

保医発0319第4号

平成26年3月19日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

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の
一部改正等に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「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（平成26年厚生労働省告示第88号。以下「算定告示」という。）が公布され、平成26年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成26年4月1日から適用することとし、従前の「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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」は、平成26年3月31日限り廃止する。

第1 DPC対象患者について

- 1 DPC対象患者は、診断群分類点数表に掲げる分類区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当する入院患者とする。
- 2 1にかかわらず、以下の患者の診療報酬は、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下、「医科点数表」という。）若しくは別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、「入院時食事療養に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）又は「保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第496号）により算定する。
 - (1) 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
 - (2) 厚生労働大臣が定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条に規定する評価療養を受ける患者
 - (3) 臓器移植を受ける患者であって、医科点数表のうち次の区分番号の点数を算定するもの
 - ア K014 皮膚移植術（生体・培養）
 - イ K014-2 皮膚移植術（死体）
 - ウ K514-4 同種死体肺移植術
 - エ K514-6 生体部分肺移植術
 - オ K605-2 同種心移植術
 - カ K605-4 同種心肺移植術
 - キ K697-5 生体部分肝移植術
 - ク K697-7 同種死体肝移植術
 - ケ K709-3 同種死体膵移植術
 - コ K709-5 同種死体膵腎移植術
 - サ K780 同種死体腎移植術
 - シ K780-2 生体腎移植術
 - ス K922 造血幹細胞移植
 - (4) 医科点数表のうち次の区分番号の点数を算定する患者
 - ア A106 障害者施設等入院基本料
 - イ A306 特殊疾患入院医療管理料
 - ウ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - エ A308-3 地域包括ケア病棟入院料
 - (1) 地域包括ケア病棟入院料1及び2
 - (2) 地域包括ケア入院医療管理料1及び2（当該区分番号を算定する前に当該病院の一般病棟（同アからウまで、エの(1)及びオからキまでを算定していた患者を除く。）に入院していた患者を除く。）
 - オ A309 特殊疾患病棟入院料
 - カ A310 緩和ケア病棟入院料
 - キ A400 短期滞在手術等基本料（3を除く。）
 - (5) 算定告示第1項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者に該当する患者
 - (6) 算定告示第4項の規定に基づき医師又は歯科医師の員数が医療法（昭和23年法律205号）

第21条第1項第1号又は第22条の2第1号の規定により有しなければならないこととされている員数に100分の70を乗じて得た数以下の病院の病棟に入院している患者

- 3 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。なお、診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

第2 診断群分類区分等について

1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は定義副傷病名の内容は、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成26年厚生労働省告示第90号）（以下「定義告示」という。）に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、定義副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。

なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示、診断群分類定義樹形図（別添1。以下「ツリー図」という。）及び診断群分類定義表（別添2。以下「定義テーブル」という。）に基づき診断群分類区分を判断すること。

- (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は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医が「疾病及び関連保健問題の国際統計分類ICD-10 2003年版準拠（以下、「ICD-10」という。）」から選択すること。

ただし、以下のICD-10については、選択しないこと。

- ・ 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確及び原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R040）、喀血（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）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

- (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されるものに限る。）も勘案した上で診断群分類区分の適用を判断すること。

- (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こと。

- (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、決定するに当たっては次の点に留意すること。

入院中に、定義告示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

診断群分類区分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」及び「手術・処置等2」のすべての項目において、ツリー図において、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。

- (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こと。
- (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、請求時に行うものとする。

2 診断群分類点数表の入院期間等

(1) 診断群分類点数表の入院期間

診断群分類点数表の入院期間は、定義告示に掲げられた入院日（日）に応じ、下記によるものとする。

- ① 入院期間Ⅰ：入院日Ⅰ以下の期間
- ② 入院期間Ⅱ：入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下の期間
- ③ 入院期間Ⅲ：入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下の期間

(2) 定義副傷病

- ① 定義副傷病は、手術あり・なし別に、定義テーブルの定義副傷病欄のフラグによるものとする。なお、フラグは以下のとおり定義する。
 - ア 手術あり・なし共通の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ1）
 - イ 手術なしの場合の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ2）
 - ウ 手術ありの場合の定義副傷病（定義副傷病欄フラグ3）
- ② 定義副傷病は、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（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである（疑い病名は除く。）

