

D P Cの基礎知識

令和8年6月版

社会保険研究所

目 次

第1章 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	16
第2章 診断群分類区分の決定	22
1 診断群分類区分について	22
2 診断群分類点数表・定義告示・ツリー図・定義テーブル	24
3 傷病名の決定	28
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	30
第3章 診断群分類番号の構成	33
1 疾患コード（「①MDC」・「②コード（各MDCにおける傷病の細分類）」）	34
2 「③病態等分類」	35
3 「④年齢・出生時体重等」	35
4 診療行為（「⑤手術」・「⑥手術・処置等1」・「⑦手術・処置等2」）	38
5 「⑧定義副傷病」	41
6 「⑨重症度等」	42
第4章 診療報酬額の算定方法	45
1 「所定点数」に包括されるもの	46
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）	55
3 医療機関別係数（医療機関によって点数が変わる）	61
4 特定入院料の取扱い	70
5 所定点数が減算される場合の取扱い	77
6 診断群分類区分等に変更があった場合等の取扱い	80
7 同一傷病等での再入院にかかる取扱い	83
8 その他の注意点	90
第5章 診療報酬額の請求とレセプトの記載	96
1 「包括評価部分」欄の記載要領	98
2 DPCレセプト記載要領の一般的事項	106
3 DPCレセプトの各欄の記載方法	108
4 DPCレセプトとコーディングデータの提出	116
5 DICの症状詳記	116
6 明細領収証の発行	117
資 料 厚生労働大臣が定める者／高額薬剤と検査	118
参 考 地域医療指数における体制評価指数の詳細	127
付録1 各種ツールについて	130
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，救急補正係数・激変緩和係数	131
付録3 令和8年度診療報酬改定について DPC／PDPS	150

第1章 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。

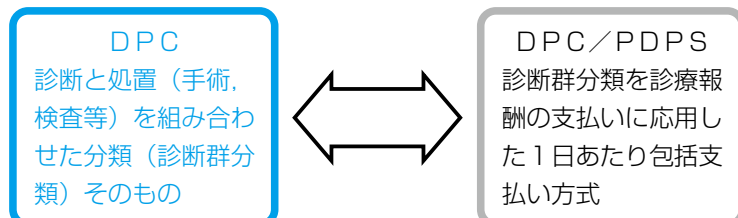
なお、「DPC」という呼称については、これまで「診断群分類にもとづく1日あたり定額報酬算定方式」を意味する場合と、患者分類としての「診断群分類」を意味する場合とが混在していました。本来DPCは「診断群分類」の意味で作られた単語であったため、平成22年12月に両者の使い分けを明確にすべく、「診断群分類にもとづく1日あたり定額報酬算定方式」については、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）という略称とするよう整理されました。

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ー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。

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。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。

●名称の変更

DPC対象病院及びDPC準備病院の名称が変更となる場合には、名称の変更の2か月前までに、定められた届出書を提出します。

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・対象とならない患者

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」（24頁参照）にある診断群分類区分（2,449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。

(1)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	
(2)評価療養または患者申出療養をうける患者	
(3)臓器の移植術をうける患者で、下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）	K709-3 同種死体臍移植術
K014-2 皮膚移植術（死体）	K709-5 同種死体臍腎移植術
K514-4 同種死体肺移植術	K709-6 同種死体臍島移植術
K514-6 生体部分肺移植術	K716-4 生体部分小腸移植術
K605-2 同種心移植術	K716-6 同種死体小腸移植術
K605-4 同種心肺移植術	K780 同種死体腎移植術
K697-5 生体部分肝移植術	K780-2 生体腎移植術
K697-7 同種死体肝移植術	K922 造血幹細胞移植
(4)下記の入院基本料、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	A309 特殊疾患病棟入院料
A304 地域包括医療病棟入院料	A310 緩和ケア病棟入院料
A306 特殊疾患入院医療管理料	A319 特定機能病院リハビリテーション病棟
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	入院料
A308-3 地域包括ケア病棟入院料 ^{*1}	A400 短期滞在手術等基本料（「1」に限る）

*1 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

(5)厚生労働大臣が別に定める者

① 次の検査または手術を受ける患者

D415-6 壁側胸膜凍結生検法

K022 組織拡張器による再建手術（一連につき）「1」乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものに限る）

K022-4 静脈奇形硬化療法（一連につき）

K053-3 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

K054-3 脛骨遠位骨切り術

K059-3 軟骨修復材移植術

K059-4 軟骨修復材移植術（関節鏡下）

K082-8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

K142-9 腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）

K154 機能的定位脳手術「1」てんかんの場合

K259-4 培養ヒト角膜内皮細胞移植術

K276-2 経皮的選択的眼動脈注入術

K371 上咽頭腫瘍摘出術「5」鏡視下によるもの

K372 中咽頭腫瘍摘出術「3」鏡視下によるもの

K373 下咽頭腫瘍摘出術「3」鏡視下によるもの

K392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術「2」鏡視下によるもの

K393 喉頭腫瘍摘出術「3」鏡視下によるもの

K476 乳腺悪性腫瘍手術「8」乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）（内視鏡下によるものに限る）

