

第1部

令和2年度診療報酬改定における 「個別改定項目について」

本年4月1日から診療報酬が改定されます。本書は、今回の改定に関する資料をとり急ぎまとめたものです。今後、変更がありうるため、官報及び通知の内容を改めて確認する必要があることにご留意ください。

個別改定項目について（抄）

（令和2年2月7日 中央社会保険医療協議会）

【Ⅲ－1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ⑳】

㉑ D P C / P D P S の見直し

第1 基本的な考え方

機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びD P Cデータの調査項目等について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

2. 基礎係数（医療機関群の設定等）の見直し

医療機関群の設定について、基本的な考え方は現行の3つの医療機関群の設定方法を維持する。

① 設定要件

- D P C 特定病院群は以下の要件を満たした医療機関とする。
 - ・ 実績要件1～4の全て（実績要件3については、6つのうち5つ）を満たす。
 - ・ 各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値は除く）とする。
 - ・ 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（平成30年10月～令和元年9月の診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。

【実績要件1】：診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正：外的要因、後発品補正）

- ・ 当該医療機関において症例数が一定以上（1症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全D P C対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- ・ 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発

医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和元年9月4日～令和元年9月30日）に掲載された「2：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分，剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「3：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】：医師研修の実施

届出病床1床あたり臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで）

- 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と，医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：医療技術の実施

- 外科系（外保連試案9.2版）

(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は，当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数※を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は，当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は，外保連試案（第9.2版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし，点数設定から同等の技術と考えられるものも対象とする。

- 内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表1））

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数

(3C)：対象症例件数

「(3A)：症例割合」は，特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は，特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は，特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

※ 外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては，様式1に記載された手術のうち，複数の記載がある場合については，最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は，外保連試案（第9.2版）に記載されている，外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B，外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし，集計対象手術それぞれについて合算し，算出する。

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.56	13.29	13.02	12.74	11.74	9.43	5.66
D	8.17	7.90	7.63	7.36	7.08	6.08	3.77
C			4.13	3.86	3.58	3.31	2.31
B				1.82	1.54	1.27	1.00

【例】難易度D，外科医師数3，手術時間数3の手術は

$$7.08 \times 3 = 21.24$$

難易度，外科医師数，手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については，医科点数表の点数設定を参考に，類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は，外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。
- 内視鏡試案における評価は「手技技術度」，「協力医師数+1」，「施行時間」。

別表1 特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$\$x (入院時JCS30以上) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) (DPC対象外コード含)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x (入院時JCS100以上又は処置2ありのうち人工呼吸あり)	処置2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症ク リーゼ	010130xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICDG700のみ) (DPC外含)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積状 態	010230xx99x\$\$x (処置2・副傷病あり/なし) (ICDG41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重症 発作	040100xxxxx\$\$x (処置2あり) (J045 人工呼吸) (ICDJ46\$, J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)

6	間質性肺炎	040110xxxxx\$xx (処置2あり) (ICD 絞りなし)のうちJ045人工呼吸あり	処置2 (人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1\$xx (処置2あり) (J045人工呼吸) (DPC外含む)	処置2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮乏症候群, ARDS	040250xx99x\$xx (処置2あり) (PGIありの場合, J045人工呼吸があれば可)	処置2 (人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$xx (処置15あり) (ICDI21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$xx (処置2あり) (SPECT・シンチ・中心静脈注射のいずれかありの場合, 人工呼吸または緊急透析があれば可) 050130xx975\$xx (処置15あり)	人工呼吸または緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$xx (処置2あり, 中心静脈注射のみ除く) (DPC外含む)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置15あり) 050190xx99x\$xx (処置2あり, 中心静脈注射のみ除外) (ICDI822を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$xx, 060270xx97x40x, 060270xx97x41 (手術あり/なし, 処置2あり, 中心静脈注射のみ除外) (DPC外含む)	処置2 (人工呼吸, PMX等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$1x\$ (手術あり/なし, 処置2あり, 中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし) (ICDK85\$のみ)	処置2 (人工呼吸, CHDF等)
15	糖尿病ケトアシドーシス	100040 (DPC6桁全て)	診断名あればすべて
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$xx (処置2あり/なし) (ICDE055のみ)	
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxx (処置2あり/なし)	診断名あればすべて
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検D412必須)	診断名と腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2あり/なし) (腎生検D412必須) (DPC外含む)	診断名と腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICDC910, C920, C950のみ) (DPC外含む)	化学療法, 実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$xx (処置2あり) (DPC 外含む) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) 130030xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD 絞りなし) (DPC外含む)	化学療法, 実症例数
22	再生不良性貧血	130080 (DPC6桁全て) (ICD絞りなし)	実症例数
23	頭椎頭髄損傷	160870 (DPC6桁全て) (ICD絞りなし) (リハビリ実施必須)	

24	薬物中毒	161070 (DPC6桁全て) (ICD絞りなし) (DPC外含む)	処置2 (人工呼吸器・PMX等)あり
25	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置23あり) (ICD 絞りなし) (DPC外含む)	処置23 (PMX・CHDF)あり

【実績要件4】：補正複雑性指数 (DPC補正後)

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出し、これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

② 基準値

○ 各要件の基準値は大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

実績要件		令和2年度基準値
【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成, 後発医薬品補正; 外的要因補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
【実績要件2】：許可病床1床あたりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		データの確定により設定
【実績要件3】：医療技術の実施 (6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
	(3b)：DPC算定病床当たりの同指数	
	(3c)：手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A)：症例割合	データの確定により設定
	(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 (3C)：対象症例件数	
【実績要件4】：補正複雑性指数 (DPC補正後)		

3. 機能評価係数I

機能評価係数Iについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を評価しており、従前の評価方法を継続し、出来高評価体系の改定に応じて必要な見直しを行う。

4. 機能評価係数II

既存の6つの係数項目を継続し、地域医療係数については、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。(別表2)

5. 激変緩和係数

診療報酬改定のある年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度

を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

(診療報酬改定のない年度の当該係数は0)

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率(補正診療報酬変動率)を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