3 用語等

- (1) 「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。
- (2) 「GAF」はGlobal Assessment of Functioningの略である。
- (3) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分が適用される入院時の年齢等による。
- (4) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべての手術が実施された場合に該当するものとする。
- (5) 定義告示及び算定告示中の手術、処置等の定義は、次に掲げるものを除き、医科点数表の区分によるものとする。
 - ① 「化学療法」とは、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。
 - ② 「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。
- (6) 「電気生理学的検査」とは、医科点数表第2章第3部に掲げる検査において、保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分114(2)に掲げる保険医療材料を、「050070 頻脈性不整脈」では3本以上、「050210 徐脈性不整脈」では2本以上使用して実施した電気

生理学的検査をいう。

- (7) 「動注化学療法」とは、医科点数表第2章第6部に掲げる注射のうちG002動脈注射により化学療法を実施することをいう。
- (8) 手術あり又は手術なしにおける「手術」とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管管理料を除く。）の有無をいう。
- (9) 「全身麻酔」とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうちL007開放点滴式全身麻酔又はL008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。
- (10) 「メトトレキサート大量療法」とは、骨肉腫に対してメトトレキサート5g以上（バイアル換算で25本以上）投与する化学療法をいう。
- (11) 「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）神経根ブロック」、「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）腰部硬膜外ブロック」および「神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）仙骨部硬膜外ブロック」とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔に規定されるL100神経ブロック（局所麻酔剤またはボツリヌス毒素使用）に掲げる「1」の神経根ブロック、「2」の腰部硬膜外ブロックおよび「5」の仙骨部硬膜外ブロックをいう。
- (12) 060350急性膵炎における重症度等の「重症」とは、急性膵炎の重症度判定基準（2008年改訂）（厚生労働科学研究補助金難治性膵疾患克服研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究班）により重症（予後因子3点以上または造影CT grade 2以上）として判定される病態をいう。なお、重症度が判定できない「不明」の場合にあつては「軽症」の診断群分類により請求を行うこととする。
- (13) 定義告示において、慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロンβにおける「一定期間以上の投与に限る」とは、一入院期間中における7日以上の投与をいうものであり、連続7日以上の投与に限るものではない。

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

- (1) 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」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位を四捨五入するものとする。

- (2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱ（平成26年厚生労働省告示第91号）（以下「係数告示」という。）に定める基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱを合算したもの（医療機関別係数に小数点以下第5位がある場合には、小数点以下第5位を四捨五入するものとする。）とし、機能評価係数Ⅰの算定については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第1号）に基づき、地方厚生（支）局長に届出を行い、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から合算する。また、月の最初の開庁日

に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から合算する。なお、平成26年4月14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ものとする。

ただし、機能評価係数Ⅰの算定については、係数告示に定める病院のDPC算定病棟における医科点数表の届出に基づく診療料について算定することとし、DPC算定病棟以外の病棟における医科点数表の届出に基づく診療料については算定できないものとする。

なお、次に掲げる機能評価係数Ⅰの適用日は、他の機能評価係数Ⅰの適用日と取扱いが異なるので十分に留意すること。

① 地域医療支援病院入院診療加算の取扱い

区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、当該病院が月の初日に医療法第4条第2項の規定により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、月の途中に当該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すべての患者に対して加算することができる。

② 臨床研修病院入院診療加算の取扱い

区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、実際に臨床研修を実施している月に限り加算することができる。

③ データ提出加算

区分番号A245に掲げるデータ提出加算については、実際にデータを提出し、当該加算が算定可能な月に限り、加算することができる。

(3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、①に掲げる点数(②に掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

① 診断群分類点数表に含まれる費用

- ア 第1章第2部第1節 入院基本料
- イ 第1章第2部第2節 入院基本料等加算
- ウ 第1章第2部第4節 短期滞在手術基本料
- エ 第2章第1部 医学管理等の費用
- オ 第2章第3部 検査の費用
- カ 第2章第4部 画像診断の費用
- キ 第2章第5部 投薬の費用
- ク 第2章第6部 注射の費用
- ケ 第2章第7部第2節 薬剤料
- コ 第2章第8部第2節 薬剤料
- サ 第2章第9部 処置の費用
- シ 第2章第13部第1節 病理標本作製料

