみ）					

DPC

## 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
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
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	▲ 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	—	—

DPC

(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
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
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	▲ 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	—	—

## 6. 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
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、下記(1)～(6)に該当する患者
(1) 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、入院期間Ⅲを超えた日以降も抗悪性腫瘍剤等の薬剤剤並びに当該薬剤に関する投薬及び注射(G020無菌製剤処理料を除く)の費用を算定することはできない(抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する投薬及び注射の費用は算定できる)。



- (2) 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
- (3) 「評価療養又は患者申出療養」を受ける患者
- (4) 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
  - ・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 同種死体膵腎移植術
  - ・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
- (5) 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（下記を算定する直前に診断群分類点数表で算定していた患者を除く）
    - ①地域包括ケア病棟入院料 1～4
    - ②地域包括ケア入院医療管理料 1～4
  - ・A309 特殊疾患病棟入院料
  - ・A310 緩和ケア病棟入院料
  - ・A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
  - ・A400 短期滞在手術等基本料（1に限る）
- (6) 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）
- D413 前立腺針生検法 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの
  - K019-2 自家脂肪注入
  - K054-2 脛骨近位骨切り術
  - K080-7 上腕二頭筋腱固定術
  - K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
  - K145-2 皮下髄液貯溜槽留置術
  - K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術
  - K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術
  - K174 水頭症手術 3 シャント再建術
  - K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術
  - K217 眼瞼内反症手術 3 眼瞼下制筋前転法
  - K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術
  - K242 斜視手術 6 調節糸法
  - K259-2 自家培養上皮移植術
  - K268 緑内障手術（2 流出路再建術イ 眼内法及び 7 濾過胞再建術（needle法）に限る）
  - K305-2 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
  - K308-3 耳管用補綴材挿入術
  - K319-2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術
  - K343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
  - K388-3 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
  - K470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
  - K494-2 胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
  - K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 4 気管支形成を伴う肺切除
  - K529-4 再建胃管悪性腫瘍手術
  - K533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
  - K555-2 経カテーテル弁置換術 3 経皮的肺動脈弁置換術
  - K594 不整脈手術 4 左心耳閉鎖術口 胸腔鏡下によるもの
  - K616-7 スtentグラフト内挿術（シヤント）
  - K616-8 吸着式潰瘍治療法（1日につき）
  - K617 下肢静脈瘤手術 4 静脈瘤切除術

K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 4 側方  
 K653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術  
 K675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）  
 K697-4 移植用部分肝採取術（生体）1 腹腔鏡によるもの  
 K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術  
 K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る）（悪性腫瘍に対するものを除く）  
 K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術（3 超低位前方切除術及び 4 経肛門吻合を伴う切除術に限る）  
 K746-3 痔瘻手術（注入療法）  
 K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）  
 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）2 その他のもの  
 K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）  
 K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）  
 K823-7 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）  
 K828-3 埋没陰茎手術  
 K838-2 精巣内精子採取術  
 K841-6 経尿道的前立腺吊上術  
 K860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術  
 K882-2 腹腔鏡下子宮癒痕部修復術  
 K884-2 人工授精  
 K884-3 胚移植術  
 K890-4 採卵術  
 K916 体外式膜型人工肺管理料（1 日につき）  
 K917 体外受精・顕微授精管理料  
 K917-2 受精卵・胚培養管理料  
 K917-3 胚凍結保存管理料  
 K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）  
 K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算  
 M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（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）令和 4 年厚生労働省告示第 76 号別表（下記アドレスの 7 ～ 10 頁）に掲げる薬剤に限る）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914209.pdf>

（関連通知）

・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（令和 4 年 3 月 18 日「保医発 0318 第 3 号」）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000935061.pdf>

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000914218.xlsx>

・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改正（令和 4 年 4 月 19 日「保医発 0419 第 6 号」）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000931886.pdf>

（別表）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000931107.xlsx>

・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改正（令和 4 年 5 月 24 日「保医発 0524 第 2 号」）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000942140.pdf>

（別表）

URL <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000942141.xlsx>

（改正告示通知が出された場合は、改正告示通知参照）

ウ. 診断群分類点数表の番号 4053 又は 4054 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 又は U072 に該当する患者

3. 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レセプトの摘要欄に記載し、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（上記6の(1)の2のイに規定する患者）
- 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 A308-3地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟に転棟した患者

## 7. DPC 入院中の患者の対診・他医療機関受診の取扱い

診療上必要があり、入院中の患者に対し他の保険医療機関の保険医の立合診察（以下「対診」という）が実施された場合又は入院中の患者が他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の保険医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

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. 持参薬の取り扱い

予定入院にあっては、入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬について、特段の理由がない限り入院中に使用することが禁止されている。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。

## 9. 同一傷病等での再入院に係る取扱い

- (1) 同一傷病等による7日以内の再入院となった患者の取扱いについては、初回入院、再入院を合わせて一入院とする。
- (2) 同一傷病等での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（以下、「同一傷病」）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又は、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「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上6桁が同一である場合

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コード又は診断群分類「180040手術・処置等の合併症」に定義される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、A200-2急性期充実体制加算、A204-2臨床研修病院入院診療加算、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ハイリスク分娩等管理加算(1のハイリスク分娩管理加算に限る)、A246入退院支援加算(加算1を除く)、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

(4) 同一傷病等による7日以内の再入院に当た

っての特定入院料の加算については、前回入院と一連の入院とみなした日数を限度日数とする。

## 10. 地域包括ケア入院医療管理料への転床及び地域包括ケア病棟入院料への転棟

(1) 地域包括ケア入院医療管理料の病室(一般病棟の病室に限る)に転室した場合

ア. 入院日Ⅲまでの期間は、地域包括ケア入院医療管理料を算定せず、引き続き転室前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。