6. その他

診断群分類点数表について、医療資源の同等性、臨床的類似性の観点から、診断群分類及び診断群分類毎の評価を見直す。

退院患者調査の調査項目については簡素化も含めた必要な見直しを行う。

別表2 <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和2年度)>

評価対象:平成30年10月1日~令和元年9月30日データ

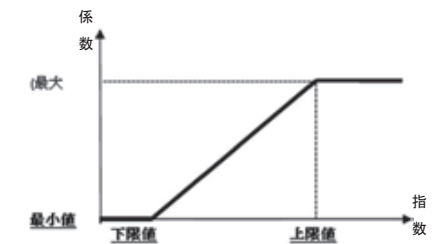
<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)、様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾)、様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾)、DファイルとEFファイル(記入されている入院料等の矛盾) ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価) ・病院情報の公表:自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・(保険診療への取組:令和4年度からの評価を検討)
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で(評価シェアは1:1)構成	体制評価指数: 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価(別頁に詳細を記載) 定量評価指数: 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕/〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1)小児(15歳未満)と2)それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価(1:1)。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕/〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数(1入院当たり)を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕/〔全病院の平均1入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕/〔全DPC数〕 ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数(出来高診療実績)と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 <ul style="list-style-type: none"> ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」, 「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」, 「A300救命救急入院料」, 「A301-4小児特定集中治療室管理料」, 「A301特定集中治療室管理料」, 「A302新生児特定集中治療室管理料」, 「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」, 「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】: 「救急医療入院」の患者

<地域医療指数・体制評価指数>

評価項目	概要	D P C標準病院群	大学病院本院群	D P C特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のP C Iや外科治療の実績(0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546, K547, K548, K549, K550, K550-2, K551, K552, K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績(0.5P)	入院中にK5601, K5602, K5603, K5604, K5605, K560-21, K560-22, K560-23, K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P, その他は0P)		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	・BCPの策定実績有無別(令和3年以降の評価導入を検討)災害拠点病院の指定(0.5P) ・DMATの指定(0.25P) ・EMISへの参加(0.25P)		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」, 「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	「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ことを評価(いずれかで1P)		
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設, 共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設, 共同利用型の施設(0.1P)	
		救急車で来院し, 入院となった患者数(最大0.9P)	救急車で来院し, 入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	① 治験等の実施 ・ <u>過去3カ年において, 主導的に実施した医師主導治験が8件以上, 又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P)</u> ・20例以上の治験(※)の実施, 10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。	
			② <u>新型インフルエンザ対策</u> ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>	

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0	0	全群共通で評価
地域医療(定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価, 緊急時の心筋梗塞のP C Iや外科治療の実績, 精神科身体合併症管理加算の算定実績
 - ・特に規定する場合を除き, 下限値は0ポイント(指数), 実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25パーセンタイル値を各項目の上限値(つまり, 実績を有する施設の上位4分の3は満点)。
- 脳卒中, 急性大動脈解離に対する手術実績
 - ・実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は, 0ポイント(指数), あるいは条件を満たさない, とする。

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価(1項目1P, 上限は大学病院本院群, D P C特定病院群: 8P, D P C標準病院群: 6P)

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

- 2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

- 5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。
- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

(歯科診療報酬)

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

(その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

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 (新旧対照表)

(下線部分は改正部分)

項 目	改 正 後	改 正 前
本文		
1 【項目の見直し】	<p>1 (略)</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの</p> <p>イ～ヌ (略)</p> <p>ル <u>K709-6 同種死体髒島移植術</u></p> <p>ヲ～タ (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ 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まで及び地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表を次のように改める。</p>	<p>1 (略)</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの</p> <p>イ～ヌ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ル～ヨ (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料</p> <p>(1) 地域包括ケア病棟入院料1から4まで</p> <p>(2) 地域包括ケア入院医療管理料1から4まで(当該入院医療管理料を算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>五 その他厚生労働大臣が別に定める者</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表を次のように改める。</p>
別表		
2 【項目の見直し】	<p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロ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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242まで、A244(2に限る。)及びA246からA251までに掲げる費用</p> <p>(3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用</p> <p>(4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB015までに掲げる費用</p> <p>(5)・(7) (略)</p> <p>(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003、<u>J003-3、J003-4、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J122(4から6ま</u></p>	<p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロ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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242まで、A244(2に限る。)及びA246からA250までに掲げる費用</p> <p>(3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用</p> <p>(4) 医学管理等の費用のうち、<u>通則、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB014までに掲げる費用</u></p> <p>(5)・(7) (略)</p> <p>(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J122(4から6までに限る。ただし、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																
	<p>でに限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129(2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。及びJ129-2(2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)に掲げる処置料並びにJ038(1から3までに限る。)に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料(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</p> <p>(9)・(10) (略)</p> <p>(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性化血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、<u>血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、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、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロト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。)</u>及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤に係る費用</p>	<p>既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129(4に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。及びJ129-2(2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)に掲げる処置料並びにJ038(1から3までに限る。)に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料(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</p> <p>(9)・(10) (略)</p> <p>(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性化血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、<u>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、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロト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。)</u>及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤に係る費用</p>																
4 【注の追加】	<p>3・4 (略)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(略)</th> <th>(略)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料</td> <td>特定集中治療室管理料(略)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>注1 (略)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 基本診療料の施設基準等第九の三の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーショ</td> </tr> </tbody> </table>	(略)	(略)	区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料(略)		注1 (略)		2 基本診療料の施設基準等第九の三の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーショ	<p>3・4 (略)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(略)</th> <th>(略)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料</td> <td>特定集中治療室管理料(略)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>注 (略)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> </tr> </tbody> </table>	(略)	(略)	区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料(略)		注 (略)		(新設)
(略)	(略)																	
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料(略)																	
	注1 (略)																	
	2 基本診療料の施設基準等第九の三の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーショ																	
(略)	(略)																	
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料(略)																	
	注 (略)																	
	(新設)																	



