

D P Cの基礎知識

令和4年4月版

社会保険研究所

目 次

DPCの概要	5
1 診断群分類とは	5
2 DPC／PDPS導入の背景	8
3 対象となる医療機関・病棟	8
4 対象となる患者・対象とならない患者	15
「ツリー図」・「定義テーブル」による診断群分類区分の決定	31
1 包括評価の対象となる診断群分類（診断群分類区分）	31
2 包括評価の対象とならない診断群分類	32
3 傷病名の決定	37
4 「ツリー図」と「定義テーブル」を用いて診断群分類区分を決定	40
診断群分類番号の構成	42
1 疾患コード（「①MDC」・「②コード（各MDCにおける傷病の細分類）」）	43
2 「③病態等分類」	44
3 「④年齢・出生時体重等」	44
4 診療行為（「⑤手術」・「⑥手術・処置等1」・「⑦手術・処置等2」）	47
5 「⑧定義副傷病」	51
6 「⑨重症度等」	52
診療報酬額の算定方法	54
1 「所定点数」に包括されるもの	55
2 入院期間に応じた点数の設定（入院期間により点数が変わる）	64
3 医療機関別係数（医療機関によって点数が変わる）	70
4 特定入院料の取扱い	82
5 所定点数が減算される場合の取扱い	90
6 診断群分類区分等に変更があった場合等の取扱い	92
7 同一傷病等での再入院にかかる取扱い	96
8 その他の注意点	102
診療報酬額の請求とレセプトの記載	109
1 「包括評価部分」欄の記載要領	111
2 DPCレセプト記載要領の一般的事項	117
3 DPCレセプトの各欄の記載方法	118
4 コーディングデータの提出	127
5 DICの症状詳記	128
6 明細領収証の発行	129
参 考 地域医療指数における体制評価指数の詳細	130
付録1 各種ツールについて	133
付録2 医療機関群別基礎係数、医療機関別機能評価係数Ⅱ・激変緩和係数	134
付録3 令和4年度診療報酬改定の概要 DPC／PDPS（抜粋）	151

DPCの概要

DPCとは、日本独自の「診断群分類」を意味する「Diagnosis Procedure Combination」の略称で、「診断と処置（手術，検査等）を組み合わせたもの」という意味になります。

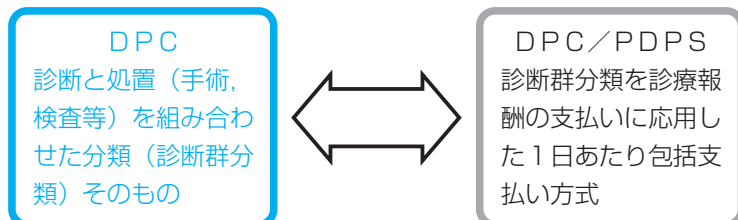
なお、「DPC」という呼称については、これまで「診断群分類にもとづく1日あたり定額報酬算定方式」を意味する場合と、患者分類としての「診断群分類」を意味する場合とが混在していました。本来DPCは「診断群分類」の意味で作られた単語であったため、平成22年12月に両者の使い分けを明確にすべく、「診断群分類にもとづく1日あたり定額報酬算定方式」については、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）という略称とするよう整理されました。

Diagnosis Procedure Combination

「Diagnosis」は「診断」，「Procedure」は「処置（手術，検査等）」，「Combination」は「組み合わせ」という意味。

Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System

「Per-Diem」は「1日あたり」，「Payment System」は「支払い方式」という意味。



1

診断群分類とは

●診断群分類の歴史

診断群分類は、1968年（昭和43年）の米国エール大学における、一般産業でいうQC活動を医療に応用するための研究に端を発しています。その後各国でさまざまな形で応用されているこの米国で開発された診断群分類は、「DRG；Diagnosis Related Group」とよばれています。

当時の米国における診断群分類の開発の背景として、病院管理者は、病院の運営のむだを省いて生産性を向上させ

QC活動

QCはQuality Control（品質管理）の略称。個々の職場において品質の向上や業務の効率化・改善に取り組む活動をいう。

るために、ほかの病院の治療方法やコストを自分の病院と比較し、どこを改善しなければいけないのかを知る必要にせまられていました。しかし、患者の治療に使ったマンパワー量、医薬品や医療材料の量、入院日数、必要とするさまざまな費用などのデータを病院から集めて比較研究するためには、どうしても共通の条件を設定できるような指標が必要でした。そこで、その指標として、臨床的な診断にくわえて人的資源や物的資源など医療資源の必要度から、各患者を統計上意味のある分類に整理する方法が開発されました。これがDRGで、臨床的な類似性と資源消費の均質性から患者を分類する方法といえます。

以来、DRGという考え方は、世界各国でそれぞれの国の実態にあった形で採用されています。

●診断群分類の医療費支払い方式への活用

DRGはそもそも病院マネジメントの指標として開発されたもので、医療費の支払いとは無関係でした。しかし、DRGには資源消費の均質性という特徴があるため、1983年（昭和58年）には米国において、メディケアの入院医療費の支払い方式として採用されました。これがDRG／PPSといわれるもので、診断群分類ごとの包括支払い方式を意味します。

平成10年には、日本においても独自に診断群分類を開発し、その診断群分類を医療費の支払い方式に採用しました。これが1入院あたりの包括払いである「急性期入院医療の定額払い方式の試行」（日本版DRG／PPS）で、平成10年11月から試行されました。その後、診断群分類の改良等を行い、包括支払い方式も「1日あたり」として、平成15年から特定機能病院等に導入されたのが、現行のDPC／PDPSです。