K476-3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る）

K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものに限る）

K514-8 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

K526-5 内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術

K527-3 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

K527-4 胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの）

K528-4 先天性気管食道瘻閉鎖術

K555-4 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術

K559-4 経皮的三尖弁クリップ術

K599 植込型除細動器移植術「4」胸骨下植込型リードを用いるもの

K609-3 経頸動脈的頸動脈ステント留置術

K613-2 腎神経焼灼術

K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術「1」薬剤溶出型生体吸収性下肢動脈用ステントを用いるもの

K619-3 腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術

K627 リンパ節群郭清術「9」腹部

K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術「5」腹部

K643-3 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術

K645-4 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

K682-5 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術

K697-8 肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

K702-2 腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術「2」リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合

K835-2 陰嚢形成術（二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る）

K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術，腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術（腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術に限る）

K906-2 子宮頸管縫縮術（開腹）

K906-3 腹腔鏡下子宮頸管縫縮術

- ② 定められた高額薬剤を投与される患者であって、薬剤ごとに規定される診断群分類番号にかかるもの、および定められた検査を受ける患者であって、規定される診断群分類番号にかかるもの（該当する薬剤・検査は巻末の「資料」参照）
- ③ 短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療を実施し、入院後5日以内に退院した患者であって、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者（同一傷病等での再入院（再転棟を除く）となった患者を除く）

(6)次のいずれかに該当する場合

- ① 月平均の入院患者数が、医療法の規定にもとづき許可をうけ、もしくは届出をし、または承認をうけた病床数の105%以上である病院の病棟に入院している患者
- ② 医師または歯科医師の員数が、医療法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の70%以下である病院の病棟に入院している患者

2

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。25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」(33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 診断群
番号 分類番号

傷病名・③・④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

入院日

点数

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	定義副傷病	重症度等	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
537	0400802299x000	肺炎等(市中肺炎かつ15歳以上65歳未満)	なし		なし	なし	A-DROPスコア0	4	8	30	3,609	2,603	2,212
538	0400802299x001	肺炎等(市中肺炎かつ15歳以上65歳未満)	なし		なし	なし	A-DROPスコア1	4	8	30	3,609	2,603	2,212
539	0400802299x002	肺炎等(市中肺炎かつ15歳以上65歳未満)	なし		なし	なし	A-DROPスコア2	4	8	30	3,609	2,603	2,212
540	0400802299x003	肺炎等(市中肺炎かつ15歳以上65歳未満)	なし		なし	なし	A-DROPスコア3	4	8	30	3,609	2,603	2,212
541	0400802299x004	肺炎等(市中肺炎かつ15歳以上65歳未満)	なし		なし	なし	A-DROPスコア4	7	13	60	3,458	2,222	1,888
571	0400802499x1x1	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	なし		あり		A-DROPスコア1	10	19	60	3,760	2,334	1,984
572	0400802499x1x2	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	なし		あり		A-DROPスコア2	10	19	60	3,760	2,334	1,984
573	0400802499x1x3	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	なし		あり		A-DROPスコア3	10	19	60	3,760	2,334	1,984
574	0400802499x1x4	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	なし		あり		A-DROPスコア4	10	19	60	3,760	2,334	1,984
575	0400802499x1x5	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上)	なし		あり		A-DROPスコア5	8	17	60	4,100	2,529	2,150

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

診断群分類点数表の
「告示番号」を示している。

疾患コード

傷病名

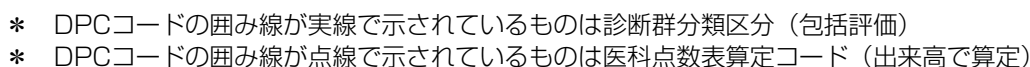
⑤

⑥

⑦

⑧

番号	疾患コード	傷病名 ICDコード	手術 区分番号等	手術・処置等1 区分番号等	手術・処置等2 区分番号等	定義副傷病名 疾患コード
525から 576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 050130



25

「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 (29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もの〉

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などは含まない。活性NK細胞療法は, 化学療法に含まない。
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, L008声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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 (骨肉腫に対するもの)」とは, 骨肉腫に対してメトトレキサート 5 g 以上を投与する化学療法をいい, 「メトトレキサート大量療法 (非ホジキンリンパ腫に対するもの)」とは, 非ホジキンリンパ腫に対してメトトレキサート 1 g 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急性膵炎, 被包化壊死」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) により重症 (予後因子3点以上または造影CT grade2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。

