

DPC はやわかりマニュアル

2010年度版



田辺三菱製薬

C O N T E N T S

■ 2010年度DPC制度の見直し	1
■ DPCへの参加と退出	3
■ 診断群分類とツリー(樹形)図	6
■ DPCコード(診断群分類番号)	10
■ 診断群分類点数表	11
■ 診断群分類の決定	12
■ 1日当たり包括点数の設定方法	13
■ DPC包括評価の対象患者	14
■ DPC包括評価の仕組み	16
■ DPCにおける出来高算定項目	18
■ DPC包括評価の留意事項	22
■ 医療機関別係数 調整係数、機能評価係数 I・II	24
■ DPCによる請求と請求調整	28
■ 【参考資料①】 手術・処置等2に記載があり、かつツリー図に分岐が設定されている薬剤の一覧	29
■ 【参考資料②】 診断群分類(DPC)点数表と医科点数表における包括範囲の比較	31
■ 厚生労働省 疑義解釈	33



●本誌は、特に記載している項目を除き、2010年4月1日時点の情報を基に、ポイントとなる内容を重点的にまとめたものです。このため、点数を算定される場合は、必ず診断群分類点数表等でご確認ください。

2010年度DPC制度の見直し

■主な見直し内容

DPC制度は、これまでも診療報酬改定のたびにデータによる現場の実態を踏まえて見直しが行われてきましたが、制度創設から8年目を迎える2010年度改定では、これまでにない大幅な見直しが行われました。その中で最大の見直しは、“調整係数の段階的廃止”が始まったことです。DPCの円滑導入のために設定され、DPC対象病院の安定経営に不可欠な調整係数が、今改定から導入される新たな機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）に置き換えられることは、DPC包括評価の抜本的見直しと言えるかもしれません。また、入院期間別の1日当たり包括点数の設定方法が見直されたこと、従来は包括だった項目が出来高項目や機能評価係数になったことも病院経営に及ぼす影響は大きいと言えます。

2010年度の具体的な改定ポイントは以下のとおりです。

●改定率及び入院基本料等の引き上げの反映

DPCでは、今回の診療報酬改定率0.19%（全体）を医療機関別係数の設定に反映させています。また、医科診療報酬点数表（以下、医科点数表）で入院基本料等が引き上げられたことも踏まえて診断群分類点数表の改定が行われました。点数区分が増設された医師事務作業補助体制加算や新設の急性期看護補助体制加算等については、従来の機能評価係数で評価されています。

●調整係数の段階的廃止と新たな機能評価係数の設定

改定前年度並の収入を保証し、従来の機能評価係数ではカバーできない部分も評価してきた調整係数が廃止されます。ただし、激変緩和策として廃止は段階的に行われ、2010年度は調整係数による評価の一部が新たな機能評価係数に置き換えられます。

新たな機能評価係数は、次の6項目で評価され、調整係数と同じように病院ごとに異なる係数が設定されます（24、27頁参照）。

新たな機能評価係数 (機能評価係数Ⅱ)	①	データ提出指数
	②	効率性指数
	③	複雑性指数
	④	カバー率指数
	⑤	地域医療指数
	⑥	救急医療係数

●診断群分類点数の設定方法の見直し

1日当たり包括点数を実際の医療資源の投入量に合ったものにするため、これまで2種類の方法で点数設定を行っていたものを、3種類の方法で行うことに変更されました。

具体的には、従来からの設定方法に加え、入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい診断群分類に用いるもの、反対に入院初期の医療資源の投入量が小さい診断群分類に用いるものの2つの設定方法が導入されました（13頁参照）。

なお、悪性腫瘍の化学療法等の短期入院の診断群分類に用いられていた設定方法は廃止となりました。

●包括範囲の見直し

これまで包括対象だった下記の項目が出来高等の評価に変更になりました（18、19、26頁参照）。

- ・高額な薬剤投与が必要な HIV 感染症の抗ウイルス薬と血友病等の血液凝固因子製剤等の費用が出来高算定に変更
- ・病理診断と注射の一部の点数が包括対象から出来高算定へ変更
- ・慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流が出来高算定に変更
- ・検体検査管理加算が包括対象から機能評価係数へ変更

● 診断群分類の分岐と 診断群分類数の見直し

例年どおり、診断群分類は診療実態に合わせて分岐の見直しが行われました。

前回同様に特定の薬剤を使用した場合の分岐が設定されたほか、化学療法レジメンによる分岐の追加、副傷病による分岐の精緻化が行われました（9頁参照）。

これらを踏まえて2010年度の診断群分類数は、207増加して2,658分類となりました。このうち、包括評価となっているのは約70%の1,880分類です。

	改定前	改定後
疾患数	506	507
診断群分類数	2,451	2,658
包括評価の分類数	1,572	1,880

- 医師等の員数が医療法標準の70%以下となった場合は出来高で算定することになりました（22頁参照）。
- DPC対象病棟からDPC対象外の病棟に転棟した場合、転棟日は、転棟先の入院料等を算定することになりました。例えば、DPC対象病棟から回復期リハビリ病棟に転棟した日は、従来DPCの包括点数を算定していましたが、2010年4月より回復期リハビリテーション病棟入院料を算定することになりました。
- 退院患者のコーディングデータの調査様式であるEファイルとFファイルは1ファイルに統合した形で提出となり、様式1も項目が一部変更となります。なお、2010年度のデータ提出期間は、2010年7月から2011年3月までの9カ月間になります。

● その他の変更点

- DPC対象病院に入院中の患者が他医療機関を受診した場合又は対診が行われた場合の費用の取り扱いが変更となりました。包括対象外となる医療行為を他の医療機関で受診した場合は、DPC対象病院で出来高算定して他医療機関と合議の上、精算することになりました。なお、DPC対象病院は、他医療機関で実施した診療行為も含めて、医療資源を最も投入した診断群分類を決定します（23頁参照）。

【参考】DPCの意味

Diagnosis (診断) **Procedure (一連、手順)** **Combination (組み合わせ)**

診断に基づいて、傷病名、年齢、意識障害レベル、手術・処置の有無、副傷病の有無など一連の治療行為を組み合わせたもの

注) 本来、DPCは診断群分類方法のことで、包括支払いを意味するものではありませんが、現在では、支払い方式も含めて単に「DPC」と呼ばれることが多くなっています。

【診療群分類数の変遷】

診断群分類	日本版DRG / PPS*		DPC包括支払い				
	第1版	第2版	第3版	第4版	第5版	第6版	第7版
実施時期	1998年11月	2001年4月	2003年4月	2004年4月	2006年4月	2008年4月	2010年4月
分類の基礎となる コード体系	疾患コード 体系	日本語病名 (参考として ICD9を付与)	ICD10				
	手術コード 体系	診療報酬点数上の区分で定義					
主要診断群 (MDC) 数	13MDC	15MDC	16MDC			18MDC	
包括支払い診断群分類数 ()は包括支払い以外を含む分類数	183分類 (270分類)	267分類 (532分類)	1,860分類 (2,552分類)	1,717分類 (3,074分類)	1,438分類 (2,347分類)	1,572分類 (2,451分類)	1,880分類 (2,658分類)

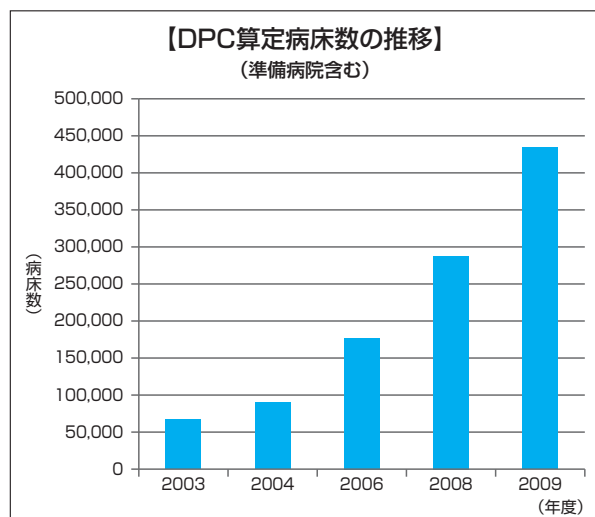
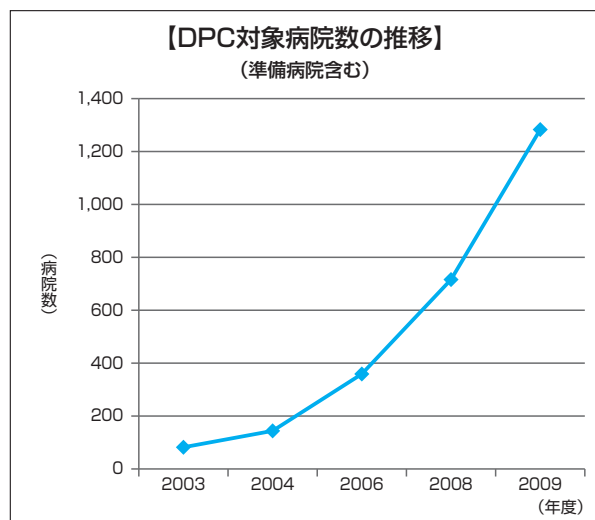
※ DRG/PPSとは、1入院当たりの包括支払い方式のこと

DPCへの参加と退出

■2種類のDPC病院

DPCに関連する病院は2タイプあります。一つは診断群分類を用いて包括請求を行っている「DPC対象病院」で、もう一つは、請求は通常の医科点数表で行い（包括請求は行わない）、退院患者に関するデータの提出のみを行っている「DPC準備病院」です。どちらも厚生労働省が定めた要件を満たしている必要があります（次頁参照）。

なお、DPC対象病院は、「2010年度DPC対象病院」というように参加年度で分類され、退院患者データの分析等が行われています。従って、最も早くDPC包括請求を開始した特定機能病院の場合は、「2003年度DPC対象病院」に該当します。



■DPC対象病院への参加と手続き

DPC対象病院となるには、下記①②の要件を満たした上で自らが希望する必要があります。

- ① 対象病院に参加する直近の2年間において、DPC準備病院の基準（次頁参照）をすべて満たしていること
- ② 直近に予定されている診療報酬改定の1カ月前の時点又は当該診療報酬改定時において、DPC対象病院の基準（次頁参照）をすべて満たしていること

DPC対象病院への参加を希望する場合は、直近に予定されている診療報酬改定の5カ月前までに、「DPC対象病院参加申込書」を地方厚生局長等に提出します（4月1日診療報酬改定であれば10月31日まで）。

DPC包括請求のスタート時期については、下記のように、DPC対象病院の基準を満たした時期で異なります。

	DPC対象病院の基準を満たした時期	包括請求スタート時期
①	直近に予定されている診療報酬改定の1カ月前	当該改定時 (4月1日改定であれば) 4月1日からスタート
②	診療報酬改定時	当該改定時から3カ月を超えた月の初日 (4月1日改定であれば) 7月1日から

Q DPCの対象となる「急性期」の定義とは？

A 厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）・DPC評価分科会では、「急性期とは、患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義付けており、重症に限らず、軽症の急性期患者も含めてDPCの対象としています。

■DPC対象病院・準備病院の基準

	対象病院	準備病院
①	下記7対1、10対1入院基本料の届出 ・一般病棟入院基本料 ・特定機能病院入院基本料（一般病棟） ・専門病院入院基本料	左記の基準を満たしている又は基準を満たすための計画を策定
②	診療録管理体制加算の届出	左記の基準を満たしている又は同等の診療録管理体制を有し、左記の基準を満たすための計画を策定
③	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厚生労働省が毎年実施する「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	
④	「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上委員会を開催*	
⑤	上記③の調査で、適切なデータを提出し、2年間（10カ月）の調査期間の（データ/病床）比が8.75以上	

- ※ ① 委員会は、標準的な診断及び治療法の院内周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的として設置
- ② コーディングに関する責任者のほかに、少なくとも下記を構成員とする
- ・診療部門に所属する医師
 - ・薬剤部門に所属する薬剤師
 - ・診療録情報管理部門又は診療報酬請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者
- ③ 院内の他の委員会で目的及び構成員等が要件を満たしている場合には、当該委員会を適切なコーディングに関する委員会とみなすことができる。ただし、設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマで、年2回以上委員会を開催

Q

コーディング委員会の診療記録管理者とはどのような業務を行う者か？

A

診療情報の管理、ICD10による分類管理・疾病統計等を行う診療情報管理士等のことです。

■DPC対象病院からの退出の手続き

特定機能病院以外の病院については、下記の退出ルールが定められています。各々地方厚生局への届出が必要です。

●自主退出の場合

自主退出する病院は、直近に予定されている診療報酬改定の5カ月前までに、「DPC対象病院退出届」を提出します。この場合は診療報酬改定の前々月の初日に退出となります（4月1日診療報酬改定であれば2月1日から）。

●DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合

左表のDPC対象病院の基準①～③のいずれかを満たさなくなった病院は、3カ月の猶予期間を超えてもなお基準を満たせない場合に退出します。また、⑤の基準を満たさなくなった場合は、直近に予定されている診療報酬改定に合わせて退出します。これらの場合も速やかに「DPC対象病院退出届」を提出します。

●特別な理由で緊急退出する必要がある場合

下記のような特別な理由がある場合は、緊急退出が認められます。この場合、病院は「DPC対象病院退出申請書」を提出し、中医協での審査を経て退出の可否が決定されます。退出が認められた場合は、認められた月の翌々月の初日に退出となります。

審査の決定案に不服がある場合は、病院は不服意見書を厚生労働省保険局医療課長に1回に限り提出することができます。この場合、中医協で再度審査が行われ、退出の可否が再度決定されます。

<特別な理由の例>

- 医師の予期せぬ退職等で急性期入院医療を提供することが困難となった場合
- 当該病院の地域での役割が変化し、慢性期医療を提供する病院となった場合

●退出する場合の診療報酬の取り扱い

退出日の前日までに入院した患者は、退出日から2カ月以内の算定は診断群分類点数表で行います。退出日以降に入院した患者は医科点数表で行います。

(例) 2月1日退出の場合

- ①1月31日以前に入院した患者
⇒3月31日までは診断群分類点数表で算定
- ②2月1日以降に入院した患者
⇒医科点数表で算定

●DPC退出後の調査データ

DPC対象病院から退出した後も引き続き「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」に2回参加してデータ提出を行わなければなりません。ただし、調査期間中に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料を算定しなくなった場合は提出の義務はありません。