第2部

告 示



○厚生労働省告示第八十一号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書の規定に基づき、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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号。以下「指定病院算定方法」という。）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。ただし、同年二月二十九日以前に診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和二年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院し、この告示による改正前の指定病院算定方法別表（以下「旧別表」という。）により費用を算定した者であつて、同年四月一日以降引き続きこの告示による改正後の指定病院算定方法別表（以下「新別表」という。）により費用を算定するものについて、同年三月三十日以前における療養に適用した旧別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）と同月三十一日における療養に適用する診断群分類区分とが異なる場合には、同年二月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について同年三月三十一日における療養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、同月分の費用の額を算定する際の旧別表に規定する点数において調整し、当該者について新別表16の規定を適用する場合には、新別表16中「調整日の属する月の前月」とあるのは「令和二年四月から調整日の属する月の前月」と、「同月」とあるのは「令和二年四月から調整日の属する月の前月」と読み替えるものとし、入院期間

別表

- 1 1日当たりの療養に要する費用の額は、診断群分類区分及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に20の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。
- 2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロ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。
 - イ 所定点数に含まれる費用
 - (1) 第1章第2部第1節入院基本料
 - (2) 第1章第2部第2節入院基本料等加算
 - (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術等基本料
 - (4) 第2章第1部医学管理等の費用
 - (5) 第2章第3部検査の費用
 - (6) 第2章第4部画像診断の費用
 - (7) 第2章第5部投薬の費用
 - (8) 第2章第6部注射の費用
 - (9) 第2章第7部第2節薬剤料
 - (10) 第2章第8部第2節薬剤料
 - (11) 第2章第9部処置の費用
 - (12) 第2章第13部第1節病理標本作製料
 - ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用
 - (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4、注5及び注12、A104の注5及び注10並びにA105の注3、注4及び注9に掲げる費用
 - (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242まで、A244（2に限る。）及びA246からA251までに掲げる費用
 - (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用
 - (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB015までに掲げる費用
 - (5) 検査の費用のうち、区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2までに掲げる費用
 - (6) 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、通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2及び画像診断管理加算3並びに区分番号E003（3のイ（注1及び注2を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用
 - (7) 注射の費用のうち、区分番号G020に掲げる費用
 - (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J003-3、J003-4、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J122（4から6までに限る。ただし、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からJ128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（2に限る。ただし、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。）及びJ129-2（2に限る。ただし、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。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（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
 - (9) 病理標本作製料のうち、区分番号N003に掲げる費用

- (10) HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用
- (11) 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、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、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、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。）及び乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤に係る費用
- 3 所定点数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。
- 4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	8,129点
	(4日以上7日以内の期間)	7,156点
	(8日以上14日以内の期間)	5,803点
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	9,708点
	(4日以上7日以内の期間)	8,592点
	(8日以上14日以内の期間)	7,277点
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	8,129点
	(4日以上7日以内の期間)	7,156点
	(8日以上14日以内の期間)	5,803点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	8,129点
	(4日以上7日以内の期間)	7,156点
	(8日以上14日以内の期間)	6,224点
	(15日以上30日以内の期間)	6,729点
	(31日以上60日以内の期間)	6,936点
	救命救急入院料4	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	9,708点
	(4日以上7日以内の期間)	8,592点
(8日以上14日以内の期間)	7,277点	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,708点	
(4日以上7日以内の期間)	8,592点	
(8日以上14日以内の期間)	7,277点	
(15日以上30日以内の期間)	6,729点	
(31日以上60日以内の期間)	6,936点	
注1	当該病院において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）又は精神科の医師が、当該患	

地域一般入院料3（月平均夜勤時間超過減算）	42点
地域一般入院料3（夜勤時間特別入院基本料）	35点
特別入院基本料	30点

- 15 19の診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日数（本表により療養に要する費用の額を算定していた患者が医科点数表に掲げる区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料のうち、地域包括ケア病棟入院料1から4までに係る届出を行っている病棟に転棟した場合にあっては、Ⅱの欄に掲げる日数とする。）を超えた入院期間における療養に要する費用の額の算定については、1から14まで及び16から18までの規定にかかわらず、第2項の規定の例による。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。）であって、化学療法等に関する診断群分類区分に係る診断群分類点数表に掲げる入院日（日）のⅢの欄に掲げる日までに化学療法等が実施されないものについては、第2項の規定にかかわらず、当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を算定することができない。
- 16 退院の日、第5項第4号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までに療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養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属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。
- 17 この表により算定する費用の額は、1点の単価を10円として、それぞれこの表により算定した点数に乗じて得た額とする。
- 18 この表により病院が保険者（高齢者の医療の確保に関する法律第7条第2項に規定する保険者をいう。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。
- 19 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。



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	定義副傷病	重症度等	入院日(日)			点數(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1	010010xx9900xx	脳腫瘍	なし	なし	なし			2	9	30	3,657	2,187	1,859
2	010010xx9901xx	脳腫瘍	なし	なし	1あり			6	23	90	3,023	2,490	2,116
3	010010xx9902xx	脳腫瘍	なし	なし	2あり			4	11	60	5,103	2,547	2,165
4	010010xx9903xx	脳腫瘍	なし	なし	3あり			7	16	60	2,530	1,946	1,654
5	010010xx9904xx	脳腫瘍	なし	なし	4あり			13	27	60	2,838	2,098	1,783
6	010010xx9906xx	脳腫瘍	なし	なし	6あり			2	3	30	2,692	1,990	1,691
7	010010xx9908xx	脳腫瘍	なし	なし	8あり			17	35	90	3,194	2,361	2,007
8	010010xx991xxx	脳腫瘍	なし	あり				2	4	30	4,058	3,004	2,553
9	010010xx97x0xx	脳腫瘍	その他の手術あり		なし			6	17	60	2,925	2,326	1,977
10	010010xx97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			20	47	120	3,075	2,378	2,022
11	010010xx97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			17	34	90	2,758	2,039	1,733
12	010010xx97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			25	49	120	2,884	2,131	1,812
13	010010xx97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			17	35	90	2,917	2,156	1,833
14	010010xx97x6xx	脳腫瘍	その他の手術あり		6あり			11	21	60	2,794	2,065	1,755
15	010010xx97x7xx	脳腫瘍	その他の手術あり		7あり			17	34	90	3,348	2,474	2,103
16	010010xx97x8xx	脳腫瘍	その他の手術あり		8あり			29	59	120	3,005	2,221	1,888
17	010010xx97x9xx	脳腫瘍	その他の手術あり		9あり			29	59	150	3,777	3,090	2,781
18	010010xx02x00x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし			10	20	60	3,043	2,250	1,874
19	010010xx02x01x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし			17	35	90	3,052	2,256	1,917
20	010010xx02x10x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり			16	32	90	3,062	2,263	1,922
21	010010xx02x11x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり			29	59	150	3,207	2,370	2,015
22	010010xx02x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			17	33	90	3,347	2,474	1,887
23	010010xx02x3xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり			24	49	90	2,721	2,011	1,709
24	010010xx02x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			32	63	120	2,995	2,214	1,882
25	010010xx02x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			19	39	90	3,249	2,401	2,041
26	010010xx02x6xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		6あり			16	33	90	3,014	2,228	1,884
27	010010xx02x8xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		8あり			34	67	120	3,150	2,328	1,979
28	010010xx02x9xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		9あり			38	76	150	3,746	3,065	2,756
29	010010xx01xxxx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術・原発性悪性脳腫瘍・光線力字療法加算					20	43	120	3,919	2,961	2,517
30	010020x099x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	なし		なし			2	7	30	4,152	2,288	1,954
31	010020x099x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	なし		あり			6	16	60	4,594	2,444	2,077
32	010020x097x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	その他の手術あり		なし			9	21	60	2,799	2,166	1,823

