

第1部

令和6年度診療報酬改定における 「個別改定項目について」

本年6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。

②② D P C / P D P S の見直し

第 1 基本的な考え方

D P C / P D P S を安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、D P C 対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

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. D P C 対象病院の基準の見直し

(1) データ数について

急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間 1 月当たりのデータ数が 90 以上」であることを D P C 対象病院の基準として位置づける。

(2) 適切な D P C データの作成について

適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切な D P C データの作成に係る基準について、D P C 対象病院の基準として位置づけを見直す。

(3) D P C 制度への参加等の手続きについて

データ数及び適切な D P C データの作成に係る基準の運用については、令和 8 年度診療報酬改定時より D P C 制度への参加及び D P C 制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

3. 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（大学病院本院群、D P C 特定病院群、D P C 標準病院群）を設定する。ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。

※ データ数の算出にあたっては、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。

① 設定要件

D P C 特定病院群は、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)について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値(外れ値を除く。)とする。また、各医療機関の実績値は、令和4年10月から令和5年9月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

【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、後発医薬品により補正)

- ・ 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5年8月30日~令和5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9.4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):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
- ・ 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):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) : 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9.4版）において技術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。

「(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9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度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】技術度D，外科医師数3，手術時間数3の手術は $6.99 \times 3 = 20.97$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度，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技術度を付与する。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. 技術度
 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)	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\$\$x (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)	人工呼吸又は緊急透析 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\$\$\$1x\$ (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	100202xxxxxx\$ (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)	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 (DPC 6 桁全て) (ICD 絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC 6 桁全て) (リハビリ実施必須) (ICD 絞りなし)	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx\$xx (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について算出した複雑性指数

② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

実績要件		令和6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床当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	
	(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)		

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及び医療DXの推進において簡素化が求められ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。

(賃上げ全般)

- 2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

(医療DX)

- 3 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。

加えて、医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、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・人材確保)

- 4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

- 6 急性期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、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、S O F Aスコア等、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。

- 7 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、障害者施設等入院基本料、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。

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】 5 【項目の見直し】	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 (略) <u>ロ A304 地域包括医療病棟入院料</u> <u>ハ～リ</u> (略) 五 (略) 2～4 (略) 5 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は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一～三 (略) 四 前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数（以下「退院等した患者数」という。）を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇.八七五以上であること。 イ～リ (略) <u>ヌ A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料</u> <u>ル～カ</u> (略) 五 第三号イの調査期間において、一月あたりの退院等した患者数が九十以上であること。 六 第三号イの調査期間において、当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等に関する質の高いデータを適切に提出していること。 七 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。	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 (略) (新設) <u>ロ～チ</u> (略) 五 (略) 2～4 (略) 5 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は、次に掲げる基準を満たす病院とする。 一～三 (略) 四 前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇.八七五以上であること。 イ～リ (略) (新設) <u>ヌ～ワ</u> (略) (新設) (新設) 五 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。
別表 2 【項目の見直し】	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及び注5、A104の注5及び注10並びにA105の注3及び注4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、A207-3の注4、A208からA213まで、A214の注4、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A243-2、A244（2に限る。）、A246からA251まで及びA253に掲げる費用 (3) (略) (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-3まで及びB001-6か	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、A243の注ただし書、A244（2に限る。）及びA246からA251までに掲げる費用 (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、B001-6か

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

○厚生労働省告示第百一号

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、令和六年六月一日から適用する。ただし、同年四月三十日以前に診療報酬の算定方法の一部を改正する告示（令和六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、同年六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、同年五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、同年四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五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

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及び注5、A104の注5及び注10並びにA105の注3及び注4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、A207-3の注4、A208からA213まで、A214の注4、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A243-2、A244（2に限る。）、A246からA251まで及びA253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B001-3-3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、画像診断管理加算3及び画像診断管理加算4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、J007-2、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。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤及び抗TFPIモノクローナル抗体に係る費用