●退出する場合の患者への周知

DPC対象病院から退出する場合、決定後すぐにDPCから退出することを院内に掲示し、入院患者や関係者に十分に説明する必要があります。

■DPC準備病院の募集について

2010年5月に開催された中医協において、準備病院の募集は2年ごとに行われることになりました。DPC対象病院になるためには2年間の準備期間が必要であること、また、参加は診療報酬改定時となっていることを踏まえてのことです（3頁参照）。

従って、2010年度以降の募集は下記のようになり、2011年度は募集が行われません。ただし、2009年度以前に準備病院になった病院については、経過措置として2011年度に対象病院となることが認められます。

年度	準備病院の募集
2010年度	募集あり (2012年度改定でDPC対象病院に参加)
2011年度	募集なし
2012年度	募集あり (2014年度改定でDPC対象病院に参加)

◆◆◆ POINT ◆◆◆

診断群分類を用いた包括評価は、アメリカの高齢者や障害者の公的医療保険であるメディケアで1983年に始められました。メディケアは何日間入院しても費用を固定した「1入院当たり包括支払い制」です。一方、わが国独自の診断群分類であるDPCは1日当たり包括支払い方式として、特定機能病院等82病院を対象に2003年からスタートし、2009年度には1,283病院、43.4万床に達し、2010年4月には1,334病院（2010年3月19日付官報）が対象病院となりました。今後も拡大が見込まれることから一般病床91.3万床の過半数となるのは時間の問題です。また、DPC病院に対して実施されている臨床調査のデータ量は、分析対象件数が約423万症例（2008年7月から12月までの退院患者）にも及んでいます。DPCは本来、臨床データを基に医療情報の標準化と透明化を図ることを目的に誕生したもので、この臨床データを用いて医療経済や医療提供体制など様々な研究が盛んに行われています。

もちろん、今後のDPC包括支払いのデータベースにもなっています。軽度～重度の急性期医療、専門的な急性期医療など様々な診療プロセスがデータとして集積されています。調整係数から置き換えが進む新たな機能評価係数に代表されるように、医療サービスの評価方法が見直されていく中で、医療機関は“入院中にきちんとコストをかけて行うべき診療を行う”ことが重要です。マイナス改定が続き、収益が厳しい状態であったため、経営に余裕がないという声も聞かれますが、適正なDPC評価を得るためにも、目先の利益確保や機能評価係数の確保に走らず、必要な検査や薬剤等に対しては十分にコストをかけていくべきでしょう。

DPCは実績データが反映され、標準的な点数が設定されている——という基本を忘れないで、適正な診療とコーディングスキルを高めていくことが肝心です。

株式会社メディカル・リード 仲野 豊

診断群分類とツリー(樹形)図

ツリー図

MDC(右記Q&A参照)及び傷病名の6桁コードと、様々な定義に基づいて診断群分類番号(10頁参照)を決定する際に、ツリー(樹形)図を用います。このツリー図は下図のような仕組みになっており、分岐点にあるJCS(次頁参照)や手術などの「あり」「なし」を選択していき、最も右端にある14桁の診断群分類番号を決定します。

実際の算定の際には、ツリー図以外にも『診断群分類点数表』や『定義テーブル』などを用いることになります。

2010年度版の分類数は2,658ありますが、診断群分類番号の数字を囲む枠線が実線の場合(実線BOX)が1,880の包括請求の診断群分類に該当し、点線の場合(点線BOX)は、医科点数表に基づいて出来高で算定することになります。

なお、出来高となる診断群分類は分類する際の元データの症例数が少ないか、データのバラツキが大き過ぎて包括評価に適さないものです。

Q

診断群分類で用いられているMDCとは？

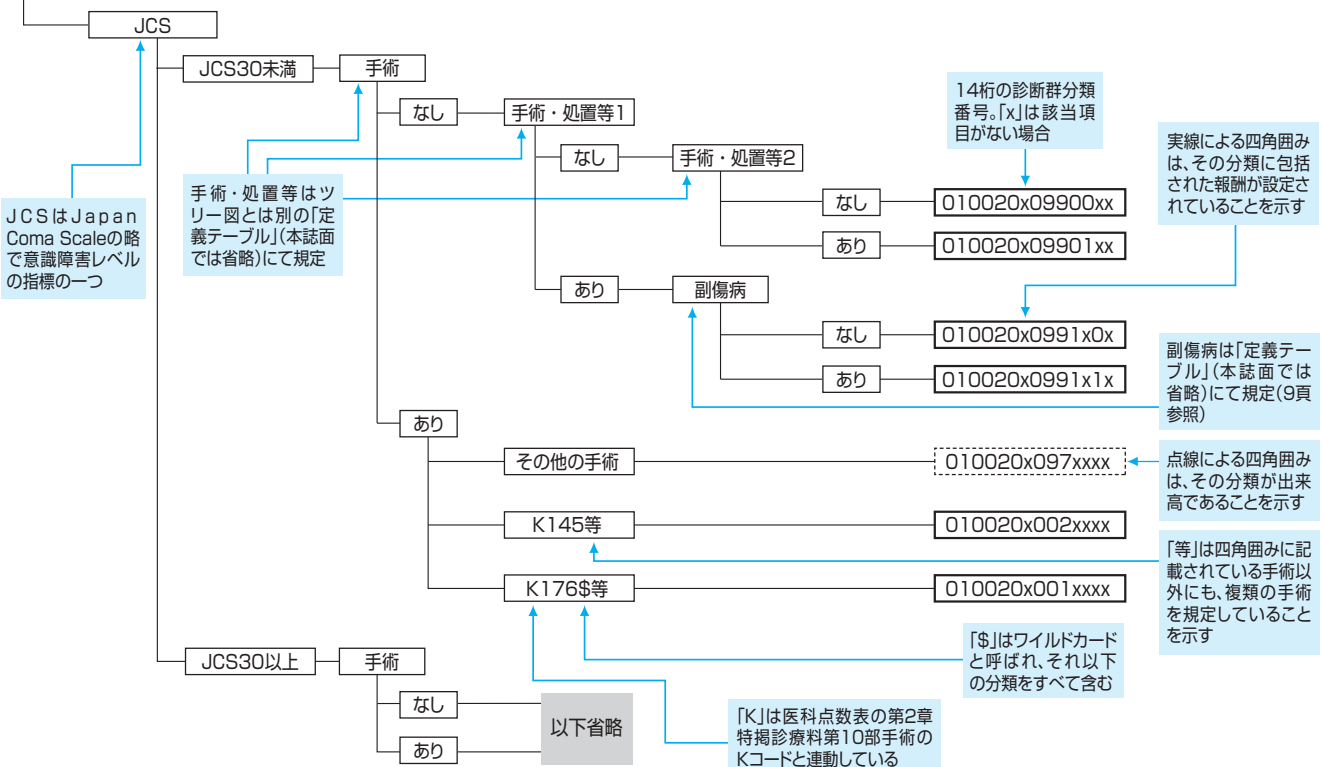
A

主要診断群(Major Diagnostic Category)の略で、DPCでは次の18群に分類されています。

- MDC01：神経系疾患
- MDC02：眼科系疾患
- MDC03：耳鼻咽喉科系疾患
- MDC04：呼吸器系疾患
- MDC05：循環器系疾患
- MDC06：消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
- MDC07：筋骨格系疾患
- MDC08：皮膚・皮下組織の疾患
- MDC09：乳房の疾患
- MDC10：内分泌・栄養・代謝に関する疾患
- MDC11：腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患
- MDC12：女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
- MDC13：血液・造血器・免疫臓器の疾患
- MDC14：新生児疾患、先天性奇形
- MDC15：小児疾患
- MDC16：外傷・熱傷・中毒
- MDC17：精神疾患
- MDC18：その他

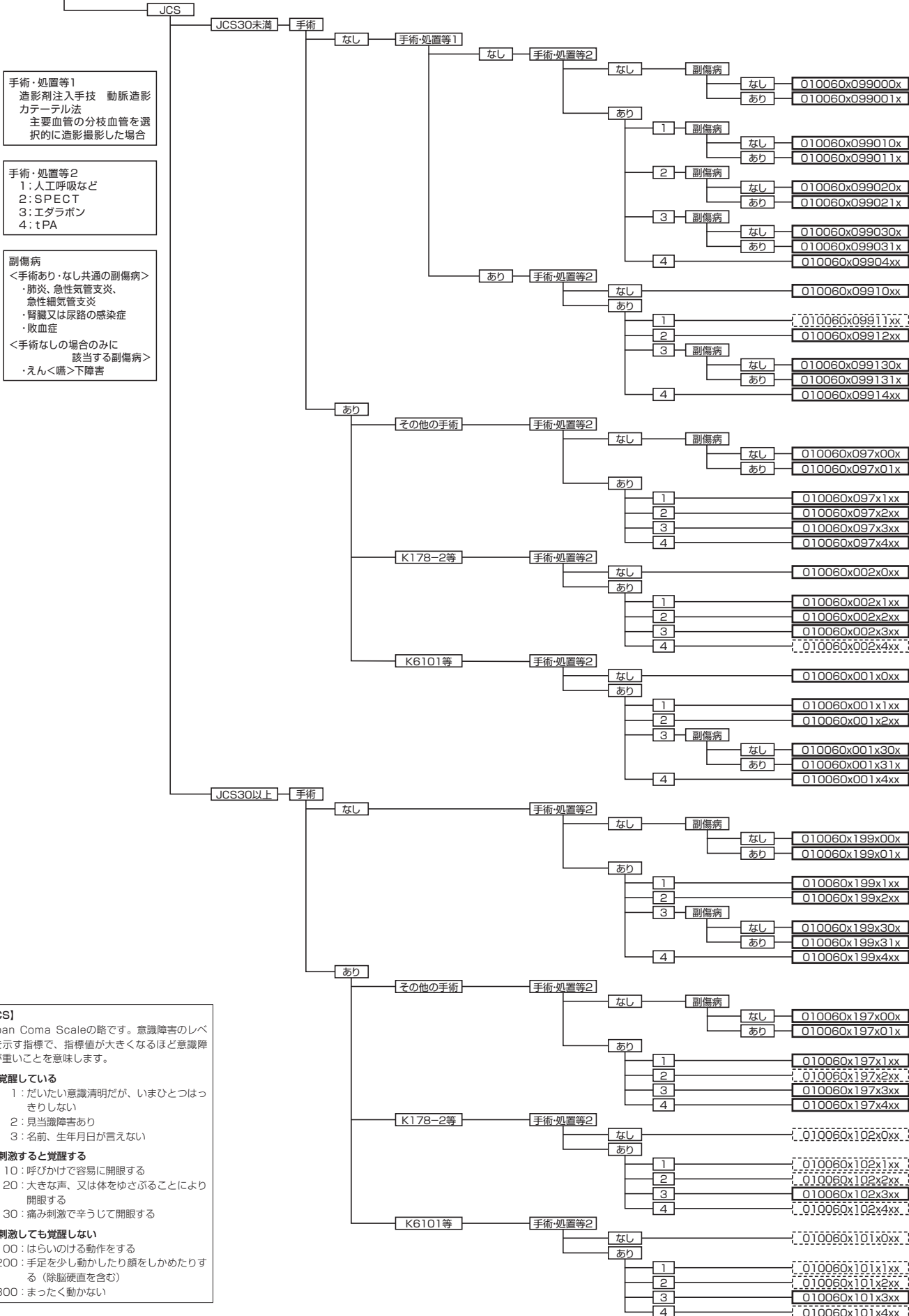
MDC(2桁)と右記傷病名分類(4桁)による計6桁のコード

傷病名



*上記のツリー図は見本であり、実際のものとは異なる

010060 脳梗塞



手術・処置等1
造影剤注入手技 動脈造影
カテーテル法
主要血管の分枝血管を選
択的に造影撮影した場合

手術・処置等2
1:人工呼吸など
2:SPECT
3:エタラボン
4:tPA

副傷病
<手術あり・なし共通の副傷病>
・肺炎、急性気管支炎、
急性細気管支炎
・腎臓又は尿路の感染症
・敗血症
<手術なしの場合のみに
該当する副傷病>
・えんく嚢>下障害

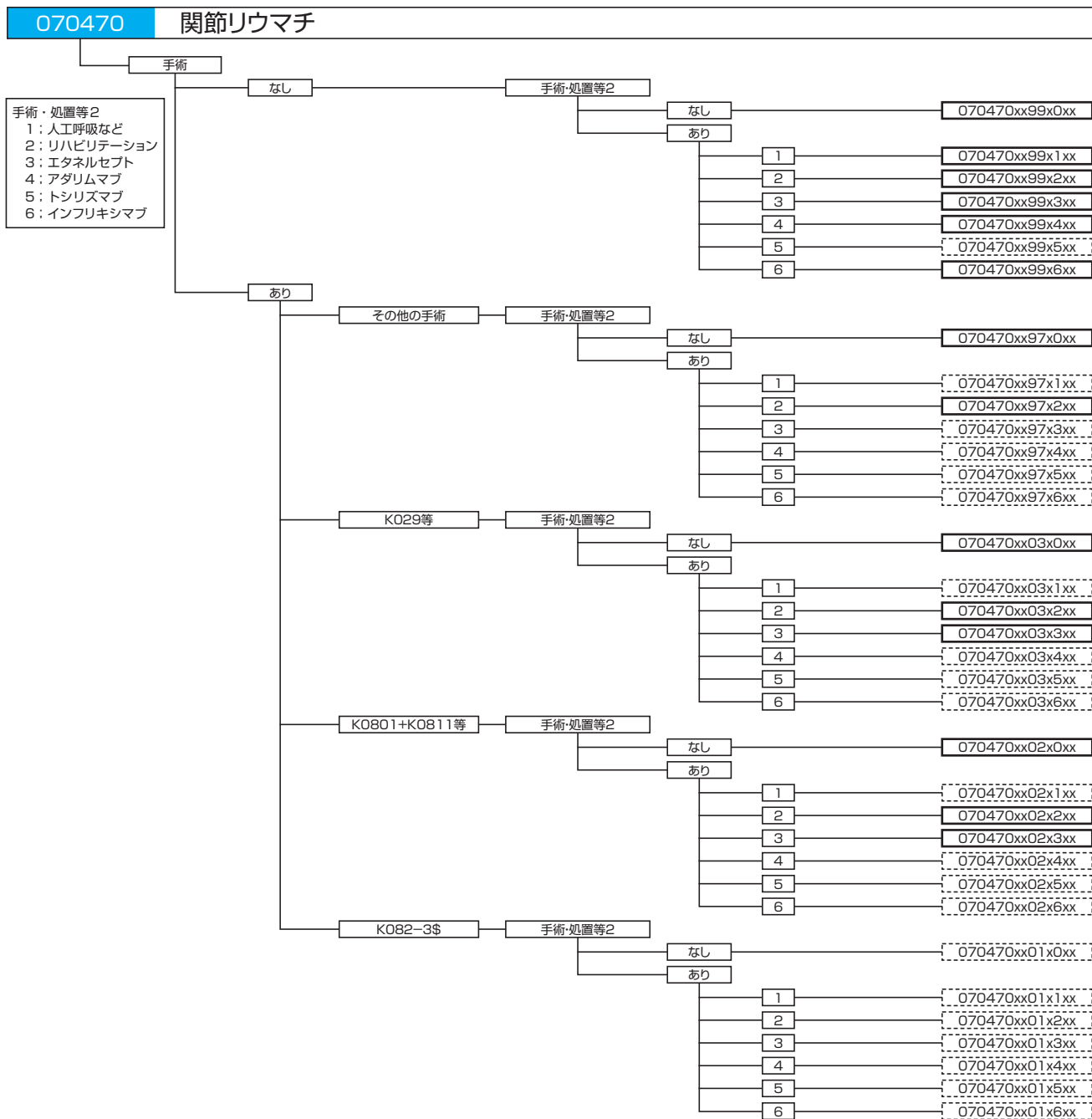
[JCS]
Japan Coma Scaleの略です。意識障害のレ
ベルを示す指標で、指標値が大きくなるほど意識障
害が重いことを意味します。