メディケア

65歳以上の高齢者、障害年金受給者および慢性腎不全患者などを対象とした米国の公的医療保険制度。

PPS

Prospective Payment Systemの略称で、あらかじめ支払額を決めておく方式のこと。

DRGとDPC

日本独自の診断群分類は、米国で開発されたDRGと構造等が異なることから、DPCという名称とされた。

〈日本における診断群分類を活用した医療費支払い方式の変遷〉

Version	開始時期	対象医療機関		MDC数	分類 総数	包括対象 分類数	支払い方式	ICD	
1	平成10年11月	10国立病院等	定額払い試行	13	270	183	1入院あたり (日本版DRG／ PPS)	9	
2	平成13年4月	10国立病院等 5国立病院等 54民間病院 1特定機能病院	定額払い試行 定額払いをと もなわない調 査協力	15	532	267		1日あたり (DPC／ PDPS)	10
3	平成15年4月	82特定機能病院等		16	2,552	1,860			
4	平成16年4月	82特定機能病院等 62試行的適用病院		16	3,074	1,726 (平成17年7月 から1,717)			
5	平成18年4月 (平成18年5～7月)	195DPC対象病院 (360病院まで拡大)		16	2,347	1,438			
6	平成20年4月 (平成20年7月) (平成21年4月) (平成21年7月)	534DPC対象病院 (718病院まで拡大) (1,052病院まで拡大) (1,284病院まで拡大)		18	2,451	1,572			
7	平成22年4月 (平成22年7月) (平成22年8月) (平成23年4月)	1,334DPC対象病院 (1,391病院まで拡大) (1,390病院) (1,449病院まで拡大)		18	2,658	1,880 (平成22年6月 から1,875)			
8	平成24年4月	1,505DPC対象病院		18	2,927	2,241			
9	平成26年4月	1,585DPC対象病院		18	2,873	2,309			
10	平成28年4月	1,667DPC対象病院		18	4,918	4,244 (支払い分 類2,410)			
11	平成30年4月	1,730DPC対象病院		18	4,955	4,296 (支払い分 類2,462)			
12	令和2年4月	1,757DPC対象病院		18	4,557	3,990 (支払い分 類2,260)			
13	令和4年4月	1,764DPC対象病院		18	4,726	4,064 (支払い分 類2,334)			

* MDCについては、43頁参照。

* 診断群分類はVersion13が最終形というわけではなく、適宜見直しが行われ、必要に応じて改正される。

急性期入院医療の定額払い方式の試行

平成10年11月から、10国立病院等（当時の8国立病院・2社会保険病院）において行われた「急性期入院医療の定額払い方式の試行」は、試行期間である5年を超えたのち約半年間の延長を経て、平成16年3月に終了した。なお、「急性期入院医療の定額払い方式の試行」の対象であった当時の10国立病院等のうち、国立豊橋病院（平成17年3月に独立行政法人国立病院機構豊橋医療センターへ統合）を除くすべての病院が、平成16年4月からのDPCの試行的適用病院を経て、平成18年4月にDPC対象病院となった。

2

DPC／PDPS導入の背景

現行の診療報酬体系は、昭和33年に構築され、その基本的特徴は診療行為ごとの出来高払い方式です。その後60年以上が経過し改定を重ねるなか、点数項目は大幅に増加・複雑化してきています。さらに、現在の診療報酬体系には、

- ① 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、検査・投薬等の量的拡大のインセンティブがはたらく。
 - ② 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分でない（平均在院日数の長さ、医療機関の機能分化の不十分さ等の医療提供体制の課題とも密接に関係）。
 - ③ 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分でない。
- など、いくつかの問題点が存在していると指摘がなされました。

DPC／PDPSは、このような診療報酬体系を見直そうという取り組みのなかで導入されたもので、医療の効率化・透明化などに役立つと考えられています。

現在、DPC／PDPSの対象となる病床の割合は、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約85%となっています。

3

対象となる医療機関・病棟

DPC／PDPSの対象となる医療機関および病棟は、DPC対象病院として告示された病院の一般病棟です。

具体的なDPC対象病院名は、「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、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数」の「別表第一」から「別表第三」までに掲げられています（134頁参照）。また、DPC対象病院以外でDPC／PDPSの適用を希望する病院は、DPC準備病院として位置づ

けられています。

DPC対象病院は、DPC／PDP Sにより費用を算定する旨を院内に掲示し、入院患者等に対して診療報酬の算定方法等について十分に説明します。また、入院患者等に対して診療計画を説明する際には、診断群分類区分の名称等を説明することが望ましいとされています。

なお、領収証の交付にあたっては、患者からDPC／PDP Sによる包括算定について明細書の発行を求められた場合は、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（厚生労働省保険局長通知）により取り扱うこととされており、原則として、入院中に使用され医薬品および行われた検査の名称を明細書に付記することとされています（129頁参照）。

●DPC対象病院の基準

- ① 医科点数表のA100一般病棟入院基本料について、急性期一般入院基本料にかかる届出を行っていること、またはA104特定機能病院入院基本料（一般病棟）もしくはA105専門病院入院基本料について、7対1入院基本料もしくは10対1入院基本料の届出を行っていること。また、A205救急医療管理加算の基準を満たしていることが望ましい。
- ② 医科点数表のA207診療録管理体制加算にかかる届出を行っていること。なお、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。
- ③ **DPC調査**に適切に参加し、入院診療および外来診療データを提出すること。
- ④ ③の調査において、適切なデータを提出すること。かつ、その調査期間1月あたりの（**データ／病床**）比が0.875以上であること。
- ⑤ 適切なコーディングに関する委員会（**コーディング委員会**）を設置し、年4回以上開催しなければならない（開催月と同月内に2回以上開催した場合、2回目以降の開催は基準である4回には含めない）。コーディング委員会は毎月開催することが望ましく、開催時には「**DPC／PDP S傷病名コーディングテキスト**（厚生労働省保険局医療課）」を活用することが望ましい。