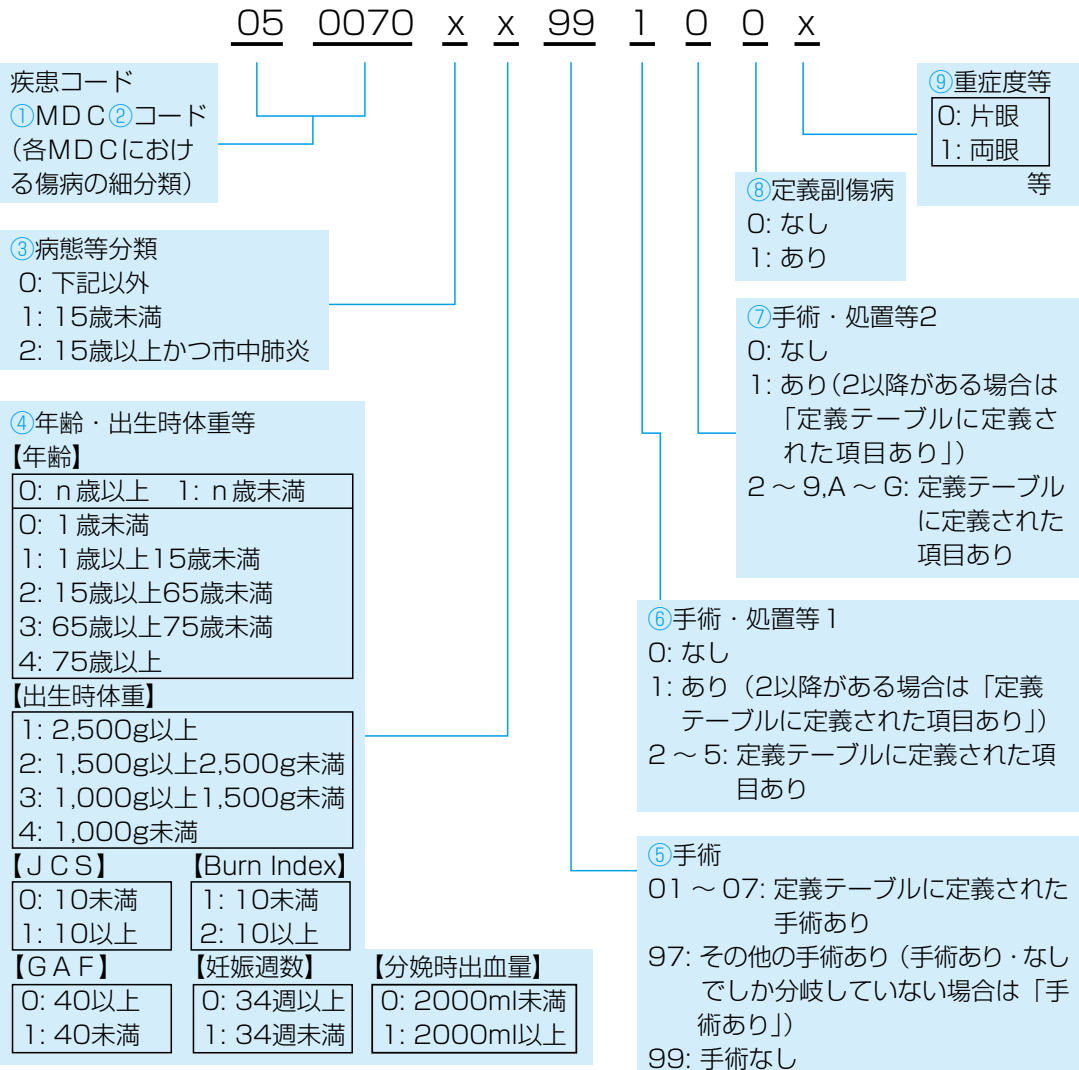
I FN-α	インターフェロン α	I FN-β	インターフェロン β
I 131	放射性ヨウ素	L H-RH	黄体化ホルモン放出ホルモン
SPECT	シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影		
t PH	組織型プラスミノゲンアクチベータ		

- 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

第3章 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】



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

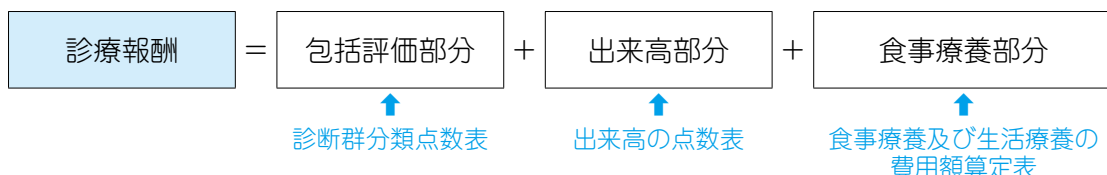
6桁目が「x」であらわされている場合は複数の疾患コードが含まれており、同じツリー図・定義テーブルを使用することとなる。