33	010020x003x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	穿頭室ドレーナージ術等	なし						13	28	90	2,679	2,018	1,715
34	010020x002x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	脳血管内手術	なし						13	26	60	3,289	2,431	1,734
35	010020x002x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	脳血管内手術	あり						16	31	60	4,116	1,997	1,698
36	010020x001x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(閉鎖して行うもの)等	なし						15	29	60	3,233	2,389	1,660
37	010020x001x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(閉鎖して行うもの)等	あり						19	37	90	4,061	1,975	1,679
38	010020x199x00x	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	なし	なし						3	12	60	4,025	2,263	1,923
39	010020x199x01x	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	なし	あり						8	22	60	2,916	2,320	1,839
40	010020x199x10x	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	なし	あり						3	6	30	4,569	3,405	2,894
41	010020x199x11x	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	なし	あり						6	15	60	4,569	2,600	2,190
42	010020x197x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	その他の手術あり	あり						10	28	90	4,462	2,506	2,130
43	010020x103x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	穿頭室ドレーナージ術等	なし						8	28	90	3,584	2,093	1,779
44	010020x103x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	穿頭室ドレーナージ術等	あり						5	23	90	5,284	2,730	2,110
45	010020x102x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	脳血管内手術	なし						16	33	90	3,748	1,935	1,645
46	010020x102x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	脳血管内手術	あり						19	38	90	4,303	1,914	1,627
47	010020x101x0xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(閉鎖して行うもの)等	なし						19	38	90	3,617	1,826	1,552
48	010020x101x1xx	<も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS10以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(閉鎖して行うもの)等	あり						23	45	120	4,058	1,875	1,593
49	010030x9900xx	未破裂脳動脈瘤	なし	なし						2	6	30	4,171	2,276	1,934
50	010030x9910xx	未破裂脳動脈瘤	なし	あり						1	3	30	3,622	2,677	2,275
51	010030x97x0xx	未破裂脳動脈瘤	その他の手術あり	なし						6	12	30	3,036	2,244	1,907
52	010030x93x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術	なし						4	9	30	3,109	2,298	1,953
53	010030x93x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術	あり						9	20	60	3,365	2,563	2,152
54	010030x01x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頭部クリッピング等	なし						7	14	30	2,970	2,195	1,858
55	010030x01x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頭部クリッピング等	あり						15	29	90	3,117	2,304	1,958
56	010040x099000x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	なし	なし						9	18	60	2,669	1,972	1,677
57	010040x099001x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	なし	あり						15	31	60	2,716	2,007	1,706
58	010040x099010x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	なし	なし						12	24	60	2,990	2,212	1,890
59	010040x099011x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	なし	あり						19	38	90	3,021	2,233	1,898
60	010040x0991xxx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	なし	あり						1	3	30	2,768	2,046	1,739
61	010040x097x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	その他の手術あり	なし						10	26	90	2,658	2,094	1,780
62	010040x097x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	その他の手術あり	あり						24	48	120	2,987	2,208	1,877
63	010040x002x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	穿頭室ドレーナージ術等	なし						19	37	90	2,728	2,017	1,714
64	010040x002x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	穿頭室ドレーナージ術等	あり						26	52	120	3,135	2,317	1,970
65	010040x001x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形摘出術等	なし						14	29	60	2,795	2,066	1,674
66	010040x001x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10未満)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形摘出術等	あり						18	36	90	3,076	2,274	1,896

67	010040x199x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	なし	なし						11	22	60	2,716	2,008	1,707
68	010040x197x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	その他の手術あり	なし						20	39	90	2,594	1,917	1,629
69	010040x197x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	その他の手術あり	あり						22	44	120	3,182	2,352	1,992
70	010040x102x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	穿頭室ドレーナージ術等	なし						18	36	90	2,845	2,103	1,787
71	010040x102x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	穿頭室ドレーナージ術等	あり						13	35	90	4,052	2,188	1,860
72	010040x101x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形摘出術等	なし						16	33	60	2,755	2,036	1,692
73	010040x101x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫 以外)(JCS10以上)	脳血管内手術+脳動脈瘤奇形摘出術等	あり						19	37	90	3,143	2,323	1,897
74	010050x99x0xx	非外傷性硬膜下血腫	なし	なし						3	11	30	3,390	2,009	1,708
75	010050x97x0xx	非外傷性硬膜下血腫	その他の手術あり	なし						6	16	60	2,754	2,169	1,843
76	010050x02x0xx	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	なし						5	11	30	2,915	2,154	1,831
77	010050x02x01x	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	あり						8	17	60	2,861	2,115	1,798
78	010050x02x1xx	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	なし						13	32	90	3,071	2,397	2,037
79	010050x01x0xx	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	なし						15	29	90	2,818	2,083	1,771
80	010050x01x1xx	慢性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等	あり						21	41	120	3,250	2,411	2,035
81	010060x0990000	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	なし						3	6	30	3,532	2,611	2,219
82	010060x0990001	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	なし						3	6	30	3,532	2,611	2,219
83	010060x0990010	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
84	010060x0990011	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
85	010060x0990020	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
86	010060x0990021	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
87	010060x0990100	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
88	010060x0990101	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
89	010060x0990110	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
90	010060x0990111	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						3	6	30	3,532	2,611	2,219
91	010060x0990120	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
92	010060x0990121	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
93	010060x0990200	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
94	010060x0990201	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
95	010060x0990210	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
96	010060x0990211	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	16	60	2,807	2,075	1,747
97	010060x0990220	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						15	29	90	2,752	2,034	1,729
98	010060x0990221	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						15	29	90	2,752	2,034	1,729
99	010060x0990300	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	17	60	3,070	2,269	1,765
100	010060x0990301	脳梗塞(脳卒中発症4日目以降又は無症候 性、かつ、JCS10未満)	なし	あり						8	17	60	3,070	2,269	1,765

