

日

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（平成 30 年令和 2 年厚生労働省告示第 68 号-81 号。以下「算定告示」という。）が公布され、平成 30 年令和 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、平成 30 年令和 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、平成 30 年令和 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
- シス K716-6 同種死体小腸移植術
- ムセ K780 同種死体腎移植術
- セソ K780-2 生体腎移植術
- ソタ 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 号の規定により有しなければならないこととされている員数に 100 分の 70 を乗じて得た数以下の病院
- 3 診断群分類区分に該当しない患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、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により算定する。

## 第 2 診断群分類区分等について

### 1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 入院患者に対する診断群分類区分の該当の有無は、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 20 年厚生労働省告示第 95 号。以下「定義告示」という。）に定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名等から、診断群分類定義樹形図（別添 1。以下「ツリー図」という。）及び診断群分類定義表（別添 2。以下「定義テーブル」という。）に基づき主治医が判断すること。

ツリー図は、定義テーブルに定める診断群分類ごとに、手術、処置等又は定義副傷病の有無等に応じた分岐及び当該分岐ごとに設定された 14 桁のコード（以下「DPCコード」という。）で構成され、DPCコードのうち、診断群分類区分に該当する分岐の 14 桁のコード（診断群分類点数表に定める診断群分類番号を指す。）を実線で、診断群分類区分に該当しない分岐の 14 桁コード（以下「医科点数表算定コード」という。）を点線で表したものであり、主治医はこれに基づき適切なDPCコードを選択するものとする。

なお、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せてDPCコードを記載すること。

- ① 五号告示第二号に該当した患者
- ② 診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者
- ③ 医科点数表算定コードに該当した患者
- ④ 地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

- (2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医が疾病及び関連保健問題の国際統計分類 ICD-10（2013 年版）に準拠した平成 27 年総務省告示第 35 号（統計法第 28 条第 1 項の規定に基づく疾病、傷害及び死因に関する分類の「（1）基本分類表」（以下「ICD-10」という。）から選択すること。

ただし、ICD-10 のうち以下のものについては、選択しないこと。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ 他章に分類される疾患の原因である連鎖球菌及びブドウ球菌（B95）からその他及び詳細不明の感染症（B99）
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確及び原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R04.0）、咯血（R04.2）、気道のその他の部位からの出血（R04.8）、気道からの出血、詳細不明（R04.9）、熱性けいれん＜痙攣＞（R56.0）、限局性発汗過多＜多汗＞（症）（R61.0）、全身性発汗過多＜多汗＞（症）（R61.1）、発汗過多＜多汗＞（症）、

詳細不明 (R61.9) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R73.0) を除く。)

- また、独立した (原発性) 多部位の悪性新生物<腫瘍> (C97)、部位不明の表在損傷 (T14.0) から損傷、詳細不明 (T14.9) までについては選択せず、主たる部位の ICD-10 を選択すること。
- (3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等 (入院診療計画等により確認されるものに限る。) も勘案した上で診断群分類区分の適用を判断すること。
- (4) 一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。
- (5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、決定するに当たっては次の点に留意すること。

入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の D P C コードに該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等 1」及び、「手術・処置等 2」及び「定義副傷病」の全ての項目において、ツリー図において、下に掲げられた D P C コードを優先して選択すること。

- (6) 医科点数表において「区分番号 K○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術について診断群分類区分を決定するに当たっては、準用元の手術で判断すること。
- (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は、患者の退院 (D P C 算定対象となる病棟等以外の病棟への転棟を含む。) 時に行うものとする。

## 2 診断群分類点数表の入院期間等

### (1) 診断群分類点数表の入院期間

診断群分類点数表の入院期間は、同表に掲げられた入院日 (日) に応じ、以下によるものとする。

- ① 入院期間Ⅰ：入院日Ⅰに掲げる日数以下の期間
- ② 入院期間Ⅱ：入院日Ⅰに掲げる日数を超え入院日Ⅱに掲げる日数以下の期間
- ③ 入院期間Ⅲ：入院日Ⅱに掲げる日数を超え入院日Ⅲに掲げる日数以下の期間