〈コード(各MDCにおける傷病の細分類)〉

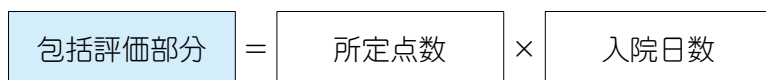
MDC	コード	分類名
01	0010	脳腫瘍
01	0020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤
01	0030	未破裂脳動脈瘤
⋮		
05	0060	心筋症（拡張型心筋症を含む。）
05	0070	頻脈性不整脈
05	0080	弁膜症（連合弁膜症を含む。）
⋮		

第4章 診療報酬額の算定方法

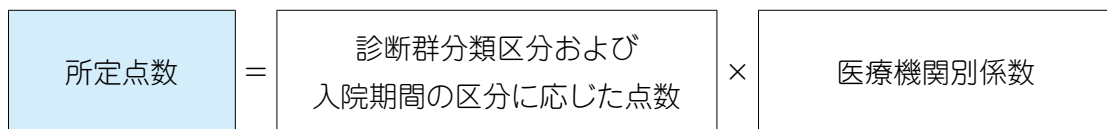
包括評価の対象となる診断群分類区分に該当する患者の診療報酬は、包括評価部分、出来高部分、食事療養部分からなり、包括評価部分は「診断群分類点数表」により、出来高部分は従来の「出来高の点数表」により、食事療養部分は「食事療養及び生活療養の費用額算定表」により算定し、それぞれを合算します。



「包括評価部分」については、次のように算定します。

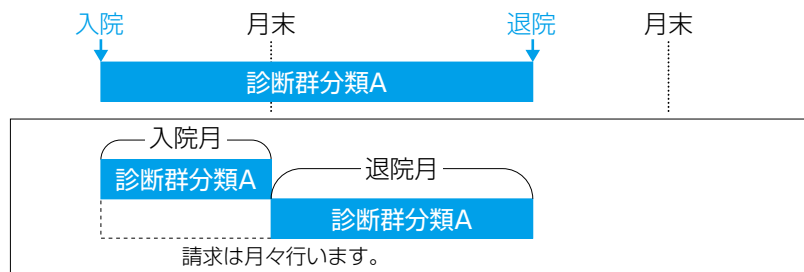


なお、「所定点数」とは、1日あたりの療養に要する費用の額のことで、次のようにあらわされます。



また、特定入院料の加算がある場合などは、必要に応じて所定点数に加算しますが、退院が特定の時間帯に集中している場合、入院日・退院日が特定の日に集中している場合、夜間看護体制特定日減算に該当する場合は、所定点数から決められた点数が減算されます。

包括評価部分は入院期間の区分ごとに入院日数に応じてそれぞれを算出し、最終的に暦月1か月ごとに算定しますが、その合計点数に端数が生じた場合には、小数点以下第1位を四捨五入して計算します。また、1点の単価は出来高の点数表と同じ10円として計算します。



なお、包括評価部分と出来高部分について、保険者または後期高齢者医療広域連合ご

とに請求すべき額に1円未満の端数がある場合は、その端数は切り捨てます。

1

「所定点数」に包括されるもの

「所定点数」に包括されるものは、入院基本料などいわゆるホスピタルフィー的要素で、これ以外の包括されない費用、すなわち手術料などドクターフィー的要素については、出来高の点数表により算定します。ただし、ホスピタルフィー的要素であっても、特定の患者または病棟ごとに評価される項目や病院の立地する地域による調整のための項目も出来高の点数表により算定します。

具体的な包括項目は、下表のように医科診療報酬点数表の区分にしたがって定められています。

〈所定点数に包括されるもの・所定点数に包括されないもの〉

項 目		包括対象	包括対象外
初診料			(第1章第1部第1節 初診料)
再診料			即日入院時の時間外加算等
入 院 料 等	入院基本料	第1章第2部第1節 入院基本料 (右記以外)	重症児(者)受入連携加算(A100の注4) 救急・在宅等支援病床初期加算(A100の注5) 看護必要度加算(A104の注5・A105の注3) 入院栄養管理体制加算(A104の注10) 一般病棟看護必要度評価加算(A105の注4) * A106 障害者施設等入院基本料算定患者はDPC 対象外
	入院基本料等 加算	第1章第2部第2節 入院基本料等加算 (右記以外)	看護補助体制充実加算(A207-3の注4・A214の 注4) A200 急性期総合体制加算 A204-2 臨床研修病院入院診療加算 A204-4 包括期充実体制加算 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 A209 特定感染症入院医療管理加算 A210 難病等特別入院診療加算 A211 特殊疾患入院施設管理加算 A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児 (者)入院診療加算 A213 看護配置加算