改正後		改正前	
	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号に規定する厚生労働大臣が別に定める者は、次に掲げる患者とする。 一 次に掲げる診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表に規定する手術を受ける患者		厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号に規定する厚生労働大臣が別に定める者は、次に掲げる患者とする。 一 次に掲げる診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表に規定する手術を受ける患者
イ	K00713 放射線治療用合成吸収性材料留置術	イ	K04613 一時的創外固定骨折治療術
ロ	K08215 人工距骨全置換術	ロ	K06012 肩関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
ハ	K08216 人工股関節摺動面交換術	ハ	K07612 関節鏡下関節授動術
ニ	K13413 人工椎間板置換術（頸椎）	ニ	K08214 自家肋骨肋軟骨関節全置換術
ホ	K13414 椎間板内酵素注入療法	ホ	K13312 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
ヘ	K14712 頭蓋内モニタリング装置挿入術	ヘ	K14215 内視鏡下椎弓形成術
ト	K15414 集束超音波による機能的定位脳手術	ト	K18812 硬膜外腔癒着剝離術
チ	K172 脳動静脈奇形摘出術 2 複雑なもの	チ	K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
リ	K18116 頭蓋内電極植込術 2 脳深部電極によるもの	リ	K32012 人工中耳植込術
ヌ	K37412 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	ヌ	K400 喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの
ル	K38612 輪状甲状靱帯切開術	ル	K46312 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
ヲ	K39412 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	ヲ	K47413 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につきMRIによるもの）
ワ	K44512 顎関節人工関節全置換術	ワ	K520 食道縫合術（穿孔、損傷） 4 内視鏡によるもの

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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件

○厚生労働省告示第八十二号

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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）第一項第五号の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成二十四年厚生労働省告示第四百十号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

令和二年三月二十三日

厚生労働大臣 加藤 勝信

本則を次の表のように改正する。

表を次のように改める。

厚生労働大臣 加藤 勝信

令和二年三月二十三日

ら適用する。

副傷病名（平成二十年厚生労働省告示第九十五号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

○厚生労働省告示第八十三号

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（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表19の規定に基づき、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部を改正する件

番号	疾患コード	傷病名 ICDコード	手術	手術・処置等1		手術・処置等2		定義副傷病名 疾患コード
				区分番号等	区分番号等	区分番号等	区分番号等	
1から 29まで	010010	脳腫瘍 C700, C709, C71, C722, C723, C724, C793, D320, D329, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D420, D429, D430, D431, D432, D433, D437, D439, G131, G132	その他の手術あり	なし	E003 (3の4に限る。) なし	なし	ペムプロリスマブ、テモゾロミド（注射薬に限る。）、ベバシズマブ、テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）、エベロリムス、メトトレキサート（注射薬に限る。）、M001-2、化学療法、放射線療法、E101, E101-2, G005, J045 なし	040080
			頭蓋内腫瘍摘出術等 K169, K151-2, K167, K170, K171, K171-2, K154, K011, K149 (2に限る。), K168, K150, K161	なし	E003 (3の4に限る。) あり	1あり G005, J045		
30から 48まで	010020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	頭蓋内腫瘍摘出術+原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	なし		2あり E101, E101-2	3あり 化学療法なしかつ放射線療法あり	
			その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし		4あり 化学療法ありかつ放射線療法あり	
30から 48まで	010020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	頭蓋内腫瘍摘出術+原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	なし		5あり 化学療法ありかつ放射線療法なし	5あり 化学療法ありかつ放射線療法なし	
			その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし		6あり M001-2	
30から 48まで	010020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	頭蓋内腫瘍摘出術+原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	なし		7あり メトトレキサート（注射薬に限る。）	7あり メトトレキサート（注射薬に限る。）	
			その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし		8あり テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）、エベロリムス	8あり テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）、エベロリムス
30から 48まで	010020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	脳血管内手術	なし		9あり ベバシズマブ	9あり ベバシズマブ	
			脳動脈瘤流入血管クランプリング（閉鎖し、リッピングを行うもの）等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし		なし J038 (4に限る。), G005, J045なし	040081