1. 覚醒している
1: だいたい意識清明だが、いまひとつはっ
きりしない
2: 見当識障害あり
3: 名前、生年月日が言えない

2. 刺激すると覚醒する
10: 呼びかけで容易に開眼する
20: 大きな声、又は体をゆさぶるにより
開眼する
30: 痛み刺激で辛うじて開眼する

3. 刺激しても覚醒しない
100: はらひのける動作をする
200: 手足を少し動かしたり顔をしかめたりす
る(除脳硬直を含む)
300: まったく動かない

● 関節リウマチ



【関節リウマチの点数表】

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等1	手術・処置等2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I日以内	入院期間I日を超えII日以内	入院期間II日を超えIII日以内
1035	070470xx99x0xx	関節リウマチ	なし		なし			7	14	35	2,869	2,120	1,802
1036	070470xx99x1xx	関節リウマチ	なし		1あり			3	21	62	5,665	4,803	4,083
1037	070470xx99x2xx	関節リウマチ	なし		2あり			14	27	60	2,455	1,790	1,522
1038	070470xx99x3xx	関節リウマチ	なし		3あり			6	14	35	3,017	2,328	1,979
1039	070470xx99x4xx	関節リウマチ	なし		4あり			4	13	37	3,843	3,338	3,004
1040	070470xx99x6xx	関節リウマチ	なし		6あり			1	2	4	11,922	9,754	8,779
1041	070470xx97x0xx	関節リウマチ	その他の手術あり		なし			5	17	44	2,692	2,195	1,866
1042	070470xx97x2xx	関節リウマチ	その他の手術あり		2あり			18	35	81	2,380	1,741	1,480
1043	070470xx03x0xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		なし			5	10	24	2,441	1,804	1,533
1044	070470xx03x2xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		2あり			11	22	46	2,242	1,657	1,408
1045	070470xx03x3xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		3あり			15	29	59	2,424	1,769	1,504
1046	070470xx02x0xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝 +人工骨頭挿入術 肩、股等		なし			9	18	38	2,348	1,735	1,475
1047	070470xx02x2xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝 +人工骨頭挿入術 肩、股等		2あり			14	28	48	2,248	1,661	1,412
1048	070470xx02x3xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝 +人工骨頭挿入術 肩、股等		3あり			17	33	55	2,399	1,753	1,490

*点数表の解説は11頁参照

■2010年度診断群分類の見直し

- ・ 前回改定と同様にツリー図で特定の薬剤による分岐が追加されています。これは特定の薬剤を使用した場合、使用患者と未使用患者では在院日数等に差が生じるために同じ診断群分類にすることができないからです。分岐数は改定前よりも73分類増加しており、薬剤を使用した場合の費用が従来より配慮された改定と言えます。

薬剤による分岐数	
改定前	改定後
129分類	202分類

- ・ 疾患によっては手術の「あり」「なし」でそれぞれ異なる副傷病が設定されました。定義テーブルの副傷病欄のフラグにより、①手術あり・なし共通の副傷病、②手術なしの場合の副傷病、③手術ありの場合の副傷病一が定められています。
- ・ 手術あり・なしの分岐を決定する際、医科点数表の手術の部で輸血管管理料のみ算定した場合は、手術「なし」を選択することになりました。
- ・ 「120010卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍」において化学療法の標準レジメンによる分岐が追加されました。

Q

同一傷病に対して、複数の手術や処置等が行われた場合でも一つだけ診断群分類を決定することになるが、どのようにして複数の選択肢から一つだけ選ぶのか？

A

入院中に、定義テーブル（本誌面では省略）に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類に該当する可能性がある場合は、「手術」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」のすべての項目で、ツリー図において下段に記載のある診断群分類を選択することになっています。

Q

ICDとは？

A

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemの略で、「国際疾病分類」と訳されています。世界保健機関憲章に基づいて世界保健機関（WHO）が作成した分類で、様々な国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病データの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うために作られています。「ICD10」は、通算第10回目の修正版に当たります。

日本では、ICD10に準拠した「疾病、傷害及び死因分類」が作成され統計調査に使用されているほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されています。

ICDコーディングは、DPC以外にも診療録管理体制加算の施設基準要件に盛り込まれています。

Q

診断群分類区分の決定の際、「手術」の有無を判断するに当たって、輸血のみを実施した場合の取り扱いは？

A

輸血の費用は、医科点数表において第10部「手術」の部の第2節に定められています（17頁参照）。従って、輸血のみを実施した場合でも、「手術あり」として取り扱うこととなります。

ただし、2010年4月からは、輸血管管理料のみを算定する場合には、「手術なし」とすることとされました。

DPCコード(診断群分類番号)

■ 診断群分類番号 ● 分類番号の構成と意味

DPCでは、2,658あるすべての診断群分類に対して、14桁で構成される「診断群分類番号」、つまりDPCコードが割り振られています。このうち、1,880の診断群分類には包括点数が設定されており、2010年3月19日付の官報で告示されています。

14桁のDPCコードには、下記のような意味があります。最初の6桁は病名に相当し、数字の代わりに「x」とある場合は、「該当なし」を意味しています。

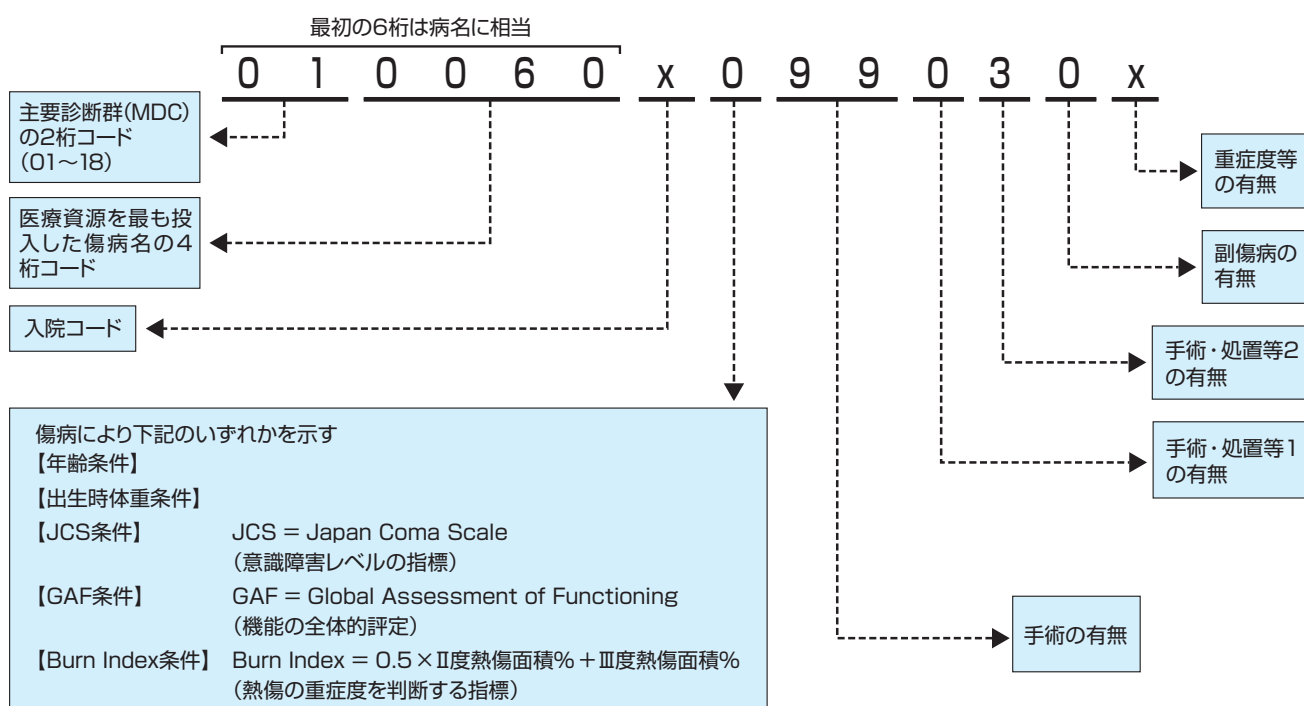
Q 複数の疾患がある患者の診断群分類は？

A DPCのルールにおける傷病名の決定は、「1入院当たり人的・物的に医療資源を最も投入した傷病名」を一つだけ主治医が選択することになっています。従って、「主傷病名」と「入院の契機となった傷病名」、「入院後に発症した合併症」がすべて異なった場合であっても、1回の入院において一つの傷病名しか選ぶことができません。例えば、「胃がん」全摘で入院した患者が敗血症になった場合、敗血症が医療資源を最も投入した傷病名であれば、診断群分類は「敗血症」となります。

この診断群分類の選択（コーディング）によって、支払われる包括点数が大きく変動するため、診断群分類の決定を行う医師への支援も含めたコーディングのバックアップ体制をいかに整えるかが重要なポイントとなります。

● 診断群分類番号(14桁)の構成

例) 脳梗塞: 「JCS30未満」－「手術なし」－「手術・処置等1なし」－「手術・処置等2・3あり」－「副傷病なし」
(エタラボンを投与した場合)



診断群分類点数表

診断群分類点数表

官報に告示された診断群分類点数表は、下表のようになっています。「診断群分類番号」、「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「副傷病」、「重症度等」が記載され、併せて「入院日」と「点数」（入院日に応じた1日当たり包括点数）が記載されています。

なお、2010年度から点数表の「入院日」と「点数」の表記方法が変更になっています。「入院日Ⅰ」は“25パーセンタイル値の日数”、「入院日Ⅱ」は“平均在院日数”、「入院日Ⅲ」は“平均在院日数+2SD（標準偏差）の日数”と定義されました（13頁参照）。入院期間が入院日Ⅲを超えた日からは、医科点数表に基づいた出来高の点数を算定することになります。

Q

25パーセンタイル値とは？

A

「パーセンタイル」は、小さいほうから数えて何番目の値はどれくらいかという見方をする統計的表示法です。

DPCにおいては、例えば、ある診断群分類の100人の退院患者のうち、入院期間の短い患者から順番に数えて、25番目の患者が退院した日が25パーセンタイル値となります。

入院期間Ⅰ日以内：入院日Ⅰ以下の期間
 入院期間Ⅰ日を超えⅡ日以内：入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下の期間
 入院期間Ⅱ日を超えⅢ日以内：入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下の期間

25パーセンタイル値の日数 平均在院日数 平均在院日数 + 2SDの日数

診断群分類点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等1	手術・処置等2	副傷病	重症度等	入院日（日）			点数（点）		
								Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	入院期間Ⅰ日以内	入院期間Ⅰ日を超えⅡ日以内	入院期間Ⅱ日を超えⅢ日以内
1	010010xx99000x	脳腫瘍	なし	なし	なし	なし		3	10	27	3,070	2,498	2,123
2	010010xx99001x	脳腫瘍	なし	なし	なし	あり		7	18	47	2,843	2,236	1,901
69	010060x099000x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	なし	なし		4	11	26	3,261	2,391	2,032
70	010060x099001x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	なし	あり		9	22	51	2,865	2,091	1,777
71	010060x099010x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	1あり	なし		8	23	59	3,246	2,597	2,207
72	010060x099011x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	1あり	あり		20	40	86	3,060	2,261	1,922
73	010060x099020x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	2あり	なし		6	14	32	4,268	3,078	2,616
74	010060x099021x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	2あり	あり		17	33	66	3,239	2,102	1,787
75	010060x099030x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	3あり	なし		9	17	37	4,186	2,356	2,003
76	010060x099031x	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	3あり	あり		15	29	59	3,779	2,129	1,810
77	010060x09904xx	脳梗塞（JCS30未満）	なし	なし	4あり			13	25	51	5,785	2,448	2,081
78	010060x09910xx	脳梗塞（JCS30未満）	なし	あり	なし			2	4	12	3,855	2,849	2,422
79	010060x09912xx	脳梗塞（JCS30未満）	なし	あり	2あり			3	8	21	5,643	4,465	3,795

診断群分類の決定

■診断群分類の適用の考え方

診断群分類は主治医が決定します。その際、下記のルールが定められています。

入院期間（DPC対象病床のみ）を通じて治療対象となった傷病のうち、医療資源（人的・物的）を最も投入した傷病をICD10から一つだけ選択

※医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病

従って、カルテに記載する主傷病名とDPCで選択する傷病名は、異なる場合があります（10頁Q&A参照）。

【傷病名等の分類決定時の主な留意事項】

①傷病名は主治医がICD10から選択しますが、下記のICD10については選択できません。

- ◆ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ◆ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌及びブドウ球菌（B95）からその他及び詳細不明の感染症（B99）
- ◆ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明及び原因不明の死亡（R99）まで
 - ※鼻出血（R040）、咯血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く

また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）も選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択します。