ホスピタルフィー的要素

医療機関の運営コストで「物」(固定費用部分)を反映。

ドクターフィー的要素

医師の技術料で「技術」(技術費用部分)を反映。

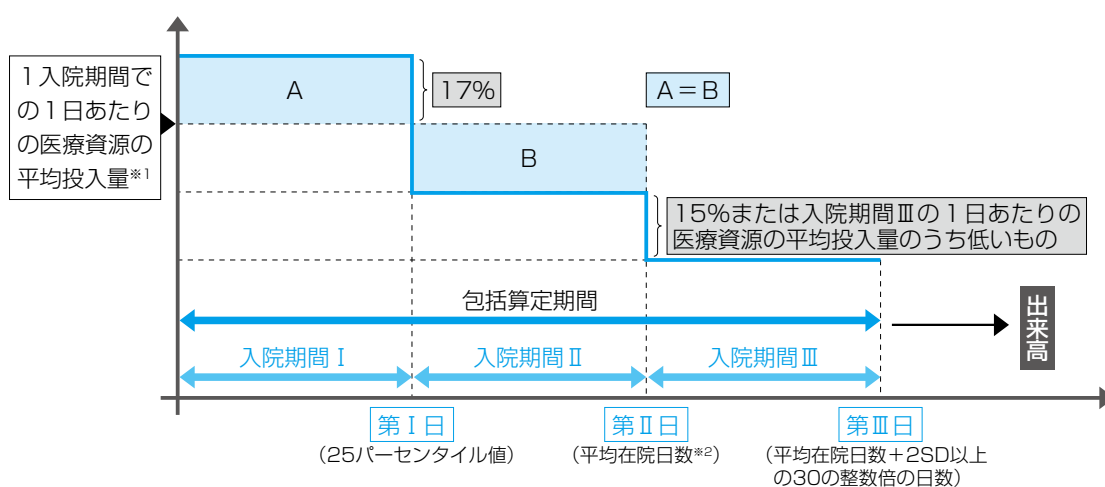
2

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等に応じて、5つの点数設定方式により点数が決められています。

- 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 一般的な診断群分類

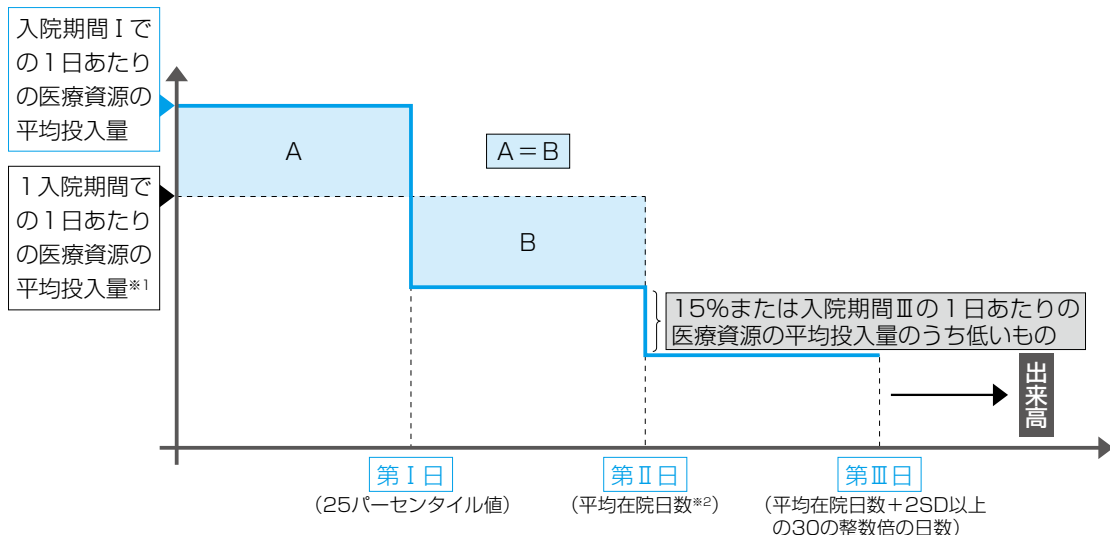


○ 診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで（入院期間Ⅰ）は、1入院期間の平均点数に17%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%または入院期間Ⅲの平均点数のうち低いもので算定。