49 から 55 まで	010030	未破裂脳動脈 瘤	1670, 1671, 1725, 1726	その他の手術あり 手術以外の手術 脳血管内手術 K178 脳動脈瘤頸部クリッ ピング等 K177, K175, K176, K176+K610 (1に限る。)	なし あり	E003 (3 のイに限る。) なし E003 (3 のイに限る。)	なし あり	6005, J045 なし 6005, J045	
56 から 73 まで	010040	非外傷性頭蓋 内血腫 (非外 傷性硬膜下血 腫以外)	161, 1629, 1680, 0280, 0281, 0282, 0283	その他の手術あり 手術以外の手術 この項の手術の欄に掲げる 手術 K145, K174 (2に限る。) 手術 K178+K172, K172, K610 (1に限る。), K164 (3に限る。), K164-4, K164-5, K154, K149 (2に限る。)	なし あり	M001-2 なし M001-2	なし あり	M001-3 (1に限る。), J038 (4に限る。), G005, J045 なし M001-3 (1に限る。), J038 (4に限る。), G005, J045	あり 040080
74 から 80 まで	010050	非外傷性硬膜 下血腫	1620, 1621	その他の手術あり 手術以外の手術 慢性硬膜下血腫穿孔 K164-2, K147, K145 洗浄術等 頭蓋内血腫除去術 (K164 (2に限る。))	なし		なし あり	J038 (4に限る。), G005, J045 なし J038 (4に限る。), G005, J045	あり 010230
81 から 1664 まで	010060	脳梗塞	163	その他の手術あり 手術以外の手術 この項の手術の欄に掲げる 手術 K178-2, K178, K178-3, K178-4, K178-5, K609-2 K610 (1に限る。), K609, K149 (2に限る。), K164 (3に限る。), K164-4, K164-5, K610 (5に限る。)	なし 1あり 2あり	E003 (3 のイに限る。), K664, K665, K665-2 なし K664, K665, K665-2 E003 (3 のイに限る。)	なし 1あり 2あり	t P A, エダラボン, E101, E101-2, E201, H001, H001-2, J038 (4に限る。), G005, J045 なし J038 (4に限る。), G005, J045 H001, H001-2 E101, E101-2, E201 エダラボン t P A	1あり 010200, 010230, 050070, 150120 2あり 040080, 040081, 040151, 110310, 180010, 180035
1665 及び 1666	010061	一過性脳虚血 発作	G45				なし あり	E101, E101-2, E201 なし E101, E101-2, E201	
1667 から 1676 まで	010069	脳卒中の続発 症	169, 1978		なし あり	E003 (3 のイに限る。) なし E003 (3 のイに限る。)	なし あり	E101, E101-2, E201, J038 (4に限る。), G005, J045 なし J038 (4に限る。), G005, J045 E101, E101-2, E201	あり 040081, 110310

1677 から 1691 まで	010070	脳血管障害	G46, 164, 165, 166, 1672, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1681, 1682, 1688	その他の手術あり 手術以外の手術 経皮的頸動脈ステント留置術 K609-2 脳血管内手術等 K178, K609 (2に限る。), K610 (1に限る。), K178-2, K610-2, K616	なし あり	E003 (3 のイに限る。) なし E003 (3 のイに限る。)	なし あり	E101, E101-2, E201, J038 (4に限る。), G005, J045 なし J038 (4に限る。), G005, J045 E101, E101-2, E201	あり 010230
1692 から 1700 まで	010080	脳脊髄の感染 を伴う炎症	A066, A321, A390, A80, A82, A83, A84, A85, A86, A87, A88, A89, B003, B004, B010, B011, B020, B021, B050, B051, B060, B261, B262, B375, B384, B431, B582, G00, G02, G03, G041, G042, G048, G049, G05, G06, G07, G08, G09, G934, G958				なし 1あり 2あり	ガンマグロブリン, インターフェロン, G005, J045 なし インターフェロン, G005, J045 ガンマグロブリン	
1701	010083	結核性髄膜炎, 髄膜炎	A17, G01						
1702	010086	プリオン病	A810, A812, A818, A819						
1703 から 1706 まで	010090	多発性硬化症	G35, G360				なし 2あり 3あり 4あり	ナタリズマブ, グラチラマール酢酸塩, インターフェロン, J039, G005, J045 なし J039 グラチラマール酢酸塩, インターフェロン ナタリズマブ	
1707	010100	脱髄性疾患 (その他)	G040, G361, G366, G369, G37				なし	G005, J045 なし	
1708 から 1710 まで	010110	免疫介在性炎症性ニューロパチー	G61				なし 3あり 4あり	ガンマグロブリン, J039, G005, J045 なし J039 ガンマグロブリン	
1711	010111	遺伝性ニューロパチー	G130, G53, G58, G59, G60, G62, G63, G64				なし	G005, J045 なし	
1712 から 1714 まで	010120	特発性 (単一) ニューロパチー	G50, G52	その他の手術あり 手術以外の手術 三叉神経節後線維切断術等 K157, K159, K159-2, K160, K160-2, K383, K033, K388, K149 (2に限る。)			なし 4あり	G005, J045 なし ガンマグロブリン	

第3部

通知

■全診断群分類ツリー図

■全診断群分類定義テーブル

主要診断群（MDC：Major Diagnostic Category）	
MDCコード	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

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の一部を改正する件（令和2年厚生労働省告示第81号。以下「算定告示」という。）が公布され、令和2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下記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、令和2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、令和2年3月31日限り廃止する。