病院内のほかの委員会で、目的および構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、その委員会をコーディング委員会とみなすことができる。ただし、その委員会の設置規程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について、年4回以上委員会を開催しなければならない。また、その委員会はコーディング委員会と同様、毎月開催することが望ましい。

DPC調査

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第5項第三号の規定により実施される調査のことで、患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される「退院患者調査」と随時実施される「特別調査」がある。

(データ／病床) 比

以下の①を②で除して得た数のこと。

① データ数

「退院患者調査」の調査期間中において、算定告示に定める診断群分類点数表による算定対象病床に入院していた患者の提出データ数（診断群分類点数表による算定対象外患者（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（厚生労働省告示）に定める患者を除く）のデータ等は除外）

② 病床数

当該病院の病床のうち、次の届出を行っている病床の病床数を合算したもの。

- ・ A100一般病棟入院基本料, A104特定機能病院入院基本料（一般病棟）, A105専門病院入院基本料, 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

コーディング委員会

標準的な診断および治療方法について院内で周知徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定）を行う体制確保を目的として設置するもので、診療報酬の多寡に関する議論を行う場ではない。コーディングに関する責任者のほかに少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師および診療録情報を管理する部門または診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とし、実症例を扱う際にはその症例に携わった医師等の参加が求められる。

診療記録管理者とは、診療情報の管理、ICD-10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

DPC／PDPS傷病名コーディングテキスト

令和4年4月作成の第5版が公表されているが、社会保険研究所発行の「診断群分類点数表のてびき」に全文が掲載されている。

●DPC制度への参加

DPC制度への参加とは、DPC対象病院として告示されることをいいます。

DPC制度に参加できる病院は、DPC準備病院であって、DPC制度への参加の届出を行う時点で、「DPC対象病院の基準」（9頁参照）をすべて満たしている病院です。なお、「DPC対象病院の基準」の④については、診療報酬改定に使用する病院のデータ（その病院が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で判断されます。

4

対象となる患者・対象とならない患者

包括評価による算定の対象となる患者は、DPC対象病院の一般病棟に入院している患者であって、「診断群分類点数表」（33頁参照）にある診断群分類区分（4,064分類）に該当する患者です。ただし、次に該当する場合は、対象外となります。

当該病院に入院後、24時間以内に死亡した患者または生後1週間以内に死亡した新生児	
評価療養または患者申出療養をうける患者	
臓器の移植術をうける患者で、右記の医科点数表の区分番号の点数を算定するもの	K014 皮膚移植術（生体・培養）
	K014-2 皮膚移植術（死体）
	K514-4 同種死体肺移植術
	K514-6 生体部分肺移植術
	K605-2 同種心移植術
	K605-4 同種心肺移植術
	K697-5 生体部分肝移植術
	K697-7 同種死体肝移植術
	K709-3 同種死体脾移植術
	K709-5 同種死体脾腎移植術
	K709-6 同種死体脾島移植術
	K716-4 生体部分小腸移植術
	K716-6 同種死体小腸移植術
	K780 同種死体腎移植術
	K780-2 生体腎移植術
	K922 造血幹細胞移植
右記の入院基本料、特定入院料または短期滞在手術等基本料を算定する患者	A106 障害者施設等入院基本料
	A306 特殊疾患入院医療管理料
	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
	A308-3 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料1から4までおよび地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する直前に療養に要する費用の額を診断群分類点数表により算定していた患者を除く）
	A309 特殊疾患病棟入院料
	A310 緩和ケア病棟入院料
	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）
厚生労働大臣が別に定める者	

① 次の検査、手術または放射線治療を受ける患者

- ・ 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」眼内法および「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「ロ」胸腔鏡下によるもの
- ・ K616-7 ステントグラフト内挿術（シャント）
- ・ 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」超低位前方切除術および「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 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
- ・ 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）

② 次の表に掲げる薬剤を投与される患者（薬剤ごとに各欄に掲げる診断群分類番号にかかるものに限る）

1	<p>セトロレリクス酢酸塩</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という）第68条の2の規定により公表された注意事項等情報をいう。以下同じ）として公表された効能または効果および用法または用量（平成18年4月20日に、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第1条の規定による改正前の薬事法（以下「旧薬事法」という）第14条第1項（旧薬事法第19条の2第5項において準用する場合を含む。以下同じ）の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>120250xx99x0xx 120250xx97x0xx</p>
	<p>セトロレリクス酢酸塩</p> <p>医薬品医療機器等法第14条第15項の規定による承認事項の一部変更の承認の申請であって、その申請書に添付しなければならない資料について、当該申請にかかる事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由があ</p>

	<p>る場合において、その申請者の依頼により実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行うことが適当と認められるものとして薬事・食品衛生審議会（厚生労働省設置法（平成11年法律第97号）第11条第1項に規定する薬事・食品衛生審議会をいう。以下同じ）が令和4年4月1日に事前の評価を終了したものにかかる用法または用量の変更について承認されたものに限る。</p> <p>120250xx99x0xx 120250xx97x0xx</p>
2	<p>タダラフィル</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（平成19年7月31日に、旧薬事法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>11022xxx01xxxx</p>
3	<p>ガニレリクス酢酸塩</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（平成20年7月16日に、旧薬事法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>120250xx99x0xx 120250xx97x0xx</p>
4	<p>ソマブシタン（遺伝子組換え）</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年1月22日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>100250xx99x00x 100250xx99x10x</p>
5	<p>ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年3月23日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>120250xx99x0xx 120250xx97x0xx</p>
6	<p>ウパダシチニブ水和物</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年5月27日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された効能または効果および用法または用量の変更について承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>080140xxxxx0xx</p> <p>ウパダシチニブ水和物</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年8月25日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された効能または効果および用法または用量の変更について承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>080050xxxxxxxxx</p> <p>ウパダシチニブ水和物</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年9月27日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>080050xxxxxxxxx</p>
7	<p>インコボツリヌストキシンA</p> <p>当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能または効果および用法または用量（令和3年6月23日に、医薬品医療機器等法第14条第15項の規定により、既に承認された効能または効果および用法または用量の変更について承認されたものに限る）にかかるものに限る。</p> <p>すべての診断群分類番号</p>
8	<p>フィルグラスチム（遺伝子組換え）</p>

