

第 1 部

令和 4 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4年2月9日 中央社会保険医療協議会）

【I－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－②⑦】

②⑦ DPC／PDPSの見直し

第1 基本的な考え方

DPC／PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。

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. 医療機関別係数の見直し

（1）基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、3つの医療機関群を設定する。

① 設定要件

○ DPC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から4までの全て（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（外れ値を除く。）とする。
- ・ 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（令和2年10月から令和3年9月までの診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。
- ・ 診療実績に基づく要件については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

【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、後発医薬品により補正：外的要因補正）

- ・ 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DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の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3年9月22日～令和3年10月31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床当たりの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。
- ・ 特定機能病院については，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9.3版）

（3a）：手術実施症例１件当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）：D P C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件当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D P C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）：D P C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D P C算定病床の全患者総計の外保連手術指数をD P C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9.3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についても対象とする。

- ・ 内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））

（3A）：症例割合

（3B）：D P C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D P C算定病床の全患者総計で除して算出する。

「（3B）：D P C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D P C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D P C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9.3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。

【例】難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.05 \times 3 = 21.15$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

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は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。
 1. 外科医師数
 2. 難易度
 3. 手術時間数
- ・ 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\$xx (入院時JCS30以上) (DPC外含) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$xx (入院時JCS100以上, もしくは処置2ありのうちJ045\$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\$xx (処置2あり／なし) (ICD G700のみ) (DPC外含)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$xx (処置2・副傷病あり／なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD絞りなし)	処置2 (人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1xx (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<促>迫症候群, ARDS	040250xx99x1xx (処置2あり) (PGI2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1 5あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$xx (処置2あり E101SPECT・E100\$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置1 5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 G005中心静脈注射のみ除く) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) (ICD I822を除く) 050190xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD I822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\$xx (手術あり／なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD絞りなし)	処置2 (人工呼吸, PMX等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1xx\$ (手術あり／なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD K85\$のみ) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸, CHDF等)
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (DPC6桁全て)	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$xx (処置2あり／なし) (ICD E055のみ)	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx (ICD E272のみ)	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり／なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須) (DPC外含)	診断名, 腎生検

19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx（処置2 あり／なし） （D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生 検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$xx（化学療法あり） （ICD C910, C920, C950のみ） 130010xx97x\$xx（化学療法あり） （ICD C910, C920, C950のみ）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$xx\$xx（化学療法あり） （ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x\$xx（化学療法あり） （ICD絞りなし） 130030xx97x\$xx（化学療法あり） （ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC6析全て） （ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC6析全て） （リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070（処置2あり G005中心静脈注射のみ 除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置2（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx（処置2 3あり） （ICD絞りなし）（DPC外含）	処置2 3（PMX, CHDF）

【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。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４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）		
【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	（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）		

(2) 機能評価係数I

従前の評価方法を維持し、改定に伴う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4年度）> **太字下線部**が見直し内容

<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6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。 ※ 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。
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。 ※ 全て（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2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】 ・「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

評価対象：令和2年10月1日～令和3年9月30日データ

※ 診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

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診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 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、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、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等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検

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	1 （略） 一～三 （略） 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 イ～ヘ （略） ト <u>A319 特定機能病院リハビリテーシ ョン病棟入院料</u> チ <u>A400 短期滞在手術等基本料（短期 滞在手術等基本料1に限る。）</u> 五 （略） 2～4 （略）	1 （略） 一～三 （略） 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 イ～ヘ （略） （新設） ト <u>A400 短期滞在手術等基本料（短期 滞在手術等基本料1に限る。）</u> 五 （略） 2～4 （略）
5	5 第一項に規定する厚生労働大臣が指定する 病院は、次に掲げる基準を満たす病院とす る。 一 （略） 二 医科点数表区分番号A207診療録管理体 制加算に係る届出を行っていること。 三～五 （略）	5 第一項に規定する厚生労働大臣が指定する 病院は、次に掲げる基準を満たす病院とす る。 一 （略） 二 医科点数表に <u>掲げる</u> 区分番号A207診療 録管理体制加算に係る届出を行っているこ と。 三～五 （略）
別表		
2	別表 1 （略） 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 （略） 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から <u>注12まで並びに</u> 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 <u>A200-2、A204-2、A205からA206ま で、A208からA213まで、A219から A233-2まで、A234-3からA242-2ま で、A244（2に限る。）及びA246か らA251までに掲げる費用</u> (3) （略） (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号 B000からB001-3-2まで、 <u>B001-6か らB015まで及びB100</u> に掲げる費用 (5)～(7) （略） (8) 処置の費用のうち、区分番号J001 （5に限る。）、J003、J003-3、J 003-4、J010-2、J017、J017-2、J 027、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、 <u>J118-4、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</u>	別表 1 （略） 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 （略） 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 <u>A242まで、A244（2に限る。） 及びA246からA251までに掲げる費用</u> (3) （略） (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号 B000からB001-3-2まで <u>及び</u> B001-6 からB015までに掲げる費用 (5)～(7) （略） (8) 処置の費用のうち、区分番号J001 （5に限る。）、J003、J003-3、J 003-4、J010-2、J017、J017-2、J 027、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