※1 標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内

設定方法B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

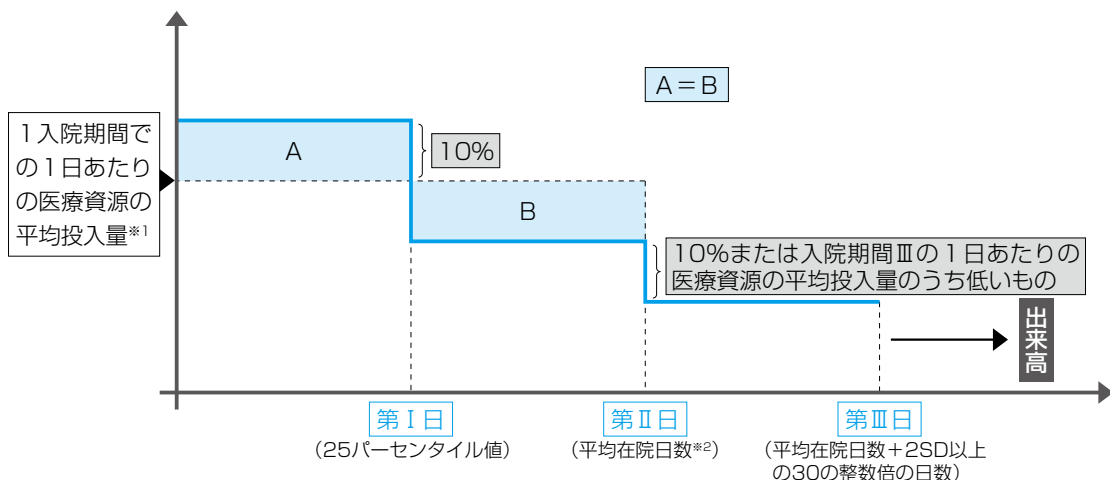


○ 入院期間Ⅰは、入院期間Ⅰでの平均点数とし、平均在院日数を越えた日から前日の点数の85%または入院期間Ⅲの平均点数のうち低いもので算定。

※1 標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内

設定方法C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



○ 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。

※1 標準化の進んだ診断群分類においては、1入院期間での医療資源投入量の中央値（1入院期間での医療資源の平均投入量からの変動は±10%以内）を在院日数の中央値で除した値

※2 標準化の進んだ診断群分類においては、在院日数の中央値。ただし、平均在院日数からの変動は±10%以内

6

診断群分類区分等に変更があった場合等の取扱い

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により、1入院において統一するものとされていますが、入院当初は診断群分類点数表により算定していた患者が、退院時には医科点数表により算定することとなった場合など、入院期間内に診療報酬の請求方法が複数存在する場合は、退院（DPC算定対象となる病棟等以外の病棟に転棟する場合を含む）時に決定された請求方法により、必要な請求を行うものとされています。

●診断群分類区分が変更になった場合の取扱い

退院日に適用する診断群分類区分とその前日までに適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院日の前月までに算定した額と同月までの費用について退院日に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院月の分を算定する際に調整します。

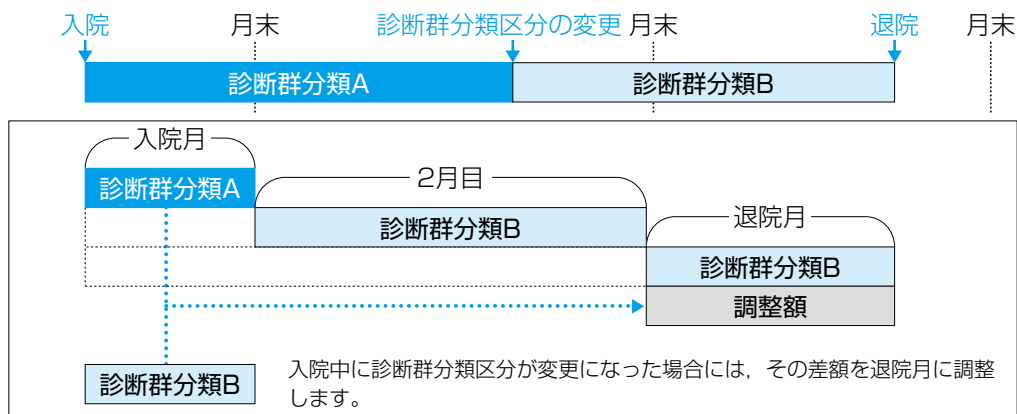
また、次の「調整日」（退院日を除く）に適用する診断群分類区分とその前日までに適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の前月までに算定した額と同月までの費用について調整日に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、調整日の月の分を算定する際に調整します。