- 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)	8,152点
	(4日以上7日以内の期間)	7,176点
	(8日以上14日以内の期間)	5,818点
	(15日以上30日以内の期間)	6,323点
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	9,731点
	(4日以上7日以内の期間)	8,615点
	(8日以上14日以内の期間)	7,297点
	(15日以上30日以内の期間)	7,802点
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	8,152点
	(4日以上7日以内の期間)	7,176点
	(8日以上14日以内の期間)	5,818点
	(15日以上30日以内の期間)	6,323点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	8,152点
	(4日以上7日以内の期間)	7,176点
	(8日以上14日以内の期間)	6,240点
	(15日以上30日以内の期間)	6,745点
	(31日以上60日以内の期間)	6,952点
	救命救急入院料4	
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,731点	
(4日以上7日以内の期間)	8,615点	
(8日以上14日以内の期間)	7,297点	
(15日以上30日以内の期間)	7,802点	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,731点	
(4日以上7日以内の期間)	8,615点	
(8日以上14日以内の期間)	7,297点	
(15日以上30日以内の期間)	6,745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
1	010010x9901xx	脳腫瘍	なし	なし	1あり			6	19	60	3,461	2,370	2,014
2	010010x9902xx	脳腫瘍	なし	なし	2あり			4	10	30	4,959	2,843	2,230
3	010010x9903xx	脳腫瘍	なし	なし	3あり			8	16	60	2,676	1,898	1,613
4	010010x9904xx	脳腫瘍	なし	なし	4あり			11	22	60	2,981	2,115	1,798
5	010010x9906xx	脳腫瘍	なし	なし	6あり			1	3	30	3,791	1,854	1,723
6	010010x9908xx	脳腫瘍	なし	なし	8あり			15	31	90	3,025	2,146	1,824
7	010010x990Axx	脳腫瘍	なし	なし	Aあり			5	10	60	8,579	3,393	2,884
8	010010x991xxx	脳腫瘍	なし	あり				2	4	30	4,289	3,043	2,586
9	010010x97x00x	脳腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		7	14	60	3,149	2,164	1,839
10	010010x97x01x	脳腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		11	23	60	3,066	2,121	1,803
11	010010x97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			17	38	120	3,407	2,382	2,024
12	010010x97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			15	31	90	2,864	2,032	1,727
13	010010x97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			20	41	90	3,077	2,182	1,855
14	010010x97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			12	27	90	3,102	2,234	1,899
15	010010x97x7xx	脳腫瘍	その他の手術あり		7あり			12	25	60	3,173	2,596	2,336
16	010010x97x8xx	脳腫瘍	その他の手術あり		8あり			31	62	120	2,971	2,107	1,791
17	010010x97x9xx	脳腫瘍	その他の手術あり		9あり			24	51	120	3,736	2,703	2,297
18	010010x03x00x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	なし		9	18	60	3,227	2,183	1,855
19	010010x03x01x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし	あり		15	30	90	3,044	2,020	1,717
20	010010x03x10x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	なし		14	28	60	3,344	2,119	1,801
21	010010x03x11x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり	あり		24	47	120	3,436	2,154	1,831
22	010010x03x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			15	30	60	3,760	2,190	1,862
23	010010x03x30x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり	なし		22	43	90	2,878	1,899	1,614
24	010010x03x31x	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり	あり		33	66	150	2,984	1,987	1,689
25	010010x03x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			29	58	120	3,156	2,239	1,903
26	010010x03x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			15	31	90	3,497	2,481	2,109
27	010010x03x6xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		6あり			15	30	90	3,287	1,947	1,655
28	010010x03x8xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		8あり			32	64	120	2,991	2,122	1,803
29	010010x03x9xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		9あり			36	71	150	3,357	2,747	2,472
30	010010x02x0xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		なし			10	20	60	3,672	2,216	1,883
31	010010x02x1xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		1あり			16	31	90	3,713	2,162	1,837
32	010010x02x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術+術中血管等描出撮影加算等		2あり			14	29	60	4,361	2,420	2,057

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

○厚生労働省告示第百二号

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百四十号）の一部を次のように改正し、令和六年六月一日から適用する。

令和六年三月二十一日

厚生労働大臣 武見 敬三

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又は手術を受ける患者

イ	D412-3	経頸静脈的肝生検
ロ	K013-3	自家皮膚非培養細胞移植術
ハ	K022-3	慢性膿皮症手術
ニ	K053-2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
ホ	K055-4	大腿骨遠位骨切り術
ヘ	K069-4	関節鏡下半月板制動術
ト	K076-3	関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）
チ	K077-2	肩甲骨烏口突起移行術
リ	K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術 3 関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの
又	K082-7	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
ル	K147-3	緊急穿頭血腫除去術
ヲ	K176-2	脳硬膜血管結紮術
ワ	K196-6	末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）
カ	K259-3	ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術
ヨ	K271	毛様体光凝固術 1 眼内内視鏡を用いるもの
タ	K343-2	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 2 その他のもの

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 シヤント再建術
又	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（needle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
ソ	K319-2	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
ツ	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）

（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

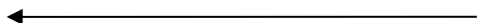
○厚生労働省告示第百三三号

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、令和六年六月一日から適用する。

令和六年三月二十一日

厚生労働大臣 武見 敬三

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 疾患コード
		ICDコード	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	
1から 36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	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1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	:010200, 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, K169-2, K169-3	あり	E003 (3の1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2. 加算等	K169+K939-2, K169-2+K939-2, K169-3+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 6 年厚生労働省告示第 101 号。以下「算定告示」という。）が告示され、令和 6 年 6 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 6 年 6 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 4 年 3 月 23 日保医発 0323 第 2 号）は、令和 6 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 D P C 対象患者について

- 1 D P C 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

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 4 地域包括医療病棟入院料
 - ウ A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料
 - エ A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - オ 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。）
 - カ A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料
 - キ A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料
 - ク A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
 - ケ 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

010010 脳腫瘍