2

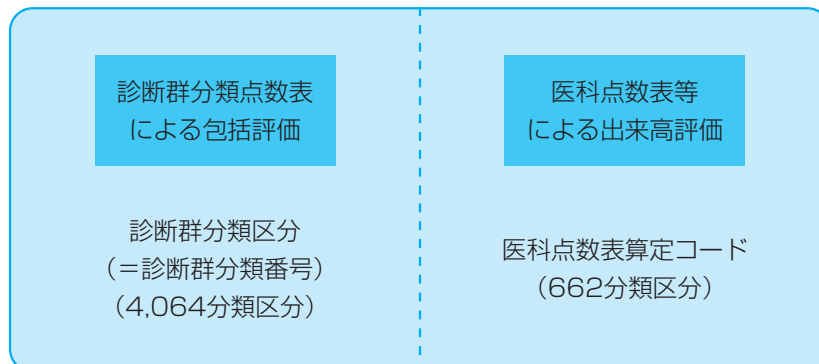
包括評価の対象とならない診断群分類

包括評価の対象とならない診断群分類に該当する場合は、出来高の点数表により算定することとなるため、その診断群分類について算定告示上の規定はありません。これらの診断群分類は、「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」に添付されている「ツリー図」（34頁参照）および「定義テーブル」（34頁参照）により求められます。

「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、処置等または定義副傷病の有無等に応じた分岐およびその分岐ごとに設定された14桁のD P Cコードで構成されています。D P Cコードのうち、診断群分類区分（4,064分類区分）に該当しない分岐の14桁コードを医科点数表算定コードといい、「ツリー図」にはD P Cコード全体の4,726分類区分が図示されています。

また、「定義テーブル」は、「ツリー図」における分岐の基準となるもので、D P Cコードの決定において必要な診療行為や副傷病等のすべてについて定義しています。

D P Cコード（4,726分類区分）



●診断群分類点数表・定義告示・ツリー図・定義テーブル

診断群分類点数表の「傷病名」や「手術名」等の各欄については、定義告示の対応する各欄により、対応する番号の範囲でその具体的内容が、傷病名等はICD-10、手術等は医科点数表の区分番号等で定義づけられています。34頁のツリー図と定義テーブルの関係も同様です。なお、本書では「診断群分類番号の構成」（42頁）の項を含め、同一の項目には同じ番号（例：「手術」は⑤）を付しています。

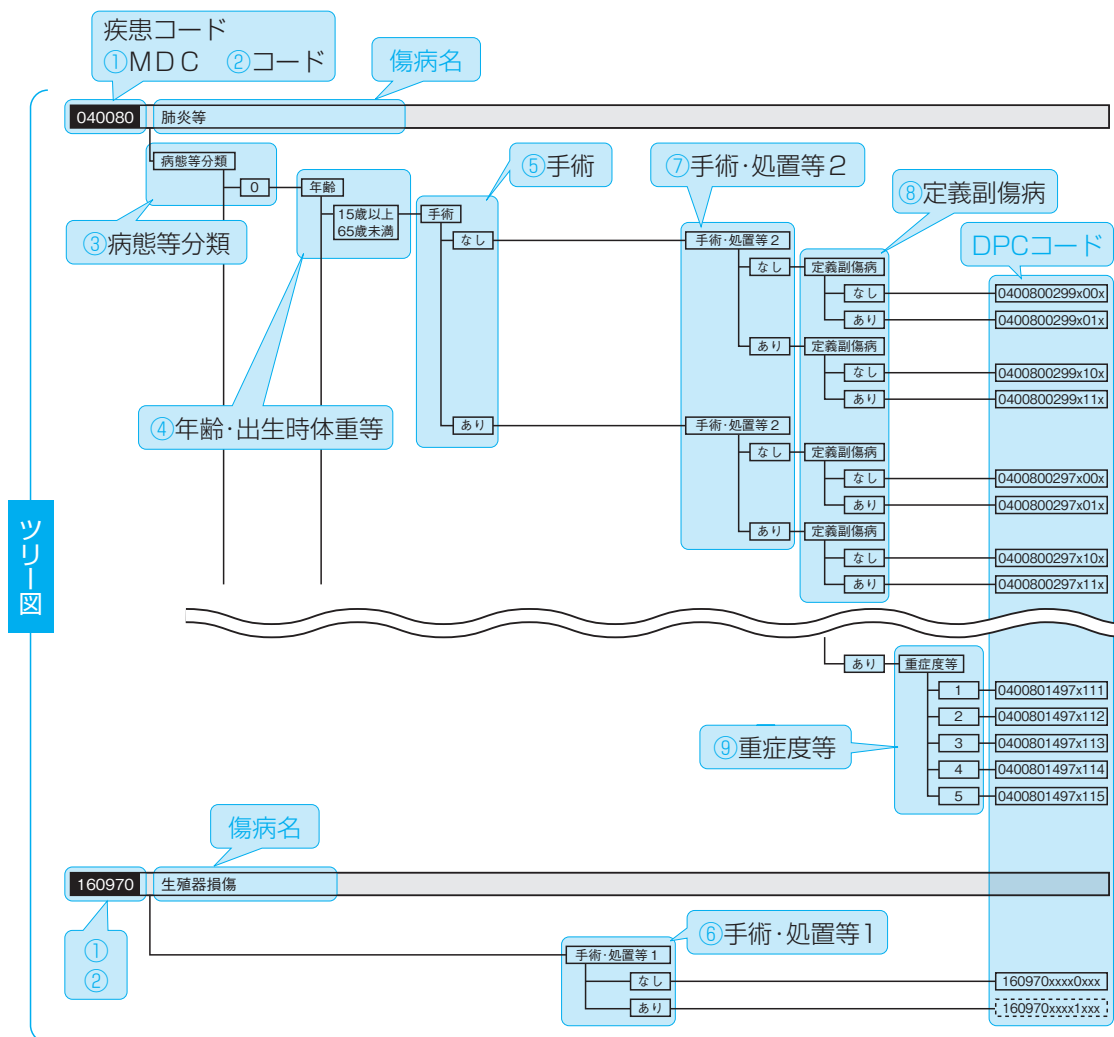
告示 番号	診断群 分類番号	傷病名・③・④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	入院日			点数		
								入院日（日）			点数（点）		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
2008	0400800299x00x	肺炎等（市中肺炎以外かつ15歳以上65歳未満）	なし		なし	なし		9	17	60	2,939	2,085	1,772
2009	0400800299x01x	肺炎等（市中肺炎以外かつ15歳以上65歳未満）	なし		なし	あり		9	17	60	2,939	2,085	1,772
2010	0400800299x10x	肺炎等（市中肺炎以外かつ15歳以上65歳未満）	なし		あり	なし		10	23	60	3,590	2,665	2,265
2011	0400800299x11x	肺炎等（市中肺炎以外かつ15歳以上65歳未満）	なし		あり	あり		10	23	60	3,590	2,665	2,265
2012	0400800297x00x	肺炎等（市中肺炎以外かつ15歳以上65歳未満）	あり		なし	なし		17	34	90	2,932	2,080	1,768
2171	0400801497x111	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	あり		あり	あり	A-DROP スコア1	14	27	90	3,066	2,175	1,849
2172	0400801497x112	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	あり		あり	あり	A-DROP スコア2	14	27	90	3,066	2,175	1,849
2173	0400801497x113	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	あり		あり	あり	A-DROP スコア3	14	27	90	3,066	2,175	1,849
2174	0400801497x114	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	あり		あり	あり	A-DROP スコア4	14	27	90	3,066	2,175	1,849
2175	0400801497x115	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	あり		あり	あり	A-DROP スコア5	14	27	90	3,066	2,175	1,849