イ. DPC算定対象病棟等入院患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア入院医療管理料の病室に再入院(転室)する場合は、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定しレセプトの摘要欄に記載することとし、「同一傷病等での再入院」に該当する場合は、一連の入院として直近のDPC算定対象となる病棟等において算定した診断群分類区分と同じ区分により引き続き算定することとし、起算日は初回の入院日とする。

ウ. なお、「同一傷病等での再入院」に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料の病室への再入院(転室)となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、レセプトの摘要欄に記載する。

(2) 地域包括ケア病棟入院料の病棟(一般病棟に限る)に転棟した場合

ア. 入院日Ⅱまでの期間は、地域包括ケア病棟入院料を算定せず、引き続き転棟前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。ただし、入院期間Ⅲにおいて、地域包括ケア病棟入院料に転棟した場合は、転棟した日から医科点数表により算定する。

イ. DPC算定対象病棟等入院患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に再入院(転棟)する場合であって、「同一傷病等での再入院」に該当する場合は、入院日Ⅱまでの期間は一連の入院として直近のDPC算定対象病棟等で算定した診断群分類区分と同じ区分により算定することとし、起算日



は初回の入院日とする。この場合、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類をレセプトの摘要欄に記載する。

ウ. DPC算定対象病棟等入院患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア病棟入院料に再入院（転棟）する場合であって、「入院の契機となった傷病名」に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、レセプトの摘要欄に記載する。

## 11. 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%（地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟又は病床において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定する患者については、一般病棟の入院基本料の基本点数の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、C100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。

## 12. 診療報酬の調整

- (1) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一する。
- (2) 退院の日の診断群分類区分と退院の日の前日までの診断群分類区分とが異なる場合は、退院の日の属する月の前月までの算定額と、退院の日における診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整

する。

- (3) 退院の日、DPC算定対象病棟等において診断群分類点数表により算定している患者がDPC算定対象病棟等以外の病棟等に転棟又は転室する日の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という）における診断群分類区分と調整日の前日までの診断群分類区分が異なる場合には、調整日の属する月の前月までの算定額と同月までの診断群分類区分による算定額との差額を調整日の属する月の分の算定点数において調整する。
- (4) 転棟した場合等の取扱い
  - ① DPC算定対象病棟等以外の病棟等に転棟した場合には、転棟した日の診療報酬の算定は医科点数表による。この場合、DPC算定対象病棟等以外の病棟等における入院料等の算定に当たっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。
  - ② DPC算定対象病棟等以外の病棟等からDPC算定対象となる病棟等に転棟し、診断群分類点数表等により診療報酬を算定する場合には、当該病棟等に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。なお、DPC算定対象病棟等からDPC算定対象病棟等以外の病棟等に転棟し、その後、DPC算定対象となる病棟等に再転棟した場合についても同様の取扱いとする。

ただし、上記「9. 同一傷病等での再入院に係る取扱い」に該当する場合はこの限りでない。

## 13. 入院日Ⅲを超えた場合の医科点数表算定の制限

- (1) 入院日Ⅲを超えた日以降の診療報酬は、医科点数表により算定する。
- (2) 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は、入院期間Ⅲを超えた日以降も抗悪性腫瘍剤等の薬剤料並びに当該薬剤に関する投薬及び注射（G020無菌製剤処理料を除く）の費用を算定することはできない（抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する投薬及び注射の費用は算定できる）。



なお、「化学療法等を実施された」診断群分類区分とは、次のいずれかに該当する診断群分類区分をいう。

- ア. 悪性腫瘍患者に対する化学療法（悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤の使用（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない）をいい、抗生剤のみの使用及びG-CSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない）に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む）
- イ. ア以外であって、特定の薬剤名（成分名）を含む診断群分類区分（この場合にあつては悪性腫瘍患者以外の患者が含まれるため留意すること）

また、入院日Ⅲを超えた日以降に算定できない「抗悪性腫瘍剤等の薬剤料」とは、上記アに該当する診断群分類区分にあつては、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（上記アの「化学療法」に定義される薬剤）に係る薬剤料であり、イに該当する診断群分類区分にあつては、明示された薬剤（明示された薬剤以外の薬剤と併用することが添付文書等により医学的に明らかの場合にあつては、当該併用薬剤を含む）に係る薬剤料である。

上記以外の薬剤料（例：糖尿病に係る薬剤料）については、別に算定できる。

## 14. レセプト記載

- (1) 記載要領は、下記ホームページの「第3関

係法令等」の【省令・告示】の(13)「令和4年3月25日保医発0325第1号」の通知の「別添2」を参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000919152.pdf>

- (2) 診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群又は130100播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という）によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したのがDICであることについて、以下の内容をレセプトの摘要欄に記載する。
- ① DICの原因と考えられる基礎疾患
  - ② 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア
  - ③ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療内容を含む）及び検査値等の推移

DPC

## 15. 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（DPC準備病院の基準）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、次の表の中（DPC対象病院の基準）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を届け出ている。 ※ 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。	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。	左記の入院診療データを提出している。 ※外来診療データも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。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。 ※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 対象病院等が行う調査の提出様式

ア. 退院患者調査 (DPC 病院及び DPC 準備病院、データ提出加算算定病院)

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
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
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	必須	必須

※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/12404000/000923138.pdf>

## イ. 特別調査（DPC 病院）

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）局医療課長を經由して「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）局医療課長を經由して「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）局医療課長を經由して「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）局医療課長を經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。