②手術等が未実施の期間に診断群分類を判断する場合、予定手術等（入院診療計画等で確認できるものに限る）も勘案した上で判断します。

③1入院期間中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも診断群分類は一つだけ決定します。

④同一傷病に対して複数の手術等が行われた場合でも、下記のルールに基づき一つの診断群分類を決定します。

入院中に定義テーブル上の複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類に該当する可能性がある場合は、「手術」、「手術・処置等1」及び「手術・処置等2」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択する

⑤医科点数表で「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の分類区分を決定する場合は、準用元の手術で判断します。

⑥主治医による診断群分類の決定は請求時に行います。

⑦定義テーブル及び算定告示で示されている手術、処置等の定義は下記のとおりです。下記に記載のないものについては医科点数表の区分に従います。

用語等	定義
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 ※入院中に処方されたものに限る。手術中の使用、外来、退院時処方含まない ※抗生剤のみの使用、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 ※定義テーブルにおいて、慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロンβの「一定期間以上の投与に限る」とは、1入院期間中における7日以上投与を言うもので、連続7日以上投与に限らない
動注化学療法	動脈注射によって化学療法を実施すること
放射線療法	医科点数表の放射線治療（血液照射を除く）のこと
副傷病	入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病の両方
電気生理学的検査	医療材料を頻脈性不整脈では3本以上使用、徐脈性不整脈では2本以上使用して実施した電気生理学的検査のこと
手術	医科点数表第2章第10部手術に該当する行為 ※輸血管材料を除く
全身麻酔	医科点数表第2章第11部麻酔のうち、開放点滴式全身麻酔、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔のこと

1日当たり包括点数の設定方法

■ 1日当たり包括点数の設定 ● 診断群分類点数の設定方法

DPC制度の特徴の一つとして、診断群分類別に平均在院日数が定められていることが挙げられます。この平均在院日数を軸に3段階の1日当たり包括点数が設定されており、医療資源の投入量が多い入院初期の点数が高くなる仕組みになっています。

実際には診断群分類によって医療資源投入のタイミングが異なっているため、2010年度から個々の診断群分類の医療資源投入量に見合うように、①一般的な診断群分類（設定方法A）、②入院初期の医療資源投入量が非常に大きい診断群分類（設定方法B）、③入院初期の医療資源投入量が少ない診断群分類（設定方法C）の3種類で設定されています（図参照）。

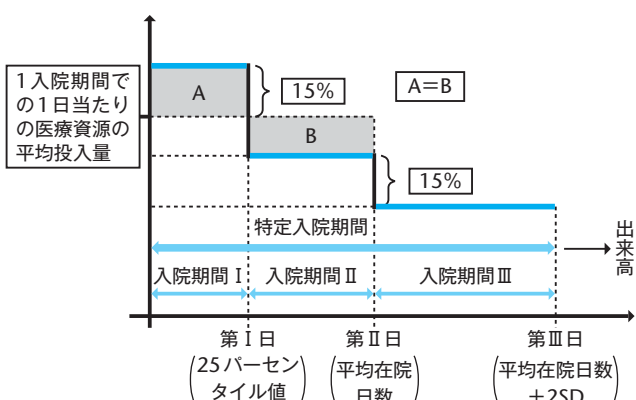
なお、悪性腫瘍の化学療法等の短期入院を評価した診断群分類の点数設定方法は廃止となりました。

● 特定入院期間

2010年度改定から、「特定入院期間」の定義は「DPC包括請求を行う入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、入院期間Ⅲを通算した期間」と変更されました。それまでは、「平均在院日数+2SD（Standard Deviation：標準偏差）となる日」が特定入院期間とされていました。

なお、特定入院期間を超えた日から出来高算定になるという解釈は変更ありません。

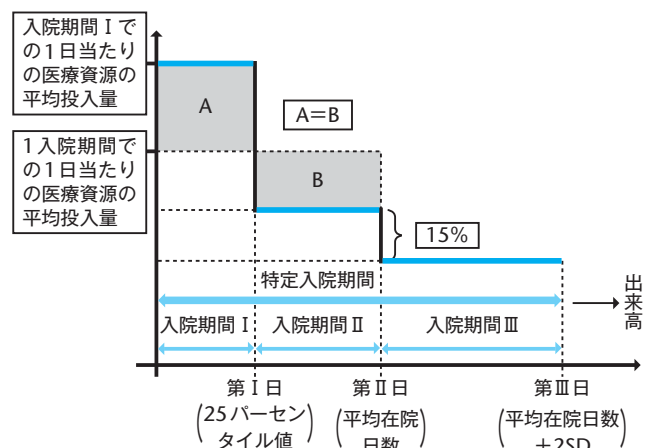
【設定方法 A 一般的な診断群分類の場合】



従来どおりの点数設定方法で、入院期間Ⅰは、「1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量」に基づいて15%加算した点数を設定し、入院期間Ⅱは

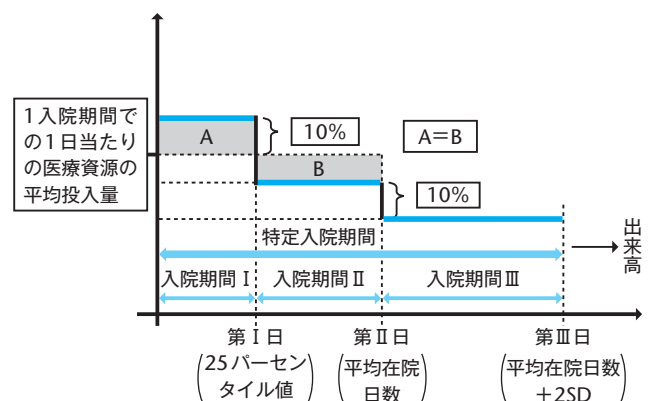
図のAとBの面積が「A=B」となるように設定、入院期間Ⅲでは入院期間Ⅱの点数よりも15%減算した点数を設定しています。

【設定方法 B 入院初期の医療資源投入量が非常に大きい場合】



2010年度から導入された方法です。入院期間Ⅰは「入院期間Ⅰでの1日当たりの医療資源の平均投入量」に基づいて点数設定されるため、設定方法Aよりも入院期間Ⅰの点数が高くなります。入院期間Ⅱは設定方法Aと同様に「A=B」となるよう設定、入院期間Ⅲは入院期間Ⅱの点数を15%減算した点数を設定しています。

【設定方法 C 入院初期の医療資源投入量が少ない場合】



2010年度から導入された方法です。設定方法Aと考え方は同じですが、入院期間Ⅰの加算を10%に縮小し、入院期間Ⅲの減算も10%と小さくしています。これにより3段階の点数差が小さくなっています。

DPC包括評価の対象患者

■DPC対象患者

DPC包括評価の対象となるのは、対象病院の一般病棟の入院患者のうち、包括点数が設定された診断群分類に該当する患者です。精神病棟や結核病棟、療養病棟などの入院患者は対象外です。

また、一般病棟の入院患者であっても次頁に該当する患者は対象外となります。つまり、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料を算定する患者と、特定入院料のうち、救命救急入院料や特定集中治療室管理料など急性期系の点数を算定する患者で、1,880の診断群分類に該当する患者が対象となるわけです。

なお、包括評価の対象となるのは医科のみで、歯科は出来高となります。

病棟種別		DPC対象
特定機能病院 入院基本料	一般病棟	○
	結核病棟	×
	精神病棟	×
専門病院入院基本料 (13対1入院基本料は除く)		○*
一般病棟入院基本料	7対1又は10対1入院基本料	○*
	上記以外の入院基本料	×
障害者施設等入院基本料		×
結核病棟入院基本料		×
精神病棟入院基本料		×
療養病棟入院基本料		×

※既存のDPC対象病院で7対1又は10対1入院基本料の要件を満たせなくなった場合に3カ月間の猶予期間が設けられているため、13対1や15対1入院基本料もあり得る

Q

医療保険以外の患者の取り扱いは？

A

DPC包括評価では、医療保険の患者を対象としています。従って、交通事故による自賠責や労災、公害などの患者は対象外となります。もちろん交通事故で入院した患者が医療保険を使用する場合はDPCによる包括評価の対象となります。ただし、継続して行われているDPCの「退院患者に係る調査」では、医療保険診療以外の症例も含めて、すべての退院患者データを提出することになっています。

■DPC対象外となる患者

●厚生労働大臣が別に定める者

「DPC対象外となる患者」（次頁表）の「⑥厚生労働大臣が別に定める者」では、診療報酬改定で新規保険適用となった技術が定められます。従って、⑥の項目は改定ごとに見直されます。

●新規薬価収載の高額薬剤の取り扱い

DPC包括点数は、DPC病院が参加している「DPC導入の影響評価に係る調査」で提出する退院患者データに基づいて設定されます。従って、調査終了後に新規（効能追加含む）で薬価収載された薬剤、医療材料の費用については使用データがなく点数に反映されません。そのため、保険収載時に下記の基準に該当する高額な薬剤等を使用した患者については、包括評価の対象外として、すべての医療行為を医科点数表により出来高で算定することとされています。

前年度に使用実績のない薬剤等については、当該薬剤等の標準的な使用における薬剤費（併用する薬剤も含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD（Standard Deviation：標準偏差）を超えること。

例えば、「インフリキシマブ（遺伝子組換え）（既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に投与するもの）」がこれに該当します。2010年4月末現在、高額薬剤に該当する薬剤は次頁表の⑦のとおりです。

なお、出来高算定となった高額薬剤等は、次期診療報酬改定時には、原則として包括評価の対象とされていますが、十分なデータが得られない場合は、引き続き包括評価の対象外となっています。

【DPC 対象外となる患者】

①入院後24時間以内に死亡した患者又は生後一週間以内に死亡した新生児	⑥厚生労働大臣が別に定める者（下記の処置又は手術を受ける患者）
②薬事法に規定する治験の対象患者	J003 局所陰圧閉鎖処置
③下記の臓器の移植術を受ける患者	J027 高気圧酸素治療（壊死性筋膜炎、壊疽性筋膜炎、コンパートメント症候群又は圧挫創症候群の患者のみ）
K014 皮膚移植術（生体・培養）	J041-2 血球成分除去療法（潰瘍性大腸炎の患者のみ）
K014-2 皮膚移植術（死体）	J045-2 一酸化窒素吸入療法
K514-4 同種死体肺移植術	K403-2 嚥下機能手術
K514-6 生体部分肺移植術	K510-2 光線力学療法2 その他のもの
K605-2 同種心移植術	K522-3 食道空置バイパス作成術
K605-4 同種心肺移植術	K567-2 経皮的動脈形成術
K697-5 生体部分肝移植術	K570-3 経皮的肺動脈形成術
K697-7 同種死体肝移植術	K592-2 肺動脈血栓内膜摘除術
K709-3 同種死体脾移植術	K597-3 埋込型心電図記録計移植術
K709-5 同種死体脾腎移植術	K597-4 埋込型心電図記録計摘出術
K780 同種死体腎移植術	K615-2 経皮的動脈遮断術
K780-2 生体腎移植術	K616-3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後のみ）
K922 造血幹細胞移植	K636-2 ダメージコントロール手術
④評価療養及び選定療養に規定する先進医療の患者	K651 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
⑤下記の点数を算定する患者	K794-2 経尿道的尿管瘻切除術
A106 障害者施設等入院基本料	K800-3 膀胱水圧拡張術
A306 特殊疾患入院医療管理料	K812-2 排泄腔外反症手術
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	⑦下記薬剤の投与患者
A308-2 亜急性期入院医療管理料	・乾燥スルホ化人免疫グロブリン
A309 特殊疾患病棟入院料	※チャグ・ストラウス症候群又はアレルギー性肉芽腫性血管炎による神経障害（ステロイド剤の投与効果が不十分な場合）の改善のために投与するもの
A310 緩和ケア病棟入院料	・アダリムマブ（遺伝子組換え）
A400 短期滞在手術基本料（3を除く）	※既存治療法では効果が不十分な尋常性乾癬又は関節症性乾癬の患者に投与するもの
	・インフリキシマブ（遺伝子組換え）
	※既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に投与するもの
	・ゲムシタピン塩酸塩
	※切除不能又は再発の乳がんの患者に投与するもの
	・エベロリムス
	※切除不能又は転移性の腎細胞がんの患者に投与するもの
	・テモゾロミド
	※注射薬で、悪性神経膠腫の患者に投与するもの

（2010年3月19日付・4月16日付官報告示を基に作成）

DPC包括評価の仕組み

■包括と出来高の組み合わせ

DPC制度の最大の特徴は、様々な診療行為に対する1日当たりの医療費が包括評価となっていることです。ただし、すべての診療行為が包括されているわけではなく、従来どおり医科点数表で出来高算定するものも多数あります。つまり、DPCでは、包括点数と出来高点数を組み合わせで請求を行います。

具体的には、医科点数表の入院基本料や検査、画像診断、投薬、注射など、病院の運営に要する“ホスピタル・フィー的要素”の項目は1日当たり包括点数に含まれ、手術や内視鏡検査など医師の専門的な技術を要する“ドクター・フィー的要素”の項目は、出来高で算定する仕組みになっています。

●報酬額の算定式

DPCにおける総報酬額の算定式は次のようになります。

DPCにおける総報酬額

$$= \text{「診断群分類による包括評価」} + \text{「出来高評価」} + \text{「入院時食事療養費」}$$

「診断群分類による包括評価」は、“診断群分類点数表”（11頁参照）に記載された1日当たり包括点数を基に下記の式で算定し、出来高評価については、従来からの医科点数表を基に算定します。

診断群分類による包括評価

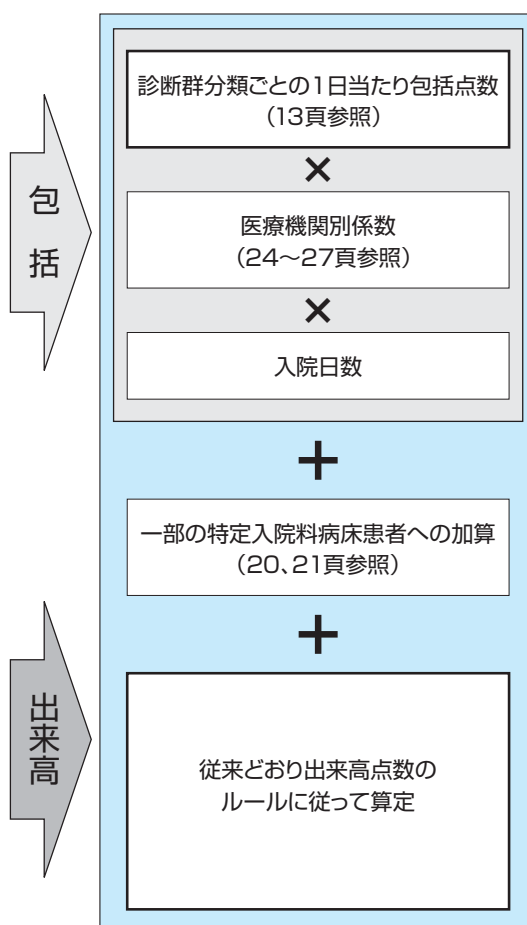
$$= \text{「診断群分類ごとの1日当たり包括点数」} \times \text{「医療機関別係数」} \times \text{「入院日数」} \times 10 \text{円}$$