* 「入院期間Ⅰ」とは、診断群分類番号ごとに入院日（日）のⅠの欄に掲げる日数までの入院期間
「入院期間Ⅱ」とは、診断群分類番号ごとに入院日（日）のⅠの欄に掲げる日数を超え入院日（日）のⅡの欄に掲げる日数までの入院期間
「入院期間Ⅲ」とは、診断群分類番号ごとに入院日（日）のⅡの欄に掲げる日数を超え入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数までの入院期間

診断群分類点数
表の「告示番号」
を示している。

告示 番号	疾患 コード	傷病名 ICDコード	⑤ 手術 区分番号等	⑥ 手術・処置等1 区分番号等	⑦ 手術・処置等2 区分番号等	⑧ 定義副傷病名 疾患コード
2008から 2175まで	040080	肺炎等	A370, A378, A379, A481, B012, B052, B371, B59, J13, J14, J15, J16, J17, J18		なし J045なし あり J045	あり 040190, 050130, 060391

「ツリー図」・「定義テーブル」による診断群分類区分の決定



- * DPCコードの囲み線が実線で示されているものは診断群分類区分（包括評価）
- * DPCコードの囲み線が点線で示されているものは医科点数表算定コード（出来高で算定）

医療資源を最も投入した傷病名

①② 傷病名		③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
診断群分類	医療資源を最も投入した傷病名	病態等分類	年齢・出生時体重等	手術	手術・処置等1	手術・処置等2	定義副傷病	重症度等
MDCコード	分類名	ICD名称	ICDコード	対症コード	対症コード	対症コード	対症コード	対症コード
04 0080	肺炎等	百日咳菌による百日咳 その他の百日咳菌属による百日咳	A370 A378	0 0 下記以外 1 1 15歳未満	手術なし 99 99 手術あり 97 97	手術なし 手術あり	1 1 人工呼吸 J045S	0 0 050190 060391
	百日咳、詳細不明	A379	2 2 15歳以上					1 1 A-DROP スコア
	レジオネラ菌（気管支炎）	A481	2 2 15歳以上					2 2 A-DROP スコア
	水痘肺炎	B012	3 3 65歳未満					3 3 A-DROP スコア
	麻疹、肺炎を合併したもの	B052	4 4 75歳未満					4 4 A-DROP スコア
	肺カンジダ症	B371						5 5 A-DROP スコア
	ニューモシステス症	B59						
	肺炎連鎖球菌による肺炎	J13						
	インフルエンザ菌による肺炎	J14						
	細菌性肺炎、他に分類されないもの	J15S						
	その他の感染性病原体による肺炎、他	J16S						
	に分類されないもの	J17S						
	肺炎、病原体不明	J18S						

「ツリー図」・「定義テーブル」等について

- ① 「定義テーブル」, 「定義告示」の傷病名等は ICD-10 (38頁参照) により, 診療行為は次のものを除き, 医科点数表における区分番号等により定義されている。このため, 「定義テーブル」では, 手術コードを「Kコード」で表記している。

〈医科点数表の区分番号等によらない定義〉

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 (当該入院中に処方されたものに限ることとし, 手術中の使用および外来または退院時に処方されたものは含まない) をいい, 抗生剤のみの使用および G-C S F 製剤, 鎮吐剤等の副作用にかかる薬剤のみの使用等は含まない。
放射線療法	医科点数表第2章第12部放射線治療 (MO05血液照射を除く) をいう。