### (2) 定義副傷病

- ① 定義副傷病は、手術あり・なし別に、定義テーブルの定義副傷病欄のフラグによるものとする。なお、フラグは以下のとおり定義する。
  - ア 手術あり・なし共通の定義副傷病 (定義副傷病欄フラグ 1)
  - イ 手術なしの場合の定義副傷病 (定義副傷病欄フラグ 2)
  - ウ 手術ありの場合の定義副傷病 (定義副傷病欄フラグ 3)
- ② 定義副傷病は、入院時併存症 (入院当初に患者が既に持っている傷病) 及び入院後発症傷病 (入院後に発症した傷病) の両方を含むものである (疑い病名は除く。)

## 3 用語等

- (1) 「J C S」は Japan Coma Scale の略称である。なお、該当する J C S は、D P C 算定対象となる病棟等への入院等の時点で判断するものとする。ただし、入院等後に当該病棟において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病となる場合は、当該傷病の発症時に判断する。
- (2) 「G A F」は Global Assessment of Functioning の略称である。
- (3) 「15 歳以上」等の年齢については、診断群分類区分が適用される入院時の年齢等による。
- (4) 定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術は、同

- 一入院期間中に並列された全ての手術が実施された場合に該当するものとする。
- (5) 定義告示及び算定告示中の手術、処置等の定義は、次に掲げるものを除き、医科点数表の区分によるものとする。
- ① 「化学療法」とは、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、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。）をいい、抗生剤のみの使用及び G-CSF 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。
- ② 「放射線療法」とは、医科点数表第 2 章第 12 部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。
- (6) 「電気生理学的検査」とは、医科点数表第 2 章第 3 部に掲げる検査において、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 114(2)に掲げる保険医療材料を、「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をいう。
- (7) 「動注化学療法」とは、医科点数表第 2 章第 6 部に掲げる注射のうち G 002 動脈注射により化学療法を実施することをいう。
- (8) 手術あり又は手術なしにおける「手術」とは、医科点数表第 2 章第 10 部に掲げる手術（輸血管材料を除く。）の有無をいう。
- (9) 「全身麻酔」とは、医科点数表第 2 章第 11 部に掲げる麻酔のうち L 007 開放点滴式全身麻酔又は L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。
- (10) 「メトトレキサート大量療法」とは、骨肉腫に対してメトトレキサート 5 g 以上（バイアル換算で 25 本以上）投与する化学療法をいう。
- (11) 「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」及び「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 部に掲げる麻酔に規定される L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）に掲げる「1」の神経根ブロック、「2」の腰部硬膜外ブロック及び「5」の仙骨部硬膜外ブロックをいう。
- (12) 060350 急性膵炎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）（厚生労働科学研究補助金難治性膵疾患克服研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究班）により重症（予後因子 3 点以上又は造影 C T grade 2 以上）として判定される病態をいう。なお、重症度が判定できない「不明」の場合にあっては「軽症」の診断群分類区分を選択するものとする。
- (13) 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  $\beta$  の「一定期間以上投与した場合に限る。」とは、一入院期間中における 7 日以上の投与をいうものであり、連続 7 日以上の投与に限るものではない。
- (14) 010060 脳梗塞における年齢、出生時体重等の発症時期及び J C S は、診断群分類区分の適用開始時を起点として選択するものとする。なお、診断群分類区分の適用開始後に発症した場合は、発症後 3 日以内、発症時点での J C S を選択すること。
- また、重症度等の「発症前 Rankin Scale」とは、発症前概ね 1 週間の A D L を病歴等から推定し、以下に掲げる 0 から 5 までのうちいずれかを選択すること。なお、病歴からも全く推定

ができない場合にあつては、5を選択すること。

- 0 全く症候がない
- 1 明らかな障害はない：日常の勤めや活動は行える
- 2 軽度の障害：自分の身の回りのことは介助なしで行える
- 3 中等度の障害：何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える
- 4 中等度から重度の障害：歩行や身体的要求には介助が必要である
- 5 重度の障害：寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする

(15) 040080 肺炎等における病態等分類の「市中肺炎」への該当の有無は、主治医の判断によるものとするが、肺炎のうち以下に該当しないものを市中肺炎の例として示すので、参考にする