●包括評価の仕組み【概要図】

診断群分類点数表に包括されている点数	
入院基本料	一般病棟看護必要度評価加算は出来高
医学管理等	手術前医学管理料、手術後医学管理料のみ
検査	一部の検査は出来高(19頁参照)
画像診断	画像診断管理加算1・2、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法で主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合は出来高
投薬・注射	一部の投薬・注射は出来高(19、22頁参照)
処置	一部の処置は出来高(18頁参照)
リハビリテーション	使用薬剤のみ
精神科専門療法	使用薬剤のみ
病理診断	術中迅速病理組織標本作製、病理診断・判断料は出来高

医科点数表により出来高で算定する点数	
初診料	
入院基本料	一般病棟看護必要度評価加算のみ
入院基本料等加算	総合入院体制加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、看護補助加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算は機能評価係数I(25、26頁参照)として評価
短期滞在手術基本料	22頁参照
医学管理等	手術前医学管理料、手術後医学管理料は包括
在宅医療	
検査	一部の検査のみ
画像診断	画像診断管理加算1・2、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法で主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合のみ
投薬・注射	一部の投薬・注射のみ
処置	一部の処置のみ
リハビリテーション	使用薬剤は包括
精神科専門療法	使用薬剤は包括
手術・麻酔	
放射線治療	
病理診断	術中迅速病理組織標本作製、病理診断・判断料のみ

〈診療に関する病院の報酬額〉



■ 医科点数表で見る包括項目

DPCで包括されている項目を医科点数表の構成に沿って図示すると下記ようになります。

なお、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療の項目は、すべて出来高対象となっています。

● 医科点数表



※ A～N は点数コード

DPCにおける出来高算定項目

■出来高算定の診療行為等

16頁にもあるように、DPC包括評価では、すべての診療行為が包括されているわけではありません。下記の項目は、出来高で算定できます。

【DPCにおいて出来高算定する診療行為等】

- 初診料
- 入院基本料（一般病棟看護必要度評価加算のみ）
- 入院基本料等加算〔総合入院体制加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、看護補助加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算は機能評価係数 I（25、26頁参照）となるため除く〕
- 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
- 在宅医療
- 検査〔カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、脾臓）、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料のみ：次頁参照〕
- 画像診断〔画像診断管理加算1・2、造影剤注入手技（動脈造影カテーテル法で主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）のみ〕
- 投薬（抗HIV薬、血友病等の薬剤、退院時処方薬の薬剤料のみ：次頁、22頁参照）
- 注射（抗HIV薬、血友病等の薬剤、無菌製剤処理料のみ：次頁参照）
- リハビリテーション（薬剤料を除く）
- 精神科専門療法（薬剤料を除く）
- 処置（一部：右表参照）
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 病理診断（術中迅速病理組織標本作製、病理診断・判断料のみ：次頁参照）

●出来高算定可能な処置

種類	項目	点数	
一般処置	熱傷処置（6,000cm ² 以上）	1,250点	
	局所陰圧閉鎖処置（1日につき） ・被覆材を貼付した場合 イ.100cm ² 未満 ロ.100cm ² 以上200cm ² 未満 ハ.200cm ² 以上	1,600点 1,680点 1,900点	
	経皮的肝膿瘍等穿刺術	1,450点	
	エタノールの局所注入	1,000点	
	リンパ管腫局所注入	1,000点	
	高気圧酸素治療（1日につき） ・救急的なもの イ.1人用高圧酸素治療 ロ.多人数用高圧酸素治療	5,000点 6,000点	
	人工腎臓（1日につき） 1.慢性維持透析の場合 イ.4時間未満の場合 ロ.4時間以上5時間未満の場合 ハ.5時間以上の場合 2.その他の場合	2,075点 2,235点 2,370点 1,580点	
	「1.慢性維持透析」で使用した医療材料の費用も出来高算定可能		
	持続緩徐式血液濾過（1日につき）	1,990点	
	血漿交換療法（1日につき）	4,200点	
	局所灌流（1日につき） 1.悪性腫瘍に対するもの 2.骨髄炎に対するもの	4,300点 1,700点	
	吸着式血液浄化法（1日につき）	2,000点	
	血球成分除去療法（1日につき）	2,000点	
	腹腔灌流（1日につき） 1.連続携帯式腹腔灌流 2.その他の腹腔灌流	330点 1,100点	
	「1.連続携帯式腹腔灌流」で使用した腹腔灌流液、医療材料の費用も出来高算定可能		
	救急処置	カウンターショック（1日につき） 1.AEDの場合 2.その他の場合	2,500点 3,500点
		食道圧迫止血チューブ挿入法	2,700点
		熱傷温浴療法（1日につき）	1,740点
	皮膚科処置	皮膚レーザー照射療法（一連につき） 1.色素レーザー照射療法 2.Qスイッチ付レーザー照射療法	2,170点 2,800点
泌尿器科処置	腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む）	1,080点	
ギプス	四肢ギプス包帯 ・上肢、下肢（片側） ・体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,200点 1,700点	
	体幹ギプス包帯	1,250点	
	鎖骨ギプス包帯（片側）	1,250点	
	ギプスベッド	1,400点	
	斜頸矯正ギプス包帯	1,500点	
	先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,000点	
	脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,000点	
	治療装具の採型ギプス（1肢につき） 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）	1,050点	
	練習用仮義足又は仮義手（1肢につき） 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）	1,050点	

● 出来高算定可能な検査等

【出来高算定となる検査・病理診断】

項目		点数	項目		点数	
心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）			脳室穿刺		500点	
1.右心カテーテル		3,600点	後頭下穿刺		300点	
2.左心カテーテル		4,000点	腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む）		150点	
内視鏡検査	関節鏡検査（片側）	600点	骨髓穿刺		260点	
	喉頭直達鏡検査	190点	1.胸骨		280点	
	鼻咽腔直達鏡検査	220点	2.その他		730点	
	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（一連につき）	600点	骨髓生検		100点	
	内視鏡下嚥下機能検査	600点	関節穿刺（片側）		60点	
	喉頭ファイバースコープ	600点	上顎洞穿刺（片側）		180点	
	中耳ファイバースコープ	240点	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）		240点	
	顎関節鏡検査（片側）	1,000点	腎嚢胞又は水腎症穿刺		240点	
	気管支鏡検査、気管支カメラ	500点	ダグラス窩穿刺		200点	
	気管支ファイバースコープ	2,500点	リンパ節等穿刺又は針生検		5,000点	
	胸腔鏡検査	6,000点	センチネルリンパ節生検		3,000点	
	縦隔鏡検査	7,000点	1.併用法		200点	
	食道鏡検査、食道カメラ	400点	2.単独法		150点	
	食道ファイバースコープ	800点	乳腺穿刺又は針生検（片側）		1,600点	
	胃鏡検査、ガストロカメラ	500点	甲状腺穿刺又は針生検		1,400点	
	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140点	経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む）		310点	
	胆道ファイバースコープ	1,400点	前立腺針生検法		4,000点	
	内視鏡検査	小腸ファイバースコープ	3,000点	内視鏡下生検法（1臓器につき）		4,000点
		1.ダブルバルーン内視鏡	1,700点	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）		4,000点
		2.カプセル型内視鏡	1,700点	経気管肺生検法		350～
		3.その他	1,700点	臓器穿刺、組織採取		5,000点
		直腸鏡検査	300点	1.開胸によるもの		9,070点
		肛門鏡検査	200点	2.開腹によるもの（腎を含む）		5,550点
		直腸ファイバースコープ	550点	組織試験採取、切採法		40点
		大腸ファイバースコープ	900点	子宮腔部等からの検体採取		200点
		1.S状結腸	1,350点	1.子宮頸管粘液採取		370点
		2.下行結腸及び横行結腸	1,550点	2.子宮腔部組織採取		180点
	3.上行結腸及び盲腸	1,800点	3.子宮内膜組織採取		180点	
	腹腔鏡検査	1,800点	その他の検体採取		50点	
	腹腔ファイバースコープ	1,800点	1.胃液・十二指腸液採取（一連につき）		350点	
クルドスコープ	400点	2.胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む）		1,990点		
膀胱尿道ファイバースコープ	950点	3.動脈血採取（1日につき）				
膀胱尿道鏡検査	890点	4.前房水採取				
尿管カテーテル法（ファイバースコープ）（両側）	1,000点	術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）				
腎盂尿管ファイバースコープ（片側）	1,500点	病理診断料				
ヒステロスコープ	220点	1.組織診断料		500点		
コルポスコープ	150点	2.細胞診断料		240点		
子宮ファイバースコープ	800点	病理判断料		150点		
乳管鏡検査	800点					
血管内視鏡検査	1,700点					
肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600点					

【出来高算定となる投薬・注射】

投薬	HIV患者に使用する抗HIV薬	無菌製剤処理料	1.無菌製剤処理料1 イ.閉鎖式接続器具を使用した場合 ロ.上記以外	100点
	血友病等の患者に使用する下記の血液凝固因子製剤*			
注射	遺伝子組換え活性化型血液凝固第Ⅶ因子製剤	HIV患者に使用する抗HIV薬	血友病等の患者に使用する下記の血液凝固因子製剤*	100点
	遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤			
	遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤		遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤	50点
	乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤		遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤	50点
	乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤		乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤	50点
			乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤	50点

*活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む

■ 特定入院料の取り扱い

DPC対象病院において、患者が特定入院料の病床に入院した場合、通常の特定入院料とは別に設定された点数を、包括点数に加算する仕組みになっています。

ただし、すべての特定入院料ではなく、下記の救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料などの急性期系の点数に限られています。なお、これらの点数は、特定機能病院、専門病院（専門病院入院基本料届出病院）、それ以外の病院で点数が異なります。

Q 特定入院料とDPC包括評価の包括範囲が異なる場合の取り扱いは？

A DPC包括評価の包括範囲が適用されます。従って、例えば、特定集中治療室管理料で出来高となっている注射の薬剤料はDPCでは包括となりますが、逆に特定集中治療室管理料では包括の範囲内である心臓、肺臓、肝臓、脾臓のカテーテル検査や内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料に係る手技料は別に算定できることとなります。

特定入院料の種類	算定期間等	特定機能病院 (一般病棟)	専門病院入院 基本料届出病院	左記以外の 一般病院	【参考】通常の 診療報酬点数		
救命救急入院料 (1、3のイ：非特定集中治療室管理の場合 2、4のイ：特定集中治療室管理の場合 3・4のロ：広範囲熱傷特定集中治療室管理の場合)	1	3日以内	7,688点	7,888点	7,950点	9,700点	
		4日以上7日以内	6,763点	6,963点	7,025点	8,775点	
		8日以上14日以内	5,478点	5,678点	5,740点	7,490点	
	2	3日以内	9,188点	9,388点	9,450点	11,200点	
		4日以上7日以内	8,128点	8,328点	8,390点	10,140点	
		8日以上14日以内	6,878点	7,078点	7,140点	8,890点	
	3	イ	3日以内	7,688点	7,888点	7,950点	9,700点
			4日以上7日以内	6,763点	6,963点	7,025点	8,775点
			8日以上14日以内	5,478点	5,678点	5,740点	7,490点
		ロ	3日以内	7,688点	7,888点	7,950点	9,700点
			4日以上7日以内	6,763点	6,963点	7,025点	8,775点
			8日以上14日以内	5,878点	6,078点	6,140点	7,890点
			15日以上30日以内	6,383点		6,398点	
			31日以上60日以内	6,590点			
			4	イ	3日以内	9,188点	9,388点
	4日以上7日以内	8,128点			8,328点	8,390点	10,140点
	8日以上14日以内	6,878点			7,078点	7,140点	8,890点
	ロ	3日以内		9,188点	9,388点	9,450点	11,200点
		4日以上7日以内		8,128点	8,328点	8,390点	10,140点
		8日以上14日以内		6,878点	7,078点	7,140点	8,890点
		15日以上30日以内		6,383点		6,398点	7,890点
		31日以上60日以内		6,590点			
		自殺企図等患者への精神保健指定医の診療 3,000点加算／最初の診療時					
	救命救急センター評価基準の充実段階Aランク施設 1,000点加算／日						
	救命救急センター評価基準の充実段階Bランク施設 500点加算／日						
	高度救命救急センター 100点加算／日						
	高度救命救急センターの急性薬毒物中毒患者 5,000点加算／入院初日						
	小児加算（15歳未満） 5,000点加算／入院初日						