〈調整日〉

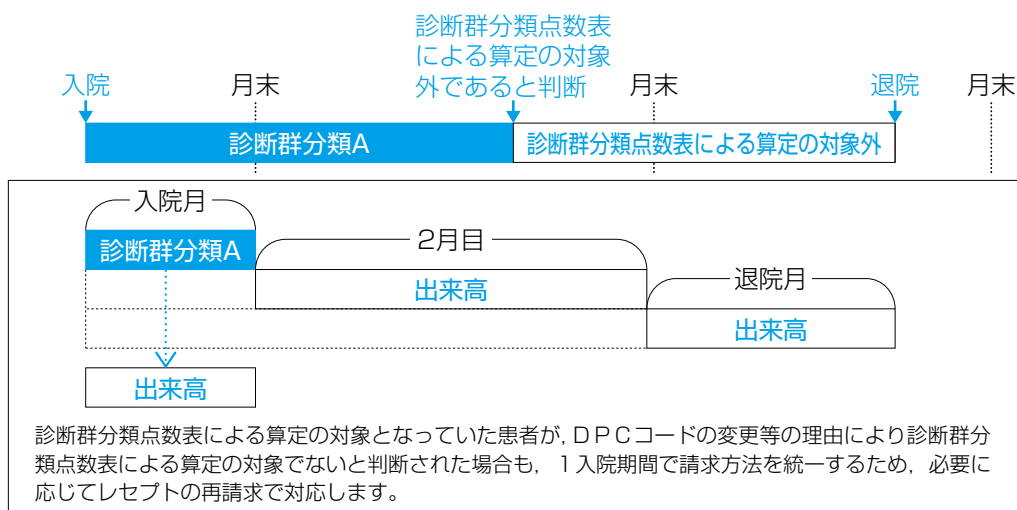
- ① 次表の入院基本料・特定入院料にかかる届出を行っている病棟・病室で、診断群分類点数表により算定している患者が、これら以外の病棟・病室に転棟・転室する日の前日（A308-3地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟・病室において、診断群分類点数表により算定している患者が、次表の入院基本料・特定入院料の届出を行っている病棟・病室またはA308-3地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟以外の病棟・病室へ転棟・転室する日の前日を含む）

A100 一般病棟入院基本料	A301-4 小児特定集中治療室管理料
A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟）	A302 新生児特定集中治療室管理料
A105 専門病院入院基本料	A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
A300 救命救急入院料	A303 総合周産期特定集中治療室管理料
A301 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
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	A305 一類感染症患者入院医療管理料
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	A307 小児入院医療管理料

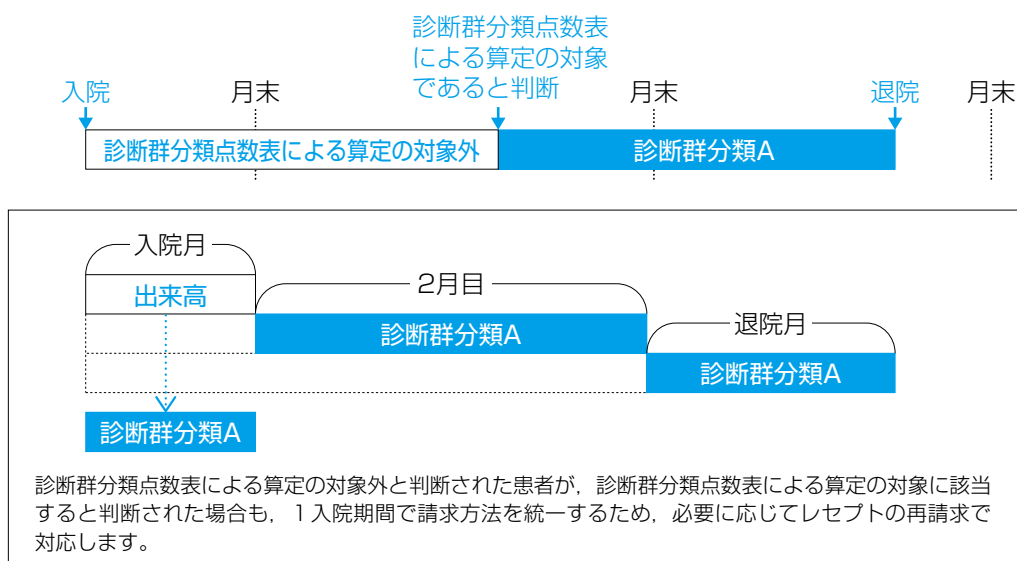
② 入院日Ⅲを超える日の前日



●「包括評価」から「包括評価対象外」へ変更された場合の取扱い



●「包括評価対象外」から「包括評価」へ変更された場合の取扱い



Q & A

- Q1** 診断群分類区分の変更にもなう差額を調整する場合は、請求済みのレセプトの返戻、高額療養費の再計算などは必要ですか。
- A1** 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みのレセプトの返戻、高額療養費の再計算などは必要ありません。
- Q2** 退院時に診断群分類区分が確定したときに、差額を調整する必要がある場合の一部負担金はどうにすればよいですか。
- A2** 差額の調整点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を計算します。
- Q3** 一般病棟で包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再び包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日ですか。
- A3** D P C算定病棟以外の病棟からD P C算定病棟へ転棟した日を起算日とします。ただし、診断群分類区分の上2桁が同一である傷病等でD P C算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、1入院とします。
- Q4** 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定したのち、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合は、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのですか。
- A4** そのとおりです。
- Q5** 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつですか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのですか。
- A5** 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により1入院において統一するため、当該入院すべてを医科点数表により再請求します。
- Q6** 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのですか。
- A6** 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により1入院において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、当該入院すべてをその診断群分類区分で再請求します。