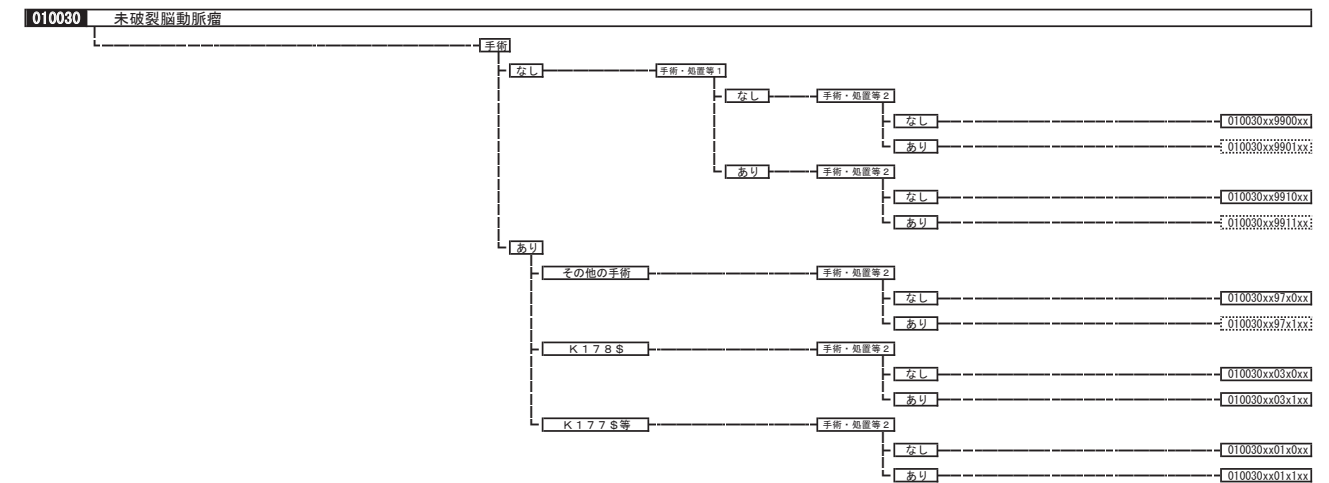
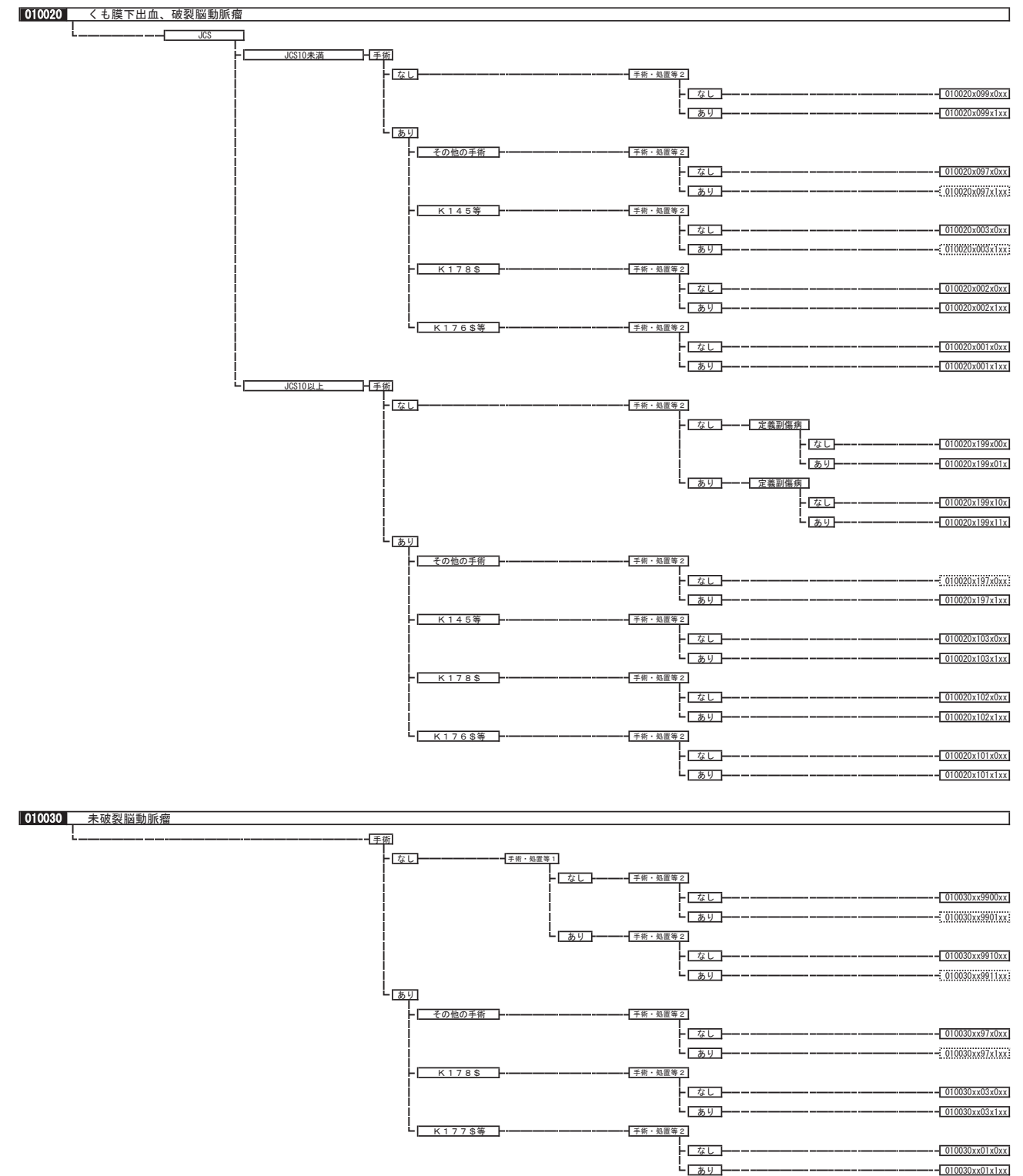
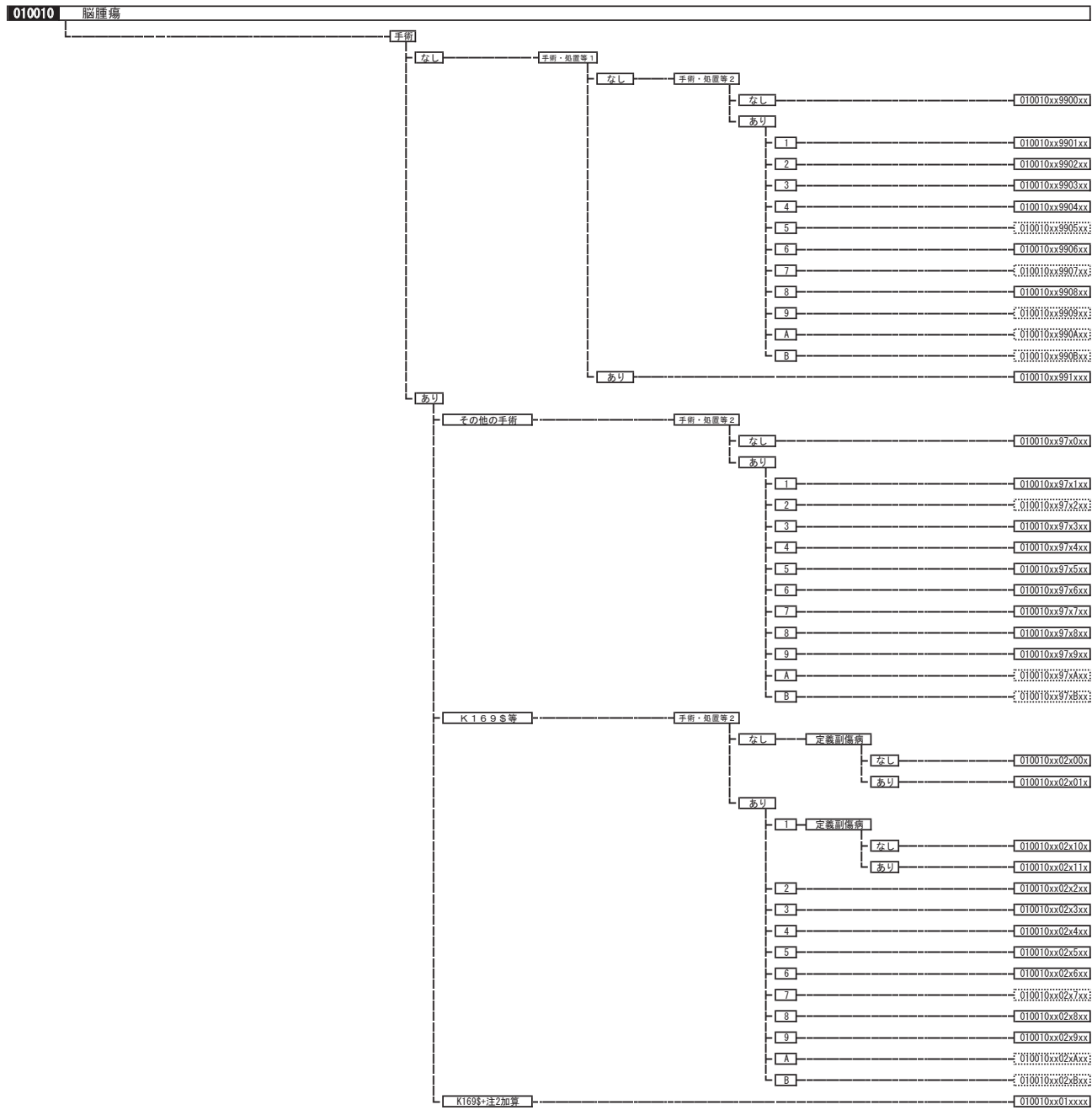
記