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

また、重症度等の「A-DROP スコア」とは、以下の 5 項目のうち入院時（入院中に発生した場合は発症時）の状態に該当する項目の合計数をいう。

- ・ 男性 70 歳以上、女性 75 歳以上
- ・ BUN 21 mg/dL 以上又は脱水あり
- ・ SpO<sub>2</sub> 90%以下（PaO<sub>2</sub> 60Torr 以下）
- ・ 意識障害あり
- ・ 血圧（収縮期）90 mmHg 以下

(16) 120170 早産、切迫早産における「年齢、出生時体重等の妊娠週数」とは、入院時の妊娠週数をいう。なお、「妊娠週数 34 週以上」には妊娠週数が不明の場合等も含む。

(17) 100250 下垂体機能低下症における「内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験」とは、医科点数表第 2 章第 3 部に掲げる検査のうち、D287 内分泌負荷試験に掲げる「1」の下垂体前葉負荷試験をいう。

### 第 3 費用の算定方法

#### 1 診療報酬の算定

(1) 診断群分類点数表等による 1 日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。

各月の診療報酬は、1 日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第 1 位を四捨五入するものとする。

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数（平成 24 年厚生労働省告示第 165 号。以下「係数告示」という。）に定める基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数を合算したものとする。

① ① 機能評価係数Ⅰの算定方法

機能評価係数Ⅰの算定については、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年令和2年3月5日保医発 0305 第2号）に基づき、地方厚生（支）局長に届出を行い、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から合算する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から合算する。なお、平成30年令和2年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件の審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って合算できるものとする。

ただし、機能評価係数Ⅰの算定については、係数告示に定める病院のDPC算定対象となる病棟等における医科点数表の届出に基づく診療料について算定することとし、DPC算定対象となる病棟等以外の病棟における医科点数表の届出に基づく診療料については算定できないものとする。

なお、次に掲げる機能評価係数Ⅰの適用日は、他の機能評価係数Ⅰの適用日と取扱いが異なるので十分に留意すること。

ア 地域医療支援病院入院診療加算

区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、当該病院が月の初日に医療法第4条第1項の規定により地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けた場合は同日より、月の途中で当該承認を受けた場合は翌月1日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中の全ての患者に対して加算することができる。

イ 臨床研修病院入院診療加算

区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、実際に臨床研修を実施している月に限り加算することができる。

ウ データ提出加算

区分番号A245に掲げるデータ提出加算については、当該加算が算定可能な月に限り、加算することができる。

(3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、①に掲げる点数（②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。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表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。

① 診断群分類点数表に含まれる費用

- ア 第1章第2部第1節 入院基本料
- イ 第1章第2部第2節 入院基本料等加算
- ウ 第1章第2部第4節 短期滞在手術等基本料
- エ 第2章第1部 医学管理等の費用
- オ 第2章第3部 検査の費用
- カ 第2章第4部 画像診断の費用
- キ 第2章第5部 投薬の費用
- ク 第2章第6部 注射の費用
- ケ 第2章第7部第2節 薬剤料
- コ 第2章第8部第2節 薬剤料