1

「包括評価部分」欄の記載要領

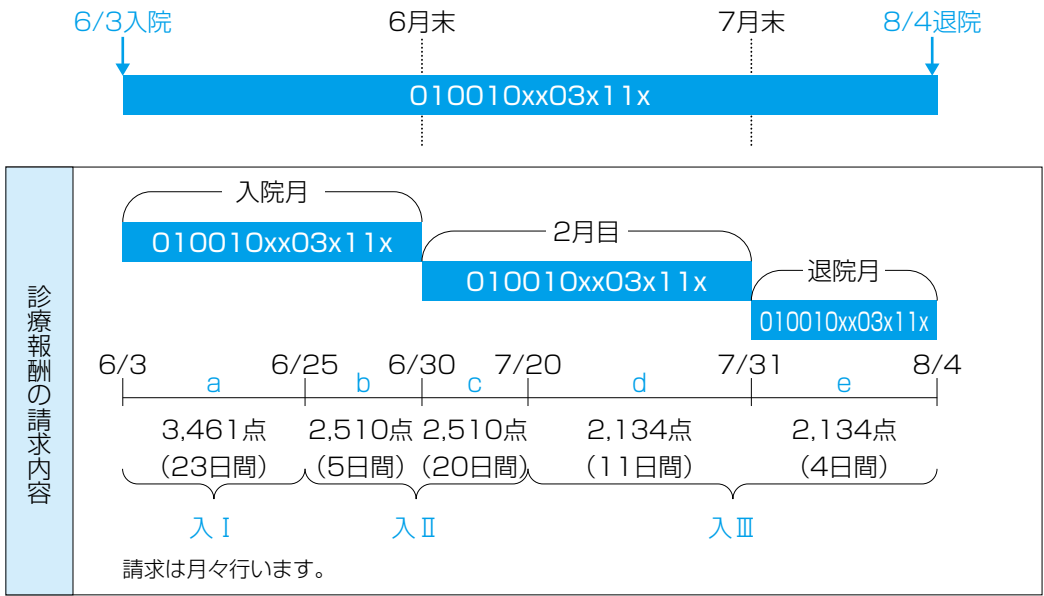
●診断群分類区分の変更がない場合（基本形）

DPCレセプトの①「包括評価部分」欄に，診断群分類点数表にもとづき，各月の算定式を記載します。入院月が複数月ある場合は，各月診療分を退院するまですべて記載します。

- ※ 入院期間Ⅰ（入院日Ⅰ日以内）：入Ⅰ
入院期間Ⅱ（入院日Ⅰ日を超えⅡ日以内）：入Ⅱ
入院期間Ⅲ（入院日Ⅱ日を超えⅢ日以内）：入Ⅲ
1点未満については四捨五入

（例） 脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり 定義副傷病 あり

	番号	以内	点	以内	点	以内	点
010010xx03x11x	22	23日	3,461	48日	2,510	120日	2,134
入院 1日～ 23日以内の23日間 3,461点→入Ⅰ 入院24日～ 48日以内の25日間 2,510点→入Ⅱ 入院49日～120日以内の72日間 2,134点→入Ⅲ							



◇「8月診療分」の⑪「包括評価部分」欄

1	93	6月診療分
		入Ⅰ 3,461×23=小計 … a
		入Ⅱ 2,510× 5=小計 … b
		(a+b) ×6月医療機関別係数=合計
		7月診療分
		入Ⅱ 2,510×20=小計 … c
		入Ⅲ 2,134×11=小計 … d
		(c+d) ×7月医療機関別係数=合計
		8月診療分
		入Ⅲ 2,134× 4=小計 … e
		e×8月医療機関別係数=合計

(6～8月の医療機関別係数が1.2063の場合)

	入Ⅰ 3,461×23=79,603
	入Ⅱ 2,510× 5=12,550
6月診療分	$(79,603+12,550) \times 1.2063 = 111,164$
	入Ⅱ 2,510×20=50,200
	入Ⅲ 2,134×11=23,474
7月診療分	$(50,200+23,474) \times 1.2063 = 88,873$
	入Ⅲ 2,134× 4= 8,536
8月診療分	$8,536 \times 1.2063 = 10,297$

●診断群分類区分が変更になった場合

退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、DPCレセプトの⑪「包括評価部分」欄に記載した退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、その調整の調整点数を月ごとに記載します。そのうえで退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載します。

(例) 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし→急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 5あり 手術・処置等2 なしに変更の場合

番号	以内	点	以内	点	以内	点
050030xx03000x	672	5日 3,181	10日 2,256	30日 1,918		
	入院 1日～ 5日以内の 5日間	3,181点→入Ⅰ				
	入院 6日～10日以内の 5日間	2,256点→入Ⅱ				
	入院11日～30日以内の20日間	1,918点→入Ⅲ				
番号	以内	点	以内	点	以内	点
050030xx0350xx	680	7日 3,251	14日 2,306	30日 1,960		