- ② 「電気生理学的検査」とは, 医科点数表第2章第3部検査のうち, 特定保険医療材料の「体外式ペースメーカー用カテーテル電極」の「心臓電気生理学的検査機能付加型」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のことをいう。
- ③ 「動注化学療法」とは, 医科点数表第2章第6部注射のうち, G002動脈注射により化学療法を実施することをいう。
- ④ 「手術」とは, 医科点数表第2章第10部手術 (第13款手術等管理料および K920-2輸血管理料を除く) をいう。
- ⑤ 「全身麻酔」とは, 医科点数表第2章第11部麻酔のうち, L007開放点滴式全身麻酔および 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。
- ⑥ 「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 5 g 以上 (バイアル換算で25本以上) を投与する化学療法をいう。
- ⑦ 「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部麻酔のうち, L100神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用) の「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。
- ⑧ 「060350急性膀胱炎, 被包化壊死」における重症度等の「重症」とは, 急性膀胱炎の重症度判定基準 (2008年改訂) 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」の場合にあっては, 「軽症」の診断群分類区分を選択する。
- ⑨ 「定義テーブル」において使用されている略語は, 次のとおりである。

〈「定義テーブル」で使用されている略語〉

IFN- α	インターフェロン α	IL-2	インターロイキン2
IFN- β	インターフェロン β	PET	ポジトロン断層撮影
SPECT	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影		

- ⑩ 「定義告示」における慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロン β の「一定期間以上投与した場合に限る」とは, 「定義テーブル」では, 「7日以上投与した場合に限る」と表記されている (「定義告示」の「番号」の「2812」に規定する「慢性肝炎 (慢性 C 型肝炎を除く

診断群分類番号の構成

診断群分類区分は、傷病名や診療行為、副傷病等にもとづき細分化されたもので、14桁のコード（診断群分類番号）であらわされ、英数字と'x'からなっています。

【診断群分類番号（14桁）の構成】

05 0070 x x 99 1 0 0 x

疾患コード

①MDC②コード
(各MDCにおける傷病の細分類)

③病態等分類

0: 下記以外
1: 15歳未満
1: 15歳以上かつ市中肺炎

④年齢・出生時体重等

【年齢】

0: n歳以上 1: n歳未満

0: 0歳

1: 1歳以上15歳未満

2: 15歳以上65歳未満

3: 65歳以上75歳未満

4: 75歳以上

【出生時体重】

1: 2,500g以上

2: 1,500g以上2,500g未満

3: 1,000g以上1,500g未満

4: 1,000g未満

0: 2,500g以上

1: 2,500g未満

【JCS】

0: 10未満

1: 10以上

【Burn Index】

1: 10未満

2: 10以上

【GAF】

0: 40以上

1: 40未満

【脳卒中の発症時期, JCS】

0: 4日目以降, JCS 10未満

1: 4日目以降, JCS 10以上

2: 3日目以内, JCS 10未満

3: 3日目以内, JCS 10以上

【妊娠週数】

0: 34週以上

1: 34週未満

【分娩時出血量】

0: 2000ml未満

1: 2000ml以上

⑨重症度等

【手術等】

0: 片眼

1: 両眼

等

⑧定義副傷病

0: なし

1,2: あり

⑦手術・処置等2

0: なし

1: あり(2以降がある場合は「定義テーブルに定義された項目あり」)
2～9, A～C: 定義テーブルに定義された項目あり

⑥手術・処置等1

0: なし

1: あり(2以降がある場合は「定義テーブルに定義された項目あり」)
2～5: 定義テーブルに定義された項目あり

⑤手術

01～06: 定義テーブルに定義された手術あり

97: その他の手術あり(手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」)

99: 手術なし

x: 該当する分岐が「ツリー図」にない場合

1

疾患コード（「①MDC」・「②コード
（各MDCにおける傷病の細分類）」）

疾患コード
 ① ②
 05 0070 x x 99 1 0 0 x

疾患コードは、2桁の「①MDC」と4桁の「②コード（各MDCにおける傷病の細分類）」を組み合わせた6桁のコードであらわされています。「①MDC」は、MDCの18分類にそれぞれ対応する番号の'01'～'18'を用いてあらわされ、「②コード（各MDCにおける傷病の細分類）」は、それぞれのMDC内で独自に定められた4桁の数字です。上記に例示した「050070」は、MDC05循環器系疾患のうち頻脈性不整脈となります。

なお、疾患コードであらわされる傷病名は「定義テーブル」によりすべてICD-10で定義されています。

〈MDC一覧〉

MDC	MDC名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

MDC

Major Diagnostic Category
 の略称で、診断群分類を疾患分野ごとに大別した主要診断群のこと。現在18分類ある。

疾患コード

6桁目が'x'であらわされている場合は複数の疾患コードが含まれており、同じツリー図・定義テーブルを使用することとなる。

〈コード(各MDCにおける傷病の細分類)〉

MDC	コード	分類名
01	0010	脳腫瘍
01	0020	くも膜下出血、破裂 脳動脈瘤
01	0030	未破裂脳動脈瘤
⋮		
05	0060	心筋症（拡張型心筋症を含む。）
05	0070	頻脈性不整脈
05	0080	弁膜症（連合弁膜症を含む。）
⋮		

2

「③病態等分類」

05 0070 $\frac{x}{③}$ x 99 1 0 0 x

「③病態等分類」は、1桁の数字または「x」であらわされており、「x」は病態等分類の条件設定がないことを意味しています。令和4年4月時点で病態等分類が設定されているのは「040080肺炎等」のみで、「0」は「1」以外、「1」は「15歳未満」または「15歳以上かつ市中肺炎」を意味しています。