- サ 第2章第9部 処置の費用
- シ 第2章第13部第1節 病理標本作製料
- ② ①に掲げる点数の費用から除かれる費用
- ア 入院基本料のうち、A100 一般病棟入院基本料の注4 重症児（者）受入連携加算、注5 救急・在宅等支援病床初期加算及び注12 ADL維持向上等体制加算、A104 特定機能病院入院基本料の注5 看護必要度加算及び注10 ADL維持向上等体制加算、A105 専門病院入院基本料の注3 看護必要度加算、注4 一般病棟看護必要度評価加算及び注9 ADL維持向上等体制加算に掲げる費用
- イ 入院基本料等加算のうち、A205 救急医療管理加算からA206 在宅患者緊急入院診療加算まで、A208 乳幼児加算・幼児加算からA213 看護配置加算まで、A219 療養環境加算からA233-2 栄養サポートチーム加算まで、A234-3 患者サポート体制充実加算からA242 呼吸ケアチーム加算まで、A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）及びA246 入退院支援加算からA ~~250 薬剤総合評価調整~~ 251 排尿自立支援加算までに掲げる費用
- ウ 短期滞在手術等基本料のうち、A400 短期滞在手術等基本料1に掲げる費用
- エ 医学管理等の費用のうち、~~通則に掲げるオンライン医学管理料~~、B000 特定疾患療養管理料からB001-3-2 ニコチン依存症管理料まで及びB001-6 肺血栓塞栓症予防管理料からB ~~014 退院時薬剤情報管理指導料~~ 015 精神科退院時共同指導料までに掲げる費用
- オ 検査の費用のうち、D206 心臓カテーテル法による諸検査、D295 関節鏡検査からD325 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法まで及びD401 脳室穿刺からD419-2 眼内液（前房水・硝子体液）検査までに掲げる費用
- カ 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並びに通則第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 造影剤注入手技（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
- キ 注射の費用のうち、区分番号G020 無菌製剤処理料に掲げる費用
- ク 処置の費用のうち、区分番号J001 熱傷処置（5に限る。）、J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）、J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、J 003-4 多血小板血漿処置、J010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017 エタノールの局所注入、J017-2 リンパ管腫局所注入、J027 高気圧酸素治療、J034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術、J038 人工腎臓からJ042 腹膜灌流まで、J043-6 人工膵臓療法、J 043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入、J045-2 一酸化窒素吸入療法、J047 カウンターショック、J047-2 心腔内除細動、J049 食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2 熱傷温浴療法、J054-2 皮膚レーザー照射療法、J062 腎盂内注入、J116-5 酵素注射療法、J122 四肢ギプス包帯（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 体幹ギプス包帯からJ128 脊椎側弯矯正ギプス包帯まで（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 義肢採型法治療装具の採型ギプス ズ（42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。）並びにJ129-2 練習用仮義足又は仮義手（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 に掲げる人工腎臓（1から3までに限る。）に当たって使用した保険医療材料（材料

価格基準別表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

ケ 病理標本作製料のうち、区分番号N003術中迅速病理組織標本作製に掲げる費用

コ HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用

サ 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

#### (4) 特定入院料の取扱い

医科点数表に掲げる特定入院料のうち、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料又はA307小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表4から6の表の右欄に掲げる点数を加算する。なお、当該点数を算定する際の包括範囲は、(3)に定める範囲とし、特定入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算は、次に掲げるものとする。

① A300救命救急入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算(タケについては、A300救命救急入院料の注2に係る加算を算定しない場合に限り算定できる。)

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
- エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- オ A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る。)
- カ A246 入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)
- キ A247 認知症ケア加算
- ク A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
- ケ A248 精神疾患診療体制加算
- コ A251 排尿自立支援加算

② A301特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
- エ A232 がん拠点病院加算
- オ A234-3 患者サポート体制充実加算
- カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- キ A244 病棟薬剤業務実施加算(2に限る。)

- ク A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
  - ケ A247 認知症ケア加算
  - コ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
  - サ A248 精神疾患診療体制加算
  - シ A251 排尿自立支援加算
- ③ A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
  - エ A232 がん拠点病院加算
  - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - キ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
  - ク A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
  - ケ A247 認知症ケア加算
  - コ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
  - サ A248 精神疾患診療体制加算
  - シ A251 排尿自立支援加算
- ④ A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
  - エ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - カ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
  - キ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
  - ク A247 認知症ケア加算
  - ケ A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
  - コ A248 精神疾患診療体制加算
  - サ A251 排尿自立支援加算
- ⑤ A301-4 小児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - エ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
  - オ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
  - カ A248 精神疾患診療体制加算
  - キ A251 排尿自立支援加算

- ⑥ A302 新生児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - エ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
  - オ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
- カ A251 排尿自立支援加算
- ⑦ A303 総合周産期特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - オ A244 病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）
  - カ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
  - キ A248 精神疾患診療体制加算
- ク A251 排尿自立支援加算
- ⑧ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - ウ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - エ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）
- オ A251 排尿自立支援加算
- ⑨ A305 一類感染症患者入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - エ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - オ A246 入退院支援加算（1のイに限る。）
- カ A251 排尿自立支援加算
- ⑩ A307 小児入院医療管理料1又は2を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
  - ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
  - エ A221-2 小児療養環境特別加算
  - オ A226-2 緩和ケア診療加算
  - カ A232 がん拠点病院加算
  - キ A234-3 患者サポート体制充実加算
  - ク A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - ケ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）