② ①に掲げる点数の費用から除かれる費用

- ア 入院基本料のうち、A100一般病棟入院基本料の注4重症児(者)受入連携加算から注7一般病棟看護必要度評価加算まで及び注12ADL維持向上等体制加算、A104特定

- 機能病院入院基本料の注5看護必要度加算及び注10ADL維持向上等体制加算、A105
専門病院入院基本料の注3看護必要度加算、注4一般病棟看護必要度評価加算及び注9
ADL維持向上等体制加算に掲げる費用
- イ 入院基本料等加算のうち、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、A208乳幼児加算・幼児加算からA213看護配置加算まで、A219療養環境加算
からA233-2栄養サポートチーム加算まで、A234-3患者サポート体制充実加算及びA23
6褥瘡ハイリスク患者ケア加算からA243後発医薬品使用体制加算までに掲げる費用
- ウ 短期滞在手術基本料のうち、A400短期滞在手術等基本料1及び短期滞在手術等基本
料2に掲げる費用
- エ 医学管理等の費用のうち、B000特定疾患療養管理料からB001-3-2ニコチン依存症管
理料まで及びB001-6肺血栓栓塞症予防管理料からB014退院時薬剤情報管理指導料まで
に掲げる費用
- オ 検査の費用のうち、D206心臓カテーテル法による諸検査、D295関節鏡検査からD32
5肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法まで及びD401脳室穿刺から
D419その他の検体採取までに掲げる費用
- カ 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通
則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003造影剤注入手技
(3のイ及びイの注に規定する血流予備能測定検査を実施する場合に限る。)に掲げる
費用
- キ 注射の費用のうち、区分番号G020無菌製剤処理料に掲げる費用
- ク 処置の費用のうち、区分番号J001熱傷処置(5に限る。)、J003局所陰圧閉鎖処置
(入院)、J010-2経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017エタノールの局所注入、J017-2リ
ンパ管腫局所注入、J027高気圧酸素治療(1に限る。)、J038人工腎臓からJ042腹
膜灌流まで、J045-2一酸化窒素吸入療法、J047カウンターショック、J047-2心腔内除
細動、J049食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2熱傷温浴療法、J054-2皮膚レーザ
ー照射療法、J062腎盂内注入、J122四肢ギプス包帯(5及び6に限り、既装着のギプ
ス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J123体幹ギプス包帯か
らJ128脊椎側弯矯正ギプス包帯まで(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切
割使用した場合を除く。)、J129治療装具の採型ギプス(4に限り、既装着のギプス
包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)並びにJ129-2練習用仮義足
又は仮義手(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038に掲げる人工腎臓(1及び2に
限る。)に当たって使用した保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に
掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用し
た薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区
分053までに掲げる材料に限る。)に係る費用
- ケ 病理標本作製料のうち、区分番号N003術中迅速病理組織標本作製に掲げる費用
- コ HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用
- サ 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第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及び乾燥人血

液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。)に係る費用

(4) 特定入院料の取扱い

医科点数表に掲げる特定入院料のうち、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又はA307小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表4から6の表の右欄に掲げる点数を加算する。なお、当該点数を算定する際の包括範囲は、(3)に定める範囲とし、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は、次に掲げるものとする。

① A300救命救急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

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- エ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- オ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

② A301特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
- エ A232 がん診療連携拠点病院加算
- オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

③ A301-2ハイケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
- エ A232 がん診療連携拠点病院加算
- オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

④ A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

- ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
- エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- オ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- カ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- キ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑤ A301-4小児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ウ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - エ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑥ A302新生児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ウ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - エ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑦ A303総合周産期特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - エ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - オ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑧ A303-2新生児治療回復室入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ウ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - エ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑨ A305一類感染症患者入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - エ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑩ A307小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑪ A307小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑫ A307小児入院医療管理料5を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 - ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
 - カ A231-4 摂食障害入院医療管理加算
 - キ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ク A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ケ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - コ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