第2部

告 示

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

○厚生労働省告示第七十五号

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、令和四年四月一日から適用する。ただし、同年二月二十八日以前に診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）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。）と同年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おいては、新別表16中「調整日の属する月の前月」とあるのは「令和四年四月から調整日の属する月の前月」と、「同月」とあるのは「同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、入院期間の起

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から注12まで並びに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A200-2、A204-2、A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2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、B001-6からB015まで及びB100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、J118-4、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040Ⅱ及びⅢ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。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤及び遺伝子組換えヒト von Willebrand 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
	(15日以上30日以内の期間)	6,308点
	(31日以上12月以内の期間)	6,515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
	(15日以上30日以内の期間)	7,782点
	(31日以上12月以内の期間)	7,989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
	(15日以上30日以内の期間)	6,308点
	(31日以上12月以内の期間)	6,515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
	(15日以上30日以内の期間)	7,782点
	(31日以上12月以内の期間)	7,989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

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	定義別傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)	
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II
1	010010x9900xx	脳腫瘍	なし	なし	なし			2	8	30	3,632	2,219
2	010010x9901xx	脳腫瘍	なし	なし	1あり			7	21	60	3,122	2,443
3	010010x9902xx	脳腫瘍	なし	なし	2あり			5	10	30	4,785	2,589
4	010010x9903xx	脳腫瘍	なし	なし	3あり			8	16	60	2,607	1,849
5	010010x9904xx	脳腫瘍	なし	なし	4あり			12	24	60	2,927	2,077
6	010010x9906xx	脳腫瘍	なし	なし	6あり			1	3	30	3,412	1,832
7	010010x9907xx	脳腫瘍	なし	なし	7あり			5	10	60	4,559	2,359
8	010010x9908xx	脳腫瘍	なし	なし	8あり			16	32	90	3,137	2,225
9	010010x990Axx	脳腫瘍	なし	なし	Aあり			6	13	60	9,051	3,678
10	010010x991xxx	脳腫瘍	なし	あり				2	4	30	4,124	2,935
11	010010x97x0xx	脳腫瘍	その他の手術あり		なし			7	16	60	3,002	2,222
12	010010x97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			19	40	120	3,292	2,408
13	010010x97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			16	32	90	2,812	1,995
14	010010x97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			21	42	120	3,016	2,139
15	010010x97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			15	30	90	2,960	2,100
16	010010x97x7xx	脳腫瘍	その他の手術あり		7あり			14	29	90	3,291	2,335
17	010010x97x8xx	脳腫瘍	その他の手術あり		8あり			31	62	120	3,045	2,160
18	010010x97x9xx	脳腫瘍	その他の手術あり		9あり			26	51	120	3,599	2,945
19	010010x03x00x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	なし		10	19	60	3,103	2,201
20	010010x03x01x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	あり		15	30	90	3,071	2,179
21	010010x03x10x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	なし		15	31	90	3,137	2,225
22	010010x03x11x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	あり		27	53	120	3,312	2,349
23	010010x03x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			16	31	90	3,415	2,423
24	010010x03x3xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり			23	46	90	2,787	1,977
25	010010x03x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			30	61	120	3,018	2,141
26	010010x03x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			19	38	90	3,299	2,340
27	010010x03x6xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		6あり			18	35	90	3,052	2,165
28	010010x03x7xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		7あり			25	51	120	3,603	2,556
29	010010x03x8xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		8あり			32	63	120	3,109	2,205
30	010010x03x9xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		9あり			36	72	120	3,513	2,874
31	010010x02x0xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算		なし			10	20	60	3,448	2,446
32	010010x02x1xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算		1あり			16	32	90	3,379	2,397