なお、「市中肺炎」へ該当するかどうかは、主治医の判断によりますが、参考として、市中肺炎に該当しないものの例が示されています。

〈市中肺炎に該当しないものの例（参考）〉

入院48時間以降に病院内で発症した肺炎	老人施設と長期療養施設で発症した肺炎
重篤な免疫抑制状態	慢性下気道感染症の急性増悪

3

「④年齢・出生時体重等」

05 0070 x $\frac{x}{④}$ 99 1 0 0 x

「④年齢・出生時体重等」には、年齢、出生時体重、JCS、Burn Index、GAF、脳卒中の発症時期・JCS、妊娠週数、分娩時出血量の8種類があり、1桁の数字または「x」であらわされています。現在、年齢は2区分または5区分、出生時体重は2区分または4区分、JCSは2区分、Burn Indexは2区分、GAFは2区分、脳卒中の発症時期・JCSは4区分、妊娠週数は2区分、分娩時出血量は2区分によりあらわされますが、年齢、出生時体重、JCS、Burn Index、GAF、脳卒中の発症時期・JCS、妊娠週数、分娩時出血量のいずれによる分岐も設定されていない診断群分類区分においては「x」であらわされます。

なお、「年齢」については、診断群分類区分の適用が開始される入院日等の年齢により判断します。「JCS」については、DPC算定対象となる病棟等への入院等の時点で該当するJCSにより判断しますが、入院等後にその病棟等で発症した傷病が、医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時に判断します。「脳卒中の発症時期・J

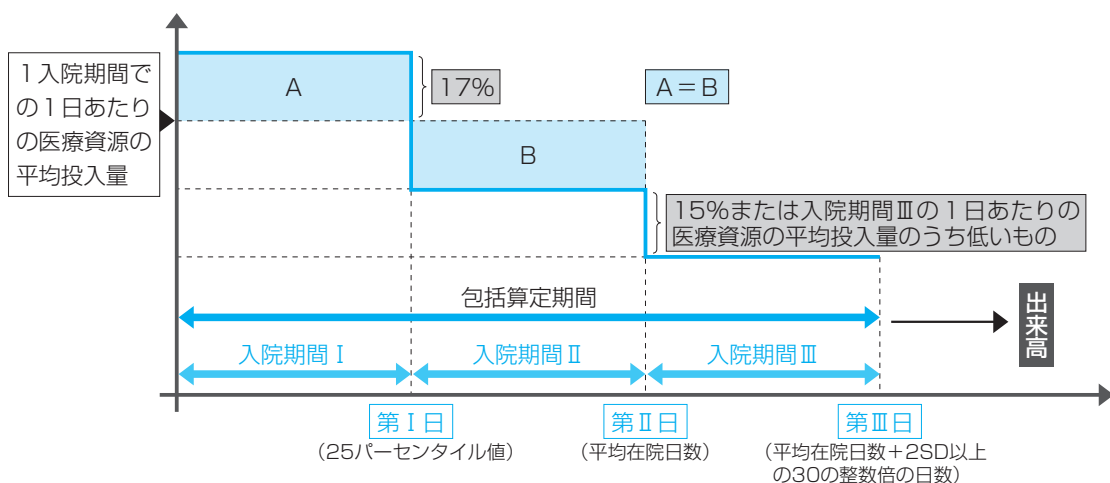
2

入院期間に応じた点数の設定（入院期間により点数が変わる）

包括評価部分は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価するという観点から、在院日数に応じた3段階の点数が、診断群分類区分ごとに設定されています。また、在院日数に応じた3段階の包括点数は、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、入院初期の医療資源の投入量にもとづいて決められています。

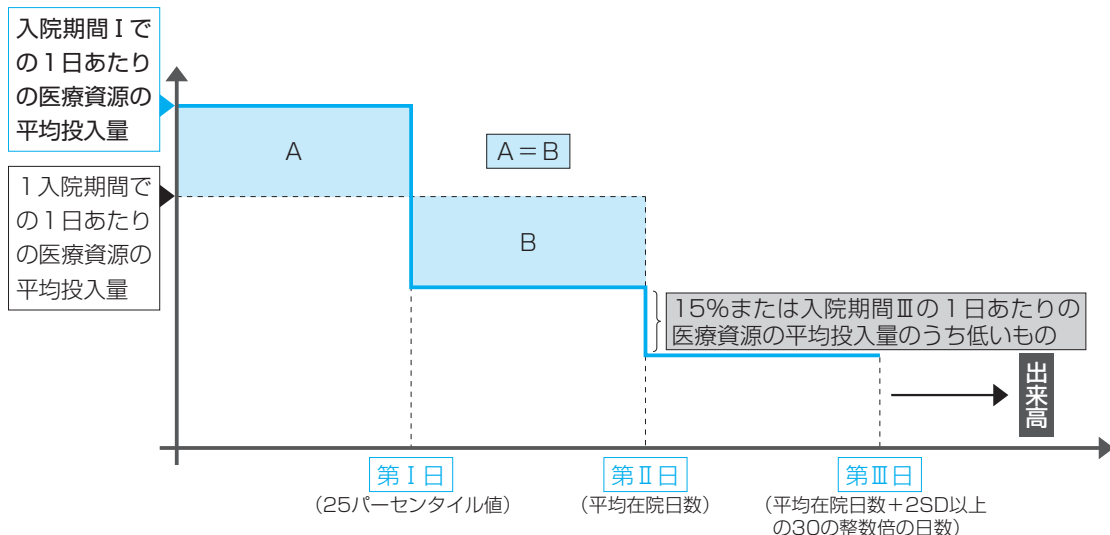
- ① 平均在院日数は、診断群分類区分ごとのもの。
- ② 「25パーセンタイル値」とは、診断群分類区分ごとの入院日数の短い患者上位25%までが含まれるという意味。