(5) 短期滞在手術等基本料3の算定対象となる患者の取り扱い

入院5日以内に次の表の左欄に掲げる手術・検査を行う患者であって、同表の右欄に掲げる診断分類番号に該当する場合は、診断群分類点数表による算定の対象外となり、区分番号A400に系げる短期滞在手術等基本料3により算定する。

区分番号	手術・検査名	診断群分類番号
ア D237	終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合	030250xx991xxx
イ D237	終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	030250xx991xxx
ウ D237	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合	010230xx99x00x 010300xxxxxxxx 030250xx991xxx 170040xxxxxxxx
エ D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	080270xxxx1xxx
オ D413	前立腺針生検法	110080xx991xxx

			110200xx99xxxx
カ	K 0 0 8	腋臭症手術 2 皮膚有毛部切除術	全ての診断群分類
キ	K 0 9 3 - 2	関節鏡下手根管開放手術	全ての診断群分類
ク	K 1 9 6 - 2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	全ての診断群分類
ケ	K 2 8 2	水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの	全ての診断群分類
コ	K 2 8 2	水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	全ての診断群分類
サ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	全ての診断群分類
シ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	全ての診断群分類
ス	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）	全ての診断群分類
セ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	全ての診断群分類
ソ	K 6 3 3	ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア	全ての診断群分類
タ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（腹膜、後 腹膜、腸間膜、網膜）	全ての診断群分類
チ	K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2 センチメートル未満	全ての診断群分類
ツ	K 7 2 1	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2 センチメートル以上	全ての診断群分類
テ	K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む） 2 硬化療法（四段階 注射法によるもの）	全ての診断群分類
ト	K 8 6 7	子宮頸部（腔部）切除術	全ての診断群分類
ナ	K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	全ての診断群分類

ただし、当該手術・検査を入院5日以内に実施した場合であっても、下記に該当する場合は、診断群分類点数表による算定の対象となるので留意すること。

ア 該当する診断群分類番号以外で実施した場合

イ 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）の「A400短期滞在手術等基本料」の規定に基づき、短期滞在手術等基本料3が適用されない場合

(6) 入院日Ⅲを超えた場合の取扱い

入院期間が診断群分類点数表に掲げる入院日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。

ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る）に対して、診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料及び当該薬剤に関する医科点数表に掲げる第2章第5部投薬、同章第6部注射（「G020 無菌製剤処理料」の費用を除く）の費用は算定することはできない（当該悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する医科点数表に掲げる第2章第5部投薬、同章第6部注射の費用は算定することができる。）。

なお、「化学療法等を実施された」診断群分類とは、次のいずれかに該当する診断群分類

をいう。

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」）に係る診断群分類（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類を含む。）
- ② ①以外であって、特定の薬剤名（成分名）を冠する診断群分類（②の場合にあっ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。）

この際、入院期間Ⅲを超えた日以降に算定できない「抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料」とは、①に該当する診断群分類にあっては、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（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」に定義される薬剤）に係る薬剤料であり、②に該当する診断群分類にあっては、明示された薬剤（ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。）に係る薬剤料である。

上記以外の薬剤（例：糖尿病に係る薬剤料）については別に薬剤料を算定することができる。

(7) 外泊の取扱い

- 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%を算定するが、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ものとする。

(8) 同一傷病での再入院に係る取扱い

- ① D P C算定対象となる病床に入院していた患者（地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床において診断群分類点数表によって算定する患者を含む）が、当該病床より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にD P C算定対象となる病床（地域包括ケア入院医療管理料を算定する一般病棟の病床を含む。）に再入院（D P C算定対象とならない病床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」という。）した場合について、直近のD P C算定対象となる病床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」の診断群分類番号の上2桁が同一である場合（以下、「同一傷病」という。）、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない（D P C算定対象とならない病床への転棟期間は入院期間として算入する）。

また、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上2桁コードが異なり同一傷病の一連の入院に該当しないにも関わらず、直近の入院の際の「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」の診断群分類番号上2桁が同一である場合は、再