特定入院料の種類	算定期間等	特定機能病院 (一般病棟)	専門病院入院 基本料届出病院	左記以外の 一般病院	【参考】通常の 診療報酬点数		
特定集中治療室管理料 (1、2のイ：特定集中治療管理の場合 2のロ：広範囲熱傷特定集中治療管理の場合)	1	7日以内	7,188点	7,388点	7,450点	9,200点	
		8日以上14日以内	5,688点	5,888点	5,950点	7,700点	
	2	イ	7日以内	7,188点	7,388点	7,450点	9,200点
			8日以上14日以内	5,688点	5,888点	5,950点	7,700点
		ロ	7日以内	7,188点	7,388点	7,450点	9,200点
			8日以上14日以内	5,878点	6,078点	6,140点	7,890点
			15日以上30日以内	6,383点		6,398点	
31日以上60日以内	6,590点						
小児加算(15歳未満) 7日以内：1,500点加算/日 8日以上14日以内：1,000点加算/日							
ハイケアユニット入院医療管理料	14日以内	2,488点	2,688点	2,750点	4,500点		
	15日以上21日以内	2,993点		3,008点			
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	14日以内	3,688点	3,888点	3,950点	5,700点		
新生児特定集中治療室管理料 (1・2の区分は医師配置要件によって異なる)	1	14日以内	7,988点	8,188点	8,250点	10,000点	
		15日以上30日以内	8,493点		8,508点		
		31日以上90日以内	8,700点				
	2	14日以内	3,988点	4,188点	4,250点	6,000点	
		15日以上30日以内	4,493点		4,508点		
		31日以上90日以内	4,700点				
総合周産期特定集中治療室管理料 (1：母体・胎児集中治療室管理料 2：新生児集中治療室管理料)	1	14日以内	4,988点	5,188点	5,250点	7,000点	
		14日以内	7,988点	8,188点	8,250点		
	2	15日以上30日以内	8,493点		8,508点	10,000点	
		31日以上90日以内	8,700点				
新生児治療回復室入院医療管理料	14日以内	3,388点	3,588点	3,650点	5,400点		
	15日以上30日以内	3,893点		3,908点			
	31日以上120日以内	4,100点					
一類感染症患者入院医療管理料	7日以内	6,878点	7,078点	7,140点	8,890点		
	8日以上14日以内	5,678点	5,878点	5,940点	7,690点		
小児入院医療管理料 (1～5の区分は小児科常勤医師数や看護配置、 平均在院日数などによって異なる)	1	14日以内	2,488点	2,688点	2,750点	4,500点	
		15日以上30日以内	2,993点		3,008点		
		31日以上	3,200点				
	2	14日以内	1,988点	2,188点	2,250点	4,000点	
		15日以上30日以内	2,493点		2,508点		
		31日以上	2,700点				
	3	14日以内	1,588点	1,788点	1,850点	3,600点	
		15日以上30日以内	2,093点		2,108点		
		31日以上	2,300点				
	4	14日以内	988点	1,188点	1,250点	3,000点	
		15日以上30日以内	1,493点		1,508点		
		31日以上	1,700点				
	5	14日以内	88点	288点	350点	2,100点	
		15日以上30日以内	593点		608点		
		31日以上	800点				
病棟保育士配置加算 100点加算/日							

DPC包括評価の留意事項

■小児の鼠径ヘルニア手術の取り扱い

15歳未満の鼠径ヘルニア手術又は15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を実施した場合の費用は、医科点数表により算定します。つまり、DPCであっても短期滞在手術基本料3（特別入院基本料又は小児入院医療管理料を算定する場合を除く）で算定することになります。

■入院日Ⅲを超えた場合の取り扱い

入院期間が診断群分類点数表の入院日Ⅲ（13頁の図の第Ⅲ日）を超えた日以降の診療報酬は、医科点数表により出来高で算定します。

■外泊期間中の取り扱い

外泊期間中の入院料等は、患者が入院している病棟が届け出ている入院基本料又は特定入院料の基本点数の15%を算定します。

例えば、7対1入院基本料の届出病棟であれば「1,555点×15%」を算定します。

ただし、精神及び行動の障害の患者が治療のために外泊する場合は30%を算定します。その際、期間は連続して3日以内、かつ、同一暦月で6日以内に限られます。

また、在宅医療に備えて外泊する際に在宅医療の指導管理が行われた場合は、上記の外泊の費用に加えて、退院前在宅療養指導管理料を外泊初日1回に限り算定できます。

なお、DPC包括点数の算定の際には、外泊期間も入院期間としてカウントします。

■同一傷病での再入院の取り扱い

14桁の診断群分類番号の上6桁が同一の傷病については、退院日の翌日から3日以内の再入院は、“前回入院と一連の入院とみなす”というルールがあります。このため、同一傷病名の患者が3日以内に再入院（病棟間の転棟に伴う転棟日から起算して3日以内の再転棟も含む）となった場合、入院期間の起算日は初回入院日となり、退院中も入院期間としてカウントすることになります（下図参照）。

また、特定入院料の加算対象病床の患者が同一傷病名による3日以内の再入院となった場合、加算は前回入院と一連の入院とみなして入院期間を計算し、限度日数まで算定します。

■退院時処方の取り扱い

DPC包括評価の対象患者が退院後に“在宅において使用する”ために退院時に薬剤を処方した場合は、薬剤料のみ出来高で算定することができます。

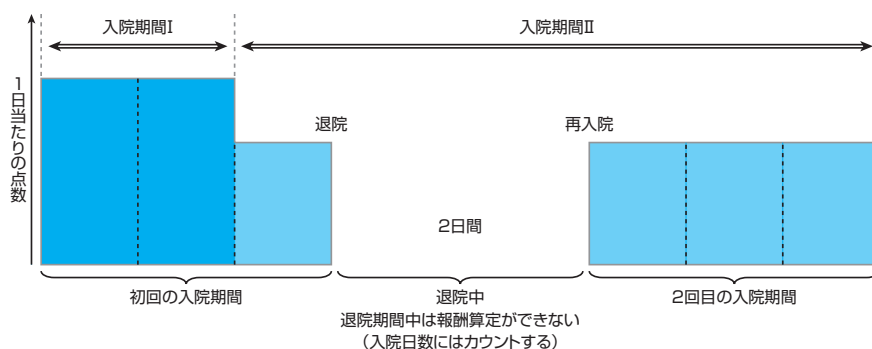
ただし、当該薬剤の処方、医療資源を最も投入した傷病名及び診断群分類を決定するに当たって、投入した医療資源に含めることはできません。

■医師等の員数が医療法標準を満たさない場合の取り扱い

医師等の員数が医療法標準の70%以下となった場合、当該月の翌月分から医科点数表により算定することになります。

なお、医師等の員数が条件を満たした場合は、当該月の翌月分からDPCの診断群分類点数表により算定します。

【同一傷病での3日以内の再入院のイメージ】



■入院患者の対診・他医療機関受診の取り扱い

DPC対象病院に入院中の患者に対して、対診（他の医療機関の医師による立合診療）が行われた場合、又は他の医療機関を受診した場合の費用については、DPC対象病院の医師が実施した場合と同様に扱われます。

具体的には、DPCの包括項目は、対診又は他医療機関受診のどちらであっても別途出来高算定不可で、費用はDPC対象病院と他医療機関との合議により精算します。一方、包括外の診療であれば、DPC対象病院で出来高算定を行い、DPC対象病院と他医療機関との合議により精算します。ただし、対診が行われた場合は、対診を行った医療機関側で初・再診料及び往診料の算定ができます。

なお、DPC対象病院では、他の医療機関が実施した診療行為を含めて当該患者の診断群分類を決定することになります。

	包括の費用	包括外の費用
DPC対象病院	別途出来高算定不可	算定可
他の医療機関		算定不可 （対診の場合は、初・再診料、往診料は算定可）

※診療費用は、医療機関間の合議で精算

■院内掲示等による患者への周知

DPC対象病院は、診断群分類点数表によって費用を算定している旨を院内掲示することになっており、入院患者及び関係者に対して算定方法等を十分に説明することが求められます。

さらに、入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には、診断群分類の名称などを説明することが望ましいとされています。

なお、患者から診断群分類点数に関して明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された薬剤、行われた検査について、その名称を付記することが原則となっています（下記参照）。

入院		保険	
患者番号	氏名	○○ ○○ 様	受診日
			YYYY/MM/DD
受診科			
区分	項目名	点数	回数
診断群分類(DPC)	*DPC 5日間包括算定	13844	1
医薬品	*フロモックス錠100mg ピフィダー *点滴注射 ラクテックG注500mL フスコバン注射液 フルマン静注用1g 生食100mL *点滴注射 フルマン静注用1g 生食100mL	}	
検査	*末梢血液一般検査 *CRP定量 *血液採取(静脈) *血液学的検査判断料 *免疫学的検査判断料		
		使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する	

(2010年3月5日付厚生労働省通知より)

Q 包括外の医療行為についてDPC対象病院の入院患者が必要あって他の医療機関を受診した場合、DPC対象病院では施設基準の届出を行っていない診療行為でも、他の医療機関が届出を行っていれば当該診療行為の費用は出来高算定可能か？

A DPC対象病院において出来高算定できます。この場合のDPCのコーディングについては、他の医療機関で行われた診療行為を含めて決定することになります。また、当該診療行為の費用は、医療機関間の合議に委ねられます。

Q 包括外の医療行為についてDPC対象患者に対診を実施した場合、入院中のDPC対象病院では施設基準の届出をしておらず、他の医療機関で届出を行っている場合は出来高算定可能か？

A 対診の場合は出来高算定できません。

医療機関別係数 調整係数、機能評価係数 I・II

医療機関別係数

DPCの包括評価では、1日当たり包括点数に、医療機関別係数をかけることで当該病院の包括点数が決定します。医療機関別係数は、次の三つの係数の合計となります。

係数	評価内容
調整係数	①前年度並の収入の確保、 ②重症患者への対応能力・高度医療の提供能力など機能評価係数 I では対応できていない病院機能の評価
機能評価係数 I (従来の機能評価係数)	臨床研修病院入院診療加算、 地域医療支援病院入院診療加算など、病院の機能・体制を評価した点数を係数化したもの
機能評価係数 II (新たな機能評価係数)	調整係数の段階的廃止に伴い、 調整係数の②の役割を代替するために2010年度から新設された係数

調整係数から新たな機能評価係数への置き換え

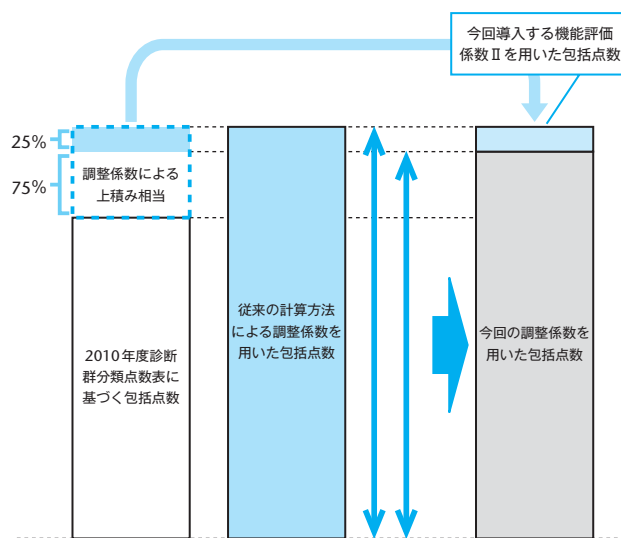
DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数は、2010年度改定から段階的に新たな機能評価係数に置き換えられることになっています。

新たな機能評価係数である「機能評価係数 II」の設定に当たっては、①急性期入院医療の反映、②医療の

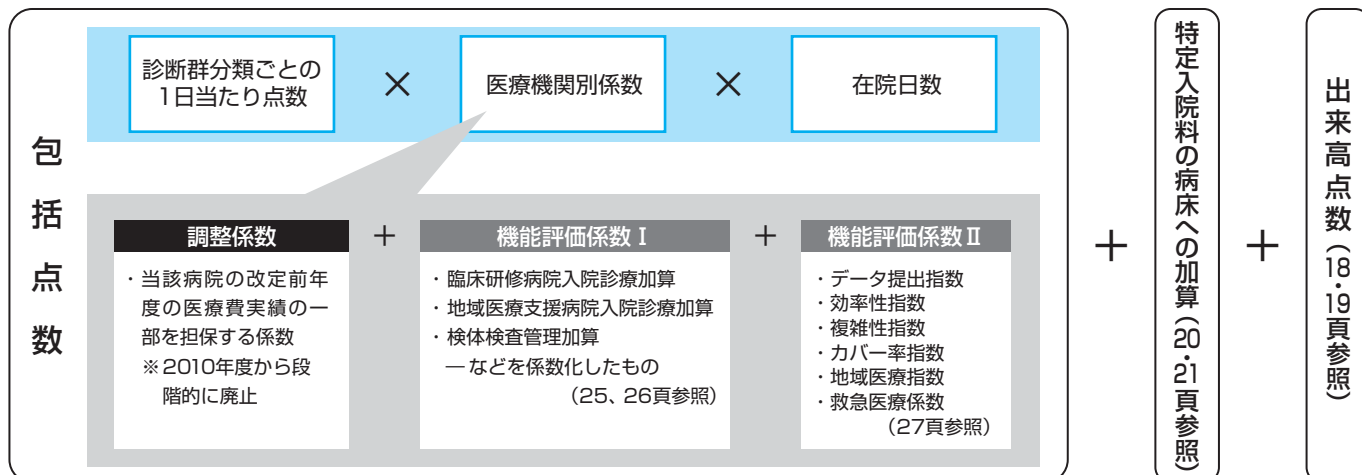
透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）への期待、③社会的に求められている機能・役割の重視、④地域医療への貢献、⑤係数には上限値を設定、⑥係数はプラス評価を原則一などを基本的な考え方としており、2010年度は「データ提出指数」、「効率性指数」、「複雑性指数」、「カバー率指数」、「地域医療指数」、「救急医療係数」の6項目が設定されました（27頁参照）。

なお、2010年度において調整係数から機能評価係数 II へ置き換える割合は、調整係数で評価している“上積み相当部分”のうち25%となっています（下図参照）。

【調整係数から機能評価係数 II への置き換えイメージ】



【DPC算定の仕組みと医療機関別係数】



●機能評価係数 I

病院の機能、体制を評価したものであり、入院基本料等加算など、出来高の点数を係数化したのが機能評価係数 I（従来の機能評価係数）です。2010年度改

定では、新設された医師事務作業補助体制加算1・2、急性期看護補助体制加算1・2、医療安全対策加算2、感染防止対策加算、そして包括項目だった検体検査管理加算（I）～（IV）が係数化されました。