設定方法A 通常の場合



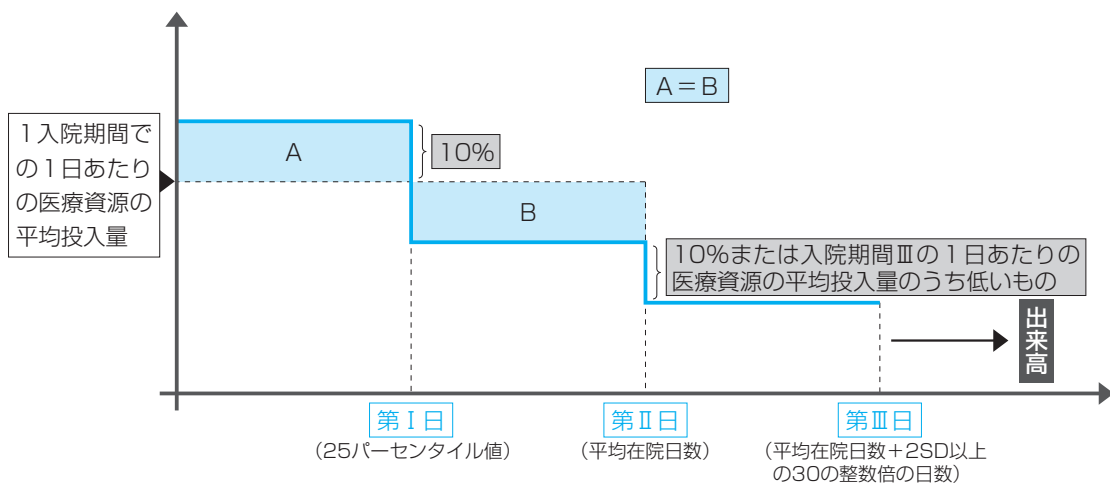
- 診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで（入院期間Ⅰ）は、1入院期間の平均点数に17%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%または入院期間Ⅲの平均点数のうち低いもので算定。

設定方法B 入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合



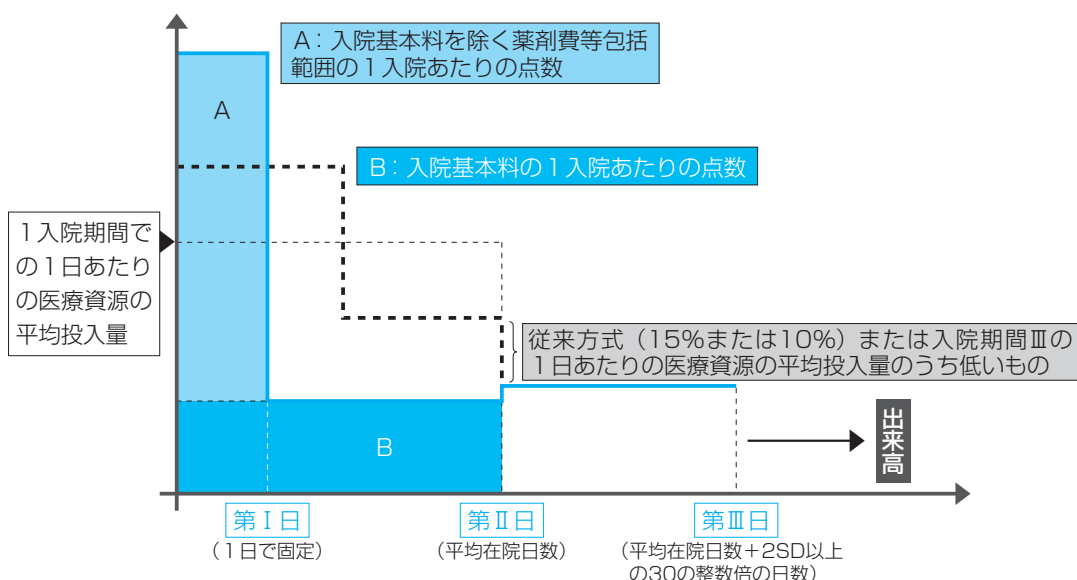
- 入院期間Ⅰは、入院期間Ⅰでの平均点数とし、平均在院日数を越えた日から前日の点数の85%または入院期間Ⅲの平均点数のうち低いもので算定。

設定方法C 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合



- 入院期間Ⅰは、1入院期間の平均点数に10%加算し、平均在院日数を越えた日から前日の点数の90%または入院期間Ⅲの平均点数のうち低いもので算定。

設定方法D 高額薬剤等にかかる診断群分類区分



- 入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰ(1日で固定)で算定し、平均在院日数までは入院基本料の1入院あたりの点数を算定。平均在院日数を超えた日からほかの設定方法と同等の点数を算定。

●「入院日Ⅲ」を超えた場合

「入院日Ⅲ」は、平均在院日数の2SD以上の30の整数倍の日数に設定されており、この「入院日Ⅲ」を超えた入院期間における診療報酬額については、出来高の点数表により算定します。ただし、悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施された患者に限る）に対して、診断群分類点数表に掲げる「入院日Ⅲ」までに化学療法等が実施されない場合は、「入院日Ⅲ」を超えた日以降もその患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料ならびにその薬剤にかかる医科点数表の第2章第5部投薬および第2章第6部注射の費用（G020無菌製剤処理料の費用を除く）を算定することができません。ただし、その抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤にかかる医科点数表の第2章第5部投薬および第2章第6部注射の費用は算定できます。

なお、「化学療法等を実施された」診断群分類区分とは、

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法にかかる診断群分類区分

SD

Standard Deviation（標準偏差）の略称で、データのバラツキを示す指標。あるデータ全体の平均値を中心として個々のデータがそこからどれだけ離れているかを示す。2SDはSDの2倍の意味。