入院の際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

② 予め当該病院に再入院することが決まっております、再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍患者に対する化学療法（第2の3の(5)の①に掲げる化学療法に係る診断群分類（「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。））に該当する場合は、①に該当する場合でも同一傷病での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とは見なさない。当該規定を適用する場合については、化学療法の実施日（予定日）及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

(9) 同一傷病による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見なした日数を限度日数とすること。

(10) 地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合等の取り扱い

DPC算定対象となる病棟から地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室（一般病棟に限る。）に転室した場合、第2の2の(1)の③に掲げる診断群分類点数表に定める入院期間Ⅲまでの期間は、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。なお、診断群分類点数表で算定する期間は、地域包括ケア入院医療管理料を算定することはできない。

また、DPC算定対象となる病棟に入院していた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を算定する病室に再入院（転室）する場合は、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号の上6桁を決定し診療報酬明細書の摘要欄に記載することとし、当該診断群分類番号に基づき（8）の規定に該当する場合は、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。

なお、（8）の規定に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への当該再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容および経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(11) 退院時処方取扱い

医療資源を最も投入した傷病名及び診断群分類の決定に当たり、退院時処方（退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。以下同じ。）した場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

ただし、その場合において、別に薬剤料のみを算定することができる。

(12) 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診取扱い

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こと。

なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

(13) 医療法に規定する医師等の員数を満たさない場合の取扱い

医師等の員数が医療法で有することとされている医師等の員数の100分の70以下となった

場合は、当該月の翌月から医科点数表により算定すること。また、医師等の員数が100分の70以上となった場合は、当該月の翌月から診断群分類点数表により算定すること。

なお、診断群分類点数表により算定することとなった場合の入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

- (14) 診断群分類番号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DICであるか否かについて、よりの確な診療報酬明細書審査を行うため、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。

- ・DICの原因と考えられる基礎疾患
- ・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
- ・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を含む。）及び検査値等の推移

- (15) 診断群分類点数表等による診療報酬の算定方法

対象患者の診療報酬は、(1)から(14)により算定する。

なお、入院時食事療養費に係る食事療養の費用については、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準により算定する。

2 診療報酬の調整等

- (1) 各月における費用の算定時に適用した診断群分類区分と退院の日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）へ転棟した日の前日、入院日Ⅲを超えた日の前日、その他診断群分類点数表等による診療報酬の算定から医科点数表による算定に変更した日の前日を含む。以下同じ。）に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日に適用した診断群分類区分に基づいて算定した入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額と、入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額の差を、退院の日を含む月の費用の請求において調整する。

- (2) 診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い

- ① 入院当初は診断群分類区分に該当すると判断され、診断群分類点数表等により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当しないと判断された場合には、その日より医科点数表により診療報酬を算定するものとする。
- ② 入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断され、医科点数表により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、その日より診断群分類点数表等により診療報酬を算定するものとする。
- ③ ①の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、②の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

- (3) 転棟した場合等の取扱い

- ① 対象外病棟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ものとする。この場合において、対象外病棟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 対象外病棟から一般病棟に転棟し、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、一般病棟から対象外病棟に転棟し、その後、一般病棟に再転棟した場合についても同様の取り扱いとする。ただし、1の(8)に該当する場合はこの限りではない。

③ 入院途中に評価療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

(4) 同一傷病名での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し、上記(1)～(3)に準じて取り扱うこと。

3 その他

(1) 外泊及び転棟した場合等の取扱いについては、適切に取り扱われるよう十分に留意すること。

(2) 入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない(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については、当該特別な理由を診療録に記載すること。)

第4 その他

1 経過措置

(1) 係数告示別表第一に掲げる病院の一般病棟について、同年2月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算定告示別表17の診断群分類点数表に掲げる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、退院の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、この場合において、入院期間の起算日は入院の日とする。

(2) 改正前の医科点数表A308-2亜急性期入院医療管理料の規定については、平成26年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。

(3) 改正前の医科点数表A301-2ハイケアユニット入院医療管理料の規定については、平成27年3月31日までの間、なおその効力を有するものとする。この場合において、改正前の算定告示別表の4中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,488点」とあるのは「2,561点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表5中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,688点」とあるのは「2,761点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表6中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,750点」とあるのは「2,823点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)3,008点」とあるのは「3,081点」とする。