〈機能評価係数 I〉

入院基本料等加算など	主な算定要件	特定機能病院 入院基本料 届出病院	専門病院 入院基本料 届出病院	左記以外の 一般病院	【参考】通常の 診療報酬点数
入院基本料（7対1）	看護職員実質配置7対1以上、正看比率70%以上、平均在院日数（特定機能病院28日以内、専門病院30日以内、左記以外19日以内）、当該病棟に看護必要度の基準を満たす患者が10%以上（特定機能病院及び救命救急入院料を算定する治療室のある病棟を除く）、かつ常勤医師数が入院患者数の10%以上（特定機能病院を除く）、看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内	0.1705	0.1190	0.1008	1,555点/日
入院基本料（10対1）	看護職員実質配置10対1以上、正看比率70%以上、平均在院日数（特定機能病院28日以内、専門病院33日以内、左記以外21日以内）、看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内	0.0697	0.0182	—	1,300点/日
特別入院基本料（7対1）	7対1、10対1入院基本料の看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内要件のみ満たさない病院	—	—	▲0.0221	1,244点/日
特別入院基本料（10対1）				▲0.1028	1,040点/日
総合入院体制加算	内・小・外・整・脳・産婦すべての診療科の入院医療提供と精神科の24時間対応、24時間の救急医療提供、外来縮小、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善の体制整備、全身麻酔年800件以上、地域連携室の設置、検査及び画像診断の24時間実施体制、薬剤師による24時間調剤体制	—	—	0.0297	120点/日 (14日以内)
医師事務作業補助体制加算 【15対1補助体制】	病院勤務医の負担軽減及び処遇改善の体制整備、届出一般病床に対して医師事務作業補助者を一定割合で配置、責任者の配置、医師事務作業補助者への6カ月間の研修（OJTによる職場内研修を含む）、医師事務作業補助者の業務範囲・診療記録（診療録、手術記録、看護記録等）の記載・個人情報保護、電子カルテシステムの院内規程の整備	—	—	0.0267	810点 入院初日
医師事務作業補助体制加算 【20対1補助体制】		—	—	0.0201	610点 入院初日
医師事務作業補助体制加算 【25対1補助体制】		—	—	0.0161	490点 入院初日
医師事務作業補助体制加算 【50対1補助体制】		—	—	0.0084	255点 入院初日
医師事務作業補助体制加算 【75対1補助体制】		—	—	0.0059	180点 入院初日
医師事務作業補助体制加算 【100対1補助体制】		—	—	0.0045	138点 入院初日
急性期看護補助体制加算1 【50対1補助体制】	年間の緊急入院患者数が200人以上又は総合周産期母子医療センター設置の病院、年間の救急自動車・ヘリでの搬送人数を把握、7対1又は10対1入院基本料算定病棟、看護必要度の基準を満たす患者が7対1は15%以上、10対1は10%以上、看護補助者は院内研修を年1回以上受講、看護補助者の業務範囲の院内規定を整備、病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇改善の体制整備	—	0.0305	—	120点/日 (14日以内)
急性期看護補助体制加算2 【75対1補助体制】	—	—	0.0203	—	80点/日 (14日以内)

入院基本料等加算など	主な算定要件		特定機能病院 入院基本料 届出病院	専門病院 入院基本料 届出病院	左記以外の 一般病院	【参考】通常の 診療報酬点数
地域医療支援病院入院診療加算	医療法に定める地域医療支援病院		—		0.0327	1,000点 入院初日
臨床研修病院入院診療加算 【基幹型】	診療録管理体制加算の届出、臨床経験7年以上の指導医、研修医2.5人以上につき指導医1人以上、医療法標準以上の医師数、研修医数が病床数10に対して1人又は年間入院患者数100人に1人を超えない	年2回以上の職員への保険診療講習	0.0013			40点 入院初日
臨床研修病院入院診療加算 【協力型】	10に対して1人又は年間入院患者数100人に1人を超えない	研修医が基幹型又は基幹型相当の大学病院で保険診療講習を受講	0.0007			20点 入院初日
診療録管理体制加算	患者への診療情報提供、過去5年間の診療録・過去3年間の手術記録、看護記録等のすべてを保管・管理、中央病歴管理室の設置、診療記録の保管・管理規定の明文化、診療録管理部門又は診療記録管理委員会の設置、1人以上の専任診療記録管理者の配置、診療記録の疾病別検索・抽出、入院患者のICD大分類程度以上の疾病分類、全診療科の全患者の退院時要約の作成		0.0010			30点 入院初日
看護補助加算1 【30対1看護補助体制】	15対1、18対1、20対1入院基本料病棟が対象		—	0.0431		109点/日
看護補助加算2 【50対1看護補助体制】	13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料病棟が対象		—	0.0332		84点/日
看護補助加算3 【75対1看護補助体制】			—	0.0221		56点/日
医療安全対策加算1	医療安全管理部門の設置（診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員を配置）、医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的業務内容の整備、専任の院内感染管理者の配置等	研修を修了した専任看護師、薬剤師等の医療有資格者を医療安全管理者として配置	0.0027			85点 入院初日
医療安全対策加算2	研修を修了した専任看護師、薬剤師等の医療有資格者を医療安全管理者として配置		0.0011			35点 入院初日
感染防止対策加算	医療安全対策加算1の届出、感染防止対策部門の設置、部門内に感染防止対策チームを組織（感染症対策経験3年以上の専任常勤医師、感染管理経験5年以上で研修を修了した専任看護師、病院勤務経験3年以上の専任薬剤師、病院勤務経験3年以上の専任臨床検査技師で構成）、感染防止対策業務指針等の整備、チームによる手順書作成・配布、チームによる定期研修を年2回程度実施、抗菌薬適正使用監視の体制整備		0.0032			100点
検体検査管理加算（Ⅰ）	特定の緊急検査実施体制の整備、臨床検査の定期的精度管理、外部の精度管理事業に参加、臨床検査適正化委員会の設置		0.0011			40点/月
検体検査管理加算（Ⅱ）	臨床検査担当の常勤医師1人以上配置		0.0027			100点/月
検体検査管理加算（Ⅲ）	臨床検査担当の常勤医師1人以上配置、常勤臨床検査技師4人以上配置、全検査機器・試薬が受託業者から非提供		0.0081			300点/月
検体検査管理加算（Ⅳ）	臨床検査担当の常勤医師1人以上配置、常勤臨床検査技師10人以上配置、全検査機器・試薬が受託業者から非提供		0.0135			500点/月
（経過措置1）	10対1入院基本料の基準を満たさない病院で13対1入院基本料の基準（正看比率70%以上、平均在院日数：専門病院36日以内、一般病院24日以内）を満たす病院		—	▲0.0640	▲0.0822	—
（経過措置2）	10対1入院基本料の基準を満たさない病院で15対1入院基本料の基準（正看比率40%以上、平均在院日数：一般病院60日以内）を満たす病院		—		▲0.1447	—
（経過措置3）	10対1入院基本料の基準を満たさない病院		—		▲0.2866	—

●機能評価係数Ⅱ

24頁で述べたとおり、調整係数の段階的廃止に伴い2010年度から新たに導入された係数です。具体的に

は下記のような評価方法によって厚生労働省が病院ごとに設定し、官報で告示されます。

〈機能評価係数Ⅱ〉

名称	考え方	評価方法	
1	データ提出指数	<p>下記を評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・詳細な診療データの作成と提出に要する体制 ・データが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献 	<p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月1カ月間、当該評価を50%減じる</p> <p>②「部位不明、詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を1年間5%減じる（2011年4月より評価）</p> <p>※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない</p>
2	効率性指数	<p>平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減を、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価</p>	<p>下記の式で算出</p> $\text{効率性指数} = \frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該病院の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}}$ <p>※計算対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該病院において、10カ月間に10症例以上ある診断群分類 ・包括評価対象の診断群分類
3	複雑性指数	<p>診療の複雑さを、当該病院における1入院当たり包括点数の相対値により評価</p>	<p>下記の式で算出</p> $\text{複雑性指数} = \frac{\text{当該病院の包括点数（1入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数}}{\text{全病院の平均1入院当たり包括点数}}$ <p>※計算対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該病院において、10カ月間に10症例以上ある診断群分類 ・包括評価対象の診断群分類
4	カバー率指数	<p>様々な疾患に対応できる総合的な体制を、当該病院で算定している診断群分類の広がり（種類の多さ）により評価</p>	<p>下記の式で算出</p> $\text{カバー率指数} = \frac{\text{当該病院で一定症例数以上算定している診断群分類数}}{\text{全診断群分類数}}$ <p>※計算対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該病院において、10カ月間に10症例以上ある診断群分類 ・すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類
5	地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価</p>	<p>下記の各項目に該当する場合に、1ポイントを加算し総ポイント数（0～7ポイント）で評価（2010年8月より評価）</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「脳卒中」について、下記のいずれかの点数を算定 <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携診療計画管理料 ・地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ） ・地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ） ②「がん」について、下記のいずれかの点数を算定 <ul style="list-style-type: none"> ・がん治療連携計画策定料 ・がん治療連携指導料 ③「がん」について、地域がん登録に参画 ④「救急医療」について、医療計画上の2次救急医療機関で、病院群輪番制への参加施設、拠点型もしくは共同利用型の施設又は救命救急センター ⑤「災害時における医療」について、DMAT（災害派遣医療チーム）指定 ⑥「へき地の医療」について、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 ⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター
6	救急医療係数	<p>包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等を、救急患者に占める割合により評価</p>	<p>緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、病院ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

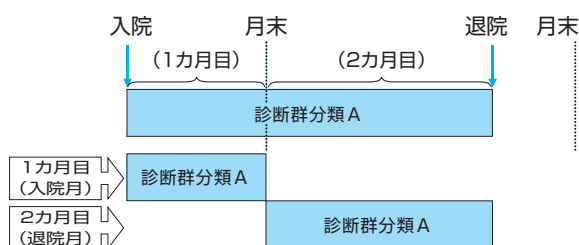
DPCによる請求と請求調整

■診断群分類点数表による請求

DPCも、一般の診療報酬同様に毎月保険請求を行います。包括評価となるかどうかは月末の請求時に決定し、請求は診断群分類番号や診断群分類区分等の記載欄があるDPC専用のレセプトを使用します。

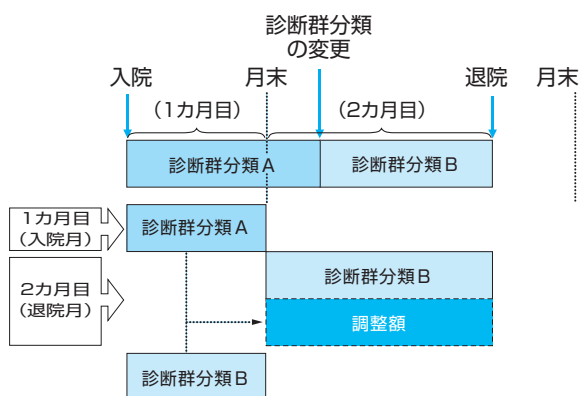
入院から退院するまで診断群分類の変更がない場合は、下図のようになります。

【診断群分類の変更がない場合（基本形）】



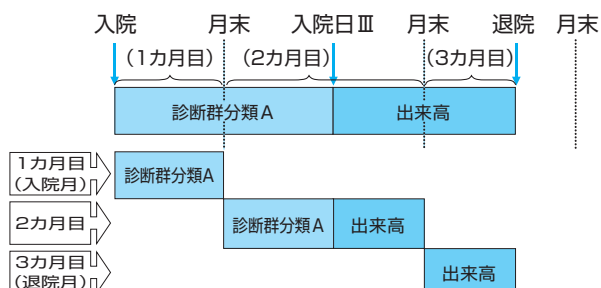
1カ月目は診断群分類Aで請求し、入院2カ月目に診断群分類が変更（下図A⇒B）となった場合は、退院月に診断群分類AとBの費用の差額を調整します。

【入院途中で診断群分類の変更があった場合】



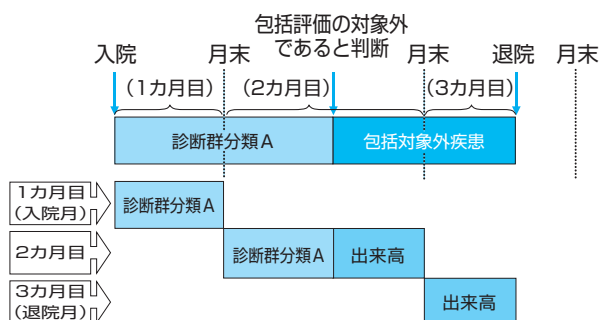
●特定入院期間を超えた場合

途中であっても特定入院期間（入院日Ⅲ）を超えると出来高請求となります。同一月に包括期間と出来高期間の両方が存在する場合（右上図では2カ月目）は、DPCレセプトを総括表とし、従来の出来高のレセプトを続紙として添付し、1件のレセプトを作成します。



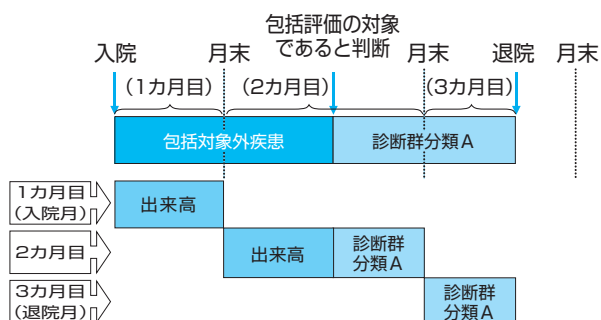
●月途中で包括対象外となった場合

入院当初は診断群分類点数表で算定していた患者が、診断群分類の変更等の理由により月途中で包括対象外と判断された場合は、“判断された日”から医科点数表により算定します。



●月途中で包括対象となった場合

包括対象外だった患者が包括対象と判断された場合は、“判断された日”から診断群分類点数表で算定します。入院期間の起算日は、医療資源を最も投入した傷病が同一である場合は入院日、異なる場合は包括対象であると判断された日となります。