第1 DPC対象患者について

- 1 DPC対象患者は、算定告示に定める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、次に掲げる患者に係る療養の給付に要する費用の額は、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) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（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又は第 1 条の 2 に規定する患者申出療養を受ける患者
- (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 K709-6 同種死体膵島移植術
 - シ K716-4 生体部分小腸移植術
 - ス K716-6 同種死体小腸移植術
 - セ K780 同種死体腎移植術
 - ソ K780-2 生体腎移植術
 - タ 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（地域包括ケア病棟入院料 1 から 4 まで及び地域包括ケア入院医療管理料 1 から 4 までを算定する直前に療養に要する費用の額を算定告示別表により算定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（1 に限る。）
- (5) 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成 24 年厚生労働省告示第 140 号。以下「五号告示」という。）に該当する患者
- (6) 算定告示第 4 項の規定に基づき以下のいずれかに該当する病院の病棟に入院する患者
 - ア 月平均の入院患者数が、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数に 100 分の 105 を乗じて得た数以上の病院
 - イ 医師又は歯科医師の員数が医療法第 21 条第 1 項第 1 号又は第 22 条の 2 第 1 号の規定によ



MDC	コード	分類名	診療分野分類	疾患等分類		重症、出生時体重等	手術分岐	手術		手術・装置等1		手術・装置等2		装置別情報		重症度等
				対 シ ト	対 シ ト			対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	
				ICD コード	病態区分	コ ラ ト		対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	
				ICD コード	病態区分	コ ラ ト		対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	
				ICD コード	病態区分	コ ラ ト		対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	対 シ ト	
01	0080	脳神経系の疾患を伴う炎症	脳神経系の疾患を伴う炎症	A086 A321 A390		0 0 JCS10未満 1 1 JCS10以上	手術なし 手術あり	97 02 頭蓋骨形成手術 頭蓋骨形成を伴うもの K1B02 97 02 頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの K1B03 97 03 穿頭脳室ドレーナージ術 K145 97 03 水頭症手術 K1748 その他DK コード K609-2 02 11 経皮的脳動脈カテーテル留置術 K1788 01 01 脳血管内手術 K6092 01 06 脳動脈腔内閉鎖手術 内頸動脈 K6101 01 07 脳動脈形成術、閉鎖術 頭蓋内動脈 K17B-2 01 08 経皮的脳血管形成術 K610-2 01 09 脳新生血管造成術 K616 97 99 手術なし K146 97 01 脳腫瘍全摘術 K167 97 01 頭蓋内腫瘍摘出術 K1748 97 03 水頭症手術 K145 97 03 穿頭脳室ドレーナージ術 K145 97 03 脳腫瘍摘出術 K149 97 03 脳神経腫瘍手術 K1492 97 06 脳神経腫瘍 腫瘍全摘(多発) 腫瘍全摘(多発) 又は多発の腫瘍を含む、腫瘍切除 K1425 97 07 脳神経腫瘍 腫瘍全摘(多発) 又は多発の腫瘍を含む、腫瘍切除 K1428 97 08 脳神経腫瘍 腫瘍全摘(多発) 又は多発の腫瘍を含む、腫瘍切除 K503 97 09 脳神経腫瘍 腫瘍全摘(多発) 又は多発の腫瘍を含む、腫瘍切除 K360-5 97 09 脳神経腫瘍 腫瘍全摘(多発) 又は多発の腫瘍を含む、腫瘍切除 K368 97 97 手術あり その他DK コード		1 1 1 1 4 9 1 1 1 2 1 1 1 2 1 1 1 1 1 1	1 2 てんかん 1 2 精神発達遅延 1 2 2型糖尿病(糖 10007x 1 2 トンシスを除	01230 03370 10007x	0 0 15歳未満 1 1 15歳以上			
01	0083	脳神経腫瘍、脳腫瘍	脳神経腫瘍、脳腫瘍	A041 A178			99 99 手術なし 97 97 手術あり	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	0 0 リハビリなし 1 1 リハビリあり	
01	0086	プリオン病	プリオン病	A810 A812 A818			99 99 手術なし 97 97 手術あり	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	1 1 1 1 9 9 9 9	0 0 リハビリなし 1 1 リハビリあり	