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

○厚生労働省告示第七十六号

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四百四十号）の一部を次のように改正し、令和四年四月一日から適用する。

令和四年三月十八日

厚生労働大臣 後藤 茂之

本則を次の表のように改正する。

改正後

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検査、手術又は放射線治療を受ける患者

イ D413 前立腺針生検法 1 | M R I 撮影及び超音波検査
融合画像によるもの

ロ K019-2 自家脂肪注入

ハ K054-2 脛骨近位骨切り術

ニ K080-7 上腕二頭筋腱固定術

ホ K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術

ヘ K145-2 皮下髄液貯溜槽留置術

ト K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術

チ K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術

リ K174 水頭症手術 3 | シャント再建術

ヌ K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術

ル K217 眼瞼内反症手術 3 | 眼瞼下制筋前転法

ヲ K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術

ワ K242 斜視手術 6 | 調節糸法

カ K259-2 自家培養上皮移植術

ヨ K268 緑内障手術（2 | 流出路再建術 イ | 眼内法及び濾過胞再建術（neodymium法）に限る。）

タ K305-2 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術

レ K308-3 耳管用補綴材挿入術

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

イ K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術

ロ K082-5 人工距骨全置換術

ハ K082-6 人工股関節摺動面交換術

ニ K134-3 人工椎間板置換術（頸椎）

ホ K134-4 椎間板内酵素注入療法

ヘ K147-2 頭蓋内モニタリング装置挿入術

ト K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術

チ K172 脳動静脈奇形摘出術 2 | 複雑なもの

リ K181-6 頭蓋内電極植込術 2 | 脳深部電極によるもの

の ロ 7 | 本以上の電極による場合

ヌ K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

ル K386-2 輪状甲状靱帯切開術

ヲ K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

ワ K445-2 顎関節人工関節全置換術

カ K446 顎関節授動術 1 | 徒手の授動術 イ | 単独の場合

ヨ K487 漏斗胸手術 4 | 胸骨挙上用固定具抜去術

タ K496-5 経皮的膿胸ドレナージ術

レ K527-2 食道切除術（単に切除のみのもの）

（傍線部分は改正部分）

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

○厚生労働省告示第七十七号

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、令和四年四月一日から適用する。

令和四年三月十八日

厚生労働大臣 後藤 茂之

表を次のように改める。



番号	疾患コード	傷病名		手術		手術・処置等 1		手術・処置等 2		定義副傷病名	
		ICD コード		区分番号等		区分番号等		区分番号等		疾患コード	
1 から 37 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	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	E003 (3 のイに限る。)	なし	ペムプロリズマブ、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	あり	
				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	あり	E003 (3 のイに限る。)	1 あり	G005, J045		
				頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算	K169+K939-2			2 あり	E101, E101-2		
				頭蓋内腫瘍摘出術+原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	K169+注 2 加算			3 あり	化学療法なしかつ放射線療法あり		
								4 あり	化学療法ありかつ放射線療法あり		
								5 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		
								6 あり	M001-2		
								7 あり	メトトレキサート (注射薬に限る。)		
								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		
								9 あり	ベバシズマブ		
								A あり	テモゾロミド (注射薬に限る。)		

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4年厚生労働省告示第75号。以下「算定告示」という。）が告示され、令和4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4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」（令和2年3月23日保医発0323第2号）は、令和4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）別表第一内科診療報酬点数表（以下「内科点数表」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

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（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 条各号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) 臓器の移植術を受ける患者であって、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もの

ア K 0 1 4 皮膚移植術（生体・培養）

イ K 0 1 4 - 2 皮膚移植術（死体）

ウ K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術

エ K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

オ K 6 0 5 - 2 同種心移植術

カ K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術

キ K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術

ク K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術

ケ K 7 0 9 - 3 同種死体膵移植術

コ K 7 0 9 - 5 同種死体膵腎移植術

サ K 7 0 9 - 6 同種死体膵島移植術

シ K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術

ス K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術

セ K 7 8 0 同種死体腎移植術

ソ K 7 8 0 - 2 生体腎移植術

タ K 9 2 2 造血幹細胞移植

- (4) 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

ア A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

イ A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料

ウ A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

エ A 3 0 8 - 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 までのいずれか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 A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

カ A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

キ A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

ク A 4 0 0 短期滞在手術等基本料（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) 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、

010010 脳腫瘍