参考資料①

手術・処置等2に記載があり、かつツリー図に分岐が設定されている薬剤の一覧

MDC	診断群分類		医薬品名	変更区分*			包括/出来高		
	コード	分類名		新薬/ 効追	新設	継続	全て 包括	混在	全て 出来高
01	0010	脳腫瘍	テモゾロミド(初発の初回治療に限る) メトトレキサート		○	○		○	
01	0060	脳梗塞	tPA エダラボン			○ ○	○	○	
01	0080	脳脊髄の感染を伴う炎症	ガンマグロブリン インターフェロン			○ ○	○ ○		
01	0090	多発性硬化症	インターフェロン			○	○		
01	0110	免疫介在性・炎症性ニューロパチー	ガンマグロブリン			○	○		
01	0180	不随意運動	A型ボツリヌス毒素			○		○	
01	0280	ジストニー、筋無力症	A型ボツリヌス毒素			○			○
02	0200	黄斑、後極変性	ラニズマブ ベガブタニブナトリウム ベルテポルフィン	○ ○				○ ○ ○	
04	0040	肺の悪性腫瘍	ペバシズマブ ベメトレキセドナトリウム水和物 カルボプラチン+パクリタキセルあり	○ ○				○ ○	○
04	0050	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	ベメトレキセドナトリウム水和物			○		○	
04	0100	喘息	オマリズマブ	○					○
04	0240	肺循環疾患	プロスタグランジン I2 製剤			○	○		
04	0250	急性呼吸促進症候群	プロスタグランジン I2 製剤		○		○		
04	0260	原発性肺高血圧	プロスタグランジン I2 製剤			○		○	
05	0030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	tPA			○		○	
05	0050	狭心症、慢性虚血性心疾患	tPA			○			○
05	0190	肺塞栓症	tPA			○	○		
06	0035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	セツキシマブ ペバシズマブ フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム +オキサリプラチンあり	○				○ ○ ○	
06	0040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	セツキシマブ ペバシズマブ フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム +オキサリプラチンあり	○				○ ○ ○	
06	0180	クローン病等	インフリキシマブ			○		○	
06	0290	慢性肝炎(慢性C型肝炎を除く)	IFN-β(7日以上投与した場合に限る) IFN-α			○ ○		○ ○	○
06	0295	慢性C型肝炎	IFN-β(7日以上投与した場合に限る) IFN-α			○ ○	○	○	
07	0040	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く)	メトトレキサート		○			○	
07	0470	関節リウマチ	インフリキシマブ トシリズマブ アダリムマブ エタネルセプト	○ ○		○		○ ○ ○	○
07	0560	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	インフリキシマブ トシリズマブ アダリムマブ エタネルセプト			○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○
08	0005	黒色腫	インターフェロン			○	○		
08	0110	水疱症	乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン	○					○
09	0010	乳房の悪性腫瘍	トラスツズマブ シクロホスファミド+塩酸エビルピシンあり パクリタキセル又はドセタキセルあり			○ ○ ○		○ ○ ○	
10	0020	甲状腺の悪性腫瘍	I131内用療法			○		○	
10	0100	糖尿病足病変	プロスタグランジン製剤		○		○		
10	0140	甲状腺機能亢進症	I131内用療法			○	○		
10	0250	下垂体機能低下症	成長ホルモン剤		○				○
10	0260	下垂体機能亢進症	ソマトスタチンアナログ ペグビソマント		○		○ ○		
10	0270	間脳下垂体疾患(その他)	LH-RH			○			○
11	001x	腎腫瘍	IL-2 スニチニブリンゴ酸 ソラフェニブトシル酸 インターフェロン	○ ○				○ ○ ○	

MDC	診断群分類		医薬品名	変更区分*			包括/出来高		
	コード	分類名		新薬/ 効追	新設	継続	全て 包括	混在	全て 出来高
12	0010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり カルボプラチン+パクリタキセルあり		○		○		
13	0010	急性白血病	ネララビン ダサチニブ水和物 ニロチニブ塩酸塩水和物 三酸化ヒ素製剤 ゲムツズマブオゾガマイシン イマチニブメシル酸	○ ○	○ ○			○ ○ ○ ○	○
13	0030	非ホジキンリンパ腫	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム イブリツモマブチウキセタン塩化インジウム リツキシマブ	○ ○		○	○		○ ○
13	0040	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	ボルテゾミブ サリドマイド	○ ○		○	○ ○		
13	0050	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	ダサチニブ水和物 ニロチニブ塩酸塩水和物 イマチニブメシル酸	○ ○	○		○	○ ○	
13	0080	再生不良性貧血	抗リンパ球グロブリン インターフェロン シクロスポリン			○ ○ ○	○ ○ ○	○	
13	0090	貧血(その他)	人ハプトグロビン			○		○	
13	0100	播種性血管内凝固症候群	トロンボモデュリン アルファ アンチトロンビンⅢ製剤	○			○ ○		
13	0110	出血性疾患(その他)	ガンマグロブリン アルガトロバン水和物	○		○	○		○
13	0111	アレルギー性紫斑病	第XIII因子製剤			○	○		
13	0120	血液疾患(その他)	インターフェロン			○			○
14	0010	妊娠期間短縮、 低出生体重に関連する障害	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○		○ ○	
14	0230	喉頭の疾患(その他)	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○			○ ○
14	0270	肺の先天性異常	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○			○ ○
14	0280	気道の先天異常	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○			○ ○
14	0290	動脈管開存症	バリビズマブ			○			○
14	0300	心房中隔欠損症	バリビズマブ			○			○
14	0310	心室中隔欠損症	バリビズマブ			○		○	
14	0320	房室中隔欠損症	バリビズマブ			○			○
14	0330	その他の左右短絡性心奇形	バリビズマブ			○			○
14	0340	非短絡性心奇形	バリビズマブ			○			○
14	0350	ファロー四徴症	バリビズマブ			○			○
14	0360	新生児乳児の先天性心奇形	バリビズマブ			○		○	
14	0370	その他の複雑心奇形	バリビズマブ			○			○
14	0380	その他の循環器系の先天性奇形	バリビズマブ			○			○
14	0390	食道の先天異常	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○		○ ○	
14	0430	腸管の先天異常	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○		○ ○	
14	0440	肛門閉鎖	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○		○ ○	
14	0480	先天性腹壁異常	バリビズマブ 肺サーファクタント			○ ○	○ ○		
15	0070	川崎病	ガンマグロブリン			○	○		
18	0010	敗血症	ガンマグロブリン			○		○	

※変更区分の語句説明

「新薬/効追」：新薬又は効能追加の承認により、独立した診断群分類が新設されたもの

「新設」：2008年度改定の前から承認されていた医薬品で、今回の改定により独立した診断群分類が新設されたもの

「継続」：2008年度改定の前から独立した診断群分類が設定されていたもの

(2010年3月19日付厚生労働省通知を基に作成)

参考資料②

診断群分類(DPC)点数表と医科点数表における包括範囲の比較

	診断群分類(DPC)点数表	救命救急入院料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料
入院基本料	包括 〔一般病棟看護必要度評価加算は出来高〕	包括	包括
入院基本料等加算	出来高 〔総合入院体制加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、看護補助加算は機能評価係数化〕	包括 〔臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算(脳卒中ケアユニット入院医療管理料のみ)は出来高〕	包括 〔臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算は出来高〕
医学管理等	出来高 〔手術前・後医学管理料は包括〕	出来高	出来高
在宅医療	出来高	出来高	出来高
検査	包括 〔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(血液採取除く)は出来高 検体検査管理加算は機能評価係数化〕	包括 〔検体検査判断料は出来高〕	包括 〔検体検査判断料は出来高〕
画像診断	包括 〔画像診断管理加算、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は出来高〕	出来高	出来高
投薬	包括 〔HIV感染症に使用する抗HIV薬、血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性化型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤及び乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性化複合体を含む)は出来高 注射は無菌製剤処理料も出来高〕	出来高	出来高
注射		出来高 〔点滴注射・中心静脈注射は包括〕	出来高 〔点滴注射・中心静脈注射は包括〕
リハビリテーション	出来高 〔薬剤料は包括〕	出来高	出来高
精神科専門療法	出来高 〔薬剤料は包括〕	出来高	出来高
処置	包括 〔一部の処置は出来高〕	出来高 〔酸素吸入、留置カテーテル設置は包括〕	出来高 〔酸素吸入、留置カテーテル設置は包括〕
手術			
麻酔	出来高	出来高	出来高
放射線治療			
病理診断	包括 〔術中迅速病理組織標本作製、病理診断・判断料は出来高〕	包括 〔病理診断・判断料は出来高〕	包括 〔病理診断・判断料は出来高〕

	亜急性期入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	緩和ケア病棟入院料
入院基本料	包括	包括	包括
入院基本料等加算	包括 〔臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算は出来高〕	包括 〔臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、救急搬送患者地域連携受入加算は出来高〕	包括 〔臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、救急搬送患者地域連携受入加算は出来高〕
医学管理等	出来高	包括 〔地域連携診療計画退院時指導料（I）は出来高〕	包括
在宅医療	出来高	包括	包括 〔退院時の在宅悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料は出来高〕
検査	包括	包括	包括
画像診断	包括	包括	包括
投薬	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕
注射	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕	包括 〔B型・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、B型・C型肝炎、AIDS、HIV感染症に対する抗ウイルス剤、血友病治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は出来高〕
リハビリテーション	出来高	出来高	包括
精神科専門療法	出来高	包括	包括
処置	包括 〔1,000点超の処置料は出来高〕	包括	包括
手術	出来高	包括	包括
麻酔			
放射線治療			
病理診断	包括	包括	包括

厚生労働省 疑義解釈

厚生労働省保険局医療課から2010年3月29日付・4月30日付で下記の事務連絡が出されています(一部抜粋)

【対象患者】

問 包括評価の対象患者は、自らの意志で包括評価による診療を拒否することができるのか。

答 拒否できない。

問 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、DPCの除外対象となる患者が、いったん退院し、再度同じ病院に入院した場合は、DPC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、出来高により算定すること。

【コーディング】

問 手術中に行った化学療法のみをもって、「化学療法あり」と算定できるか。

答 算定できない。

問 定義告示内の副傷病名欄で、ICDコードではなく6桁の疾患コードが記載されている場合は、その疾患の傷病名欄に記載されたICDコードに該当する場合に「副傷病あり」になるということか。

答 そのとおり。

問 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても算定できるのか。

答 算定できる。

問 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類は「手術あり」として選択すべきか。

答 手術を行うことを決定した日が入院日Ⅲを超えていなければ、「手術あり」、入院日Ⅲを超えていれば「手術なし」を選択する。

なお、入院後に手術を行うことを決定した際には、その理由と決定日を診療録等に記載しておくこと。

問 手術の有無による分岐の決定において、輸血管理料が対象外となったが、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 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の上6桁が同一の傷病で転院した場合又は3日以内に再入院した場合は、一連の入院とみなすのか。

答 そのとおり。なお、上記の場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。

問 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、診断群分類を決定する際は「準用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○○○」で判断するということか。

答 そのとおり。

問 開胸手術を行った際に、術後管理のためにペーシングリードを設置した場合、診断群分類の手術・処置等2の選択においては、「K596体外ペースメーカーあり」を選択してよいか。

答 一連の開胸手術に含まれる行為と考えられるため、選択してはならない。なお、術前に救急で「K596体外ペースメーカー」を実施した場合等、開胸手術等とは別に実施した場合には、「あり」を選択する。

問 「疑い病名」により、診断群分類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」により診断群分類を決定することができる。

問 100100糖尿病足病変における手術・処置等2の分岐について、「プロスタグランジン製剤」は剤形を問わないか。

答 プロスタグランジン製剤は注射剤に限る。

【医療機関別係数】

問 検体検査管理加算のⅠとⅡの届出を行っている場合、医療機関別係数は両方の係数を合算して計算するのか。

答 両方の係数を合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数Ⅰに合算すること。

問 医療機関別係数は、次の制度改正時まで変更されないのか。

答 医療機関別係数は、調整係数、機能評価係数Ⅰ（入院基本料等加算等に係る係数）及び機能評価係数Ⅱ（1年ごとに見直される効率性指数等に係る係数）を合算した数であるため、入院基本料等加算に係る施設基準の届出の変更及び指数の見直し等に伴い、医療機関別係数が変更される場合がある。

問 検体検査管理加算に係る機能評価係数は、検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算できるか。

答 合算できる。検体検査管理加算に係る機能評価係数は、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できる。

問 検体検査管理加算の機能評価係数は、小児入院医療管理料等の特定入院料に基づく加算を算定している場合でも医療機関別係数に合算できるか。

答 合算できる。

問 機能評価係数Ⅰの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ほかに、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Ⅰ（臨床研修病院入院診療加算及び地域医療支援病院入院診療加算は除く）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。

【請求】

問 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 診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、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 包括評価対象患者が、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できるか。

答 算定できない。

問 入院日Ⅲを超えた日以降など、医科点数表により算定する場合は、従来の診療報酬明細書を使用するが、患者基礎情報等は記載する必要はあるか。

答 同一月に診断群分類点数表等に基づき算定する日と医科点数表に基づき算定する日がある場合は、DPCレセプトを総括表とし、出来高レセプトを続紙として添付し、1件のレセプトを作成する。総括表は一般記載要領と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄にそのレセプト1件の請求額等の合計額が分かるよう記載する。なお、この場合は、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由を具体的に記載する。

なお、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合も同様に記載し、総括表の出来高欄に入院医療が複数回となった理由を記載する。

これらの記載をする場合に、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をする。

問 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 180日超の長期入院患者に係る選定療養の対象であるか否かを判断する場合には、包括評価の対象期間は180日の日数に含めるのか。

答 180日超の長期入院患者に係る選定療養は、「通算対象入院料」の算定日数に応じて判断するため、包括評価の対象期間は180日の日数に含めない。

問 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に掲げる術中経食道心エコー連続監視加算は算定できるのか。

答 算定できる。

問 35万点を超える明細書には、従来どおり「症状詳記用紙」及び「日計表」の添付が必要になるのか。

答 そのとおり。

問 2月1日にDPC対象病院から退出した場合、2月1日より前から入院している患者については、退出後2カ月間は、診断群分類点数表により算定（4月1日より医科点数表の対象）するのか。

答 そのとおり。

問 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が対象となるのか。特に、医療機関別係数の取り扱いはどうなるのか。

答 包括評価の診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のもものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取り扱いはされない。

問 診療報酬改定を挟んで3日以内の再入院があった場合の入院日の取り扱いは、どのようになるのか。

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 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ができるか。

答 フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定できる。

問 退院時処方は、「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出来高で算定できるのか。

答 算定できない。

問 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 「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。

【他医療機関受診】

問 診断群分類点数表により算定している入院中の患者が、他の医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRIなど）のみを行った場合の診療報酬については、他の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か。

答 よい。

問 入院中のDPC対象患者が他の医療機関を受診した場合、他の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、入院中の医療機関で算定できるのか。

答 算定できる。ただし、この場合のDPCのコーディングについては、他の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 入院中のDPC対象患者が他の医療機関を受診した場合、他の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、入院中の医療機関で別に医科点数表に基づき算定できるのか。

答 算定できない。ただし、この場合のDPCのコーディングについては、他の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 入院中の患者が他の医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療料は算定することができるか。

答 算定できない。



脳保護剤（フリーラジカルスカベンジャー） 薬価基準収載

ラジカット[®]点滴静注バッグ30mg

RADICUT[®] BAG for I.V. Infusion 30mg（エダラボン注射剤）

処方せん医薬品（注意-医師等の処方せんにより使用すること）

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



製造販売元〈資料請求先〉
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区北浜2-6-18

2010年5月作成