コ A248 精神疾患診療体制加算

サ A251 排尿自立支援加算

⑩ A307 小児入院医療管理料3又は4を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A205-2 超急性期脳卒中加算

イ A206 在宅患者緊急入院診療加算

ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

エ A221-2 小児療養環境特別加算

オ A234-3 患者サポート体制充実加算

カ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

キ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）

ク A248 精神疾患診療体制加算

ケ A251 排尿自立支援加算

⑪ A307 小児入院医療管理料5を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A205-2 超急性期脳卒中加算

イ A206 在宅患者緊急入院診療加算

ウ A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

エ A221-2 小児療養環境特別加算

オ A231-2 強度行動障害入院医療管理加算

カ A231-4 摂食障害入院医療管理加算

キ A234-3 患者サポート体制充実加算

ク A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ケ A246 入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）

コ A248 精神疾患診療体制加算

サ A251 排尿自立支援加算

(5) 入院日Ⅲを超えた場合の取扱い

入院期間が診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲを超えた日以降の診療報酬は医科点数表により算定する。ただし、次の点に留意すること。

① 悪性腫瘍患者等（化学療法等を実施されたものに限る。）に対して、診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院日Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料及び当該薬剤に関する医科点数表に掲げる第2章第5部投薬、同章第6部注射（G020 無菌製剤処理料の費用を除く。）の費用は算定することはできない（当該抗悪性腫瘍剤等以外の薬剤に関する医科点数表に掲げる第2章第5部投薬、同章第6部注射の費用は算定することができる。）。

なお、「化学療法等を実施された」診断群分類区分とは、次のいずれかに該当する診断群分類区分をいう。

ア 悪性腫瘍患者に対する化学療法（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」）に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。）

イ ア以外であって、特定の薬剤名（成分名）を含む診断群分類区分（この場合にあっては悪性腫瘍患者以外の患者が含まれるため留意すること。）

この際、入院日Ⅲを超えた日以降に算定できない「抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料」とは、

アに該当する診断群分類区分にあつては、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（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」に定義される薬剤）に係る薬剤料であり、イに該当する診断群分類区分にあつては、明示された薬剤（ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。）に係る薬剤料である。

上記以外の薬剤（例：糖尿病に係る薬剤料）については別に薬剤料を算定することができる。

② 入院日Ⅲを超えた日以降に手術を実施した場合は、「手術あり」の分岐を選択すること。

#### (6) 外泊の取扱い

① 入院患者の外泊期間中の入院料等については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15%を算定できる。

ただし、当該入院基本料の基本点数又は特定入院料の30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ、月（同一暦月）6日以内に限る。

② 入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊する場合に、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、上記の点数に加え、区分番号C100に掲げる退院前在宅療養指導管理料を外泊初日1回に限り算定できる。

③ 外泊期間は、診断群分類点数表等による診療報酬の算定にあたり、入院期間として算入するものとする。

#### (7) 同一傷病等での再入院に係る取扱い

① D P C算定対象となる病棟等に入院していた患者（地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する病棟又は病床において診断群分類点数表によって算定する患者を含む。）が、当該病棟等より退院した日の翌日又は転棟した日から起算して7日以内にD P C算定対象となる病棟等（地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する一般病棟の病床を含む。）に再入院（D P C算定対象とならない病棟へ転棟した後の再転棟及び又は当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関に再入院した場合もを含む。以下「再入院」という。）した場合について、次に該当する場合（以下「同一傷病等」という。）は、当該再入院は前回入院と一連の入院とみなすこととし、当該再入院の入院期間の起算日は初回の入院日とする。なお、退院期間は入院期間として算入しない（D P C算定対象とならない病棟への転棟期間は入院期間として算入する。）。

ア 直近のD P C算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合又は直近のD P C算定対象となる病棟等に入院していた際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上6桁が同一である場合（以下「同一傷病」という。）

イ 再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるI C Dコード以外のI C Dコード又は診断群分類「180040 手術・処置等の合併症」に定義されるI C Dコードを選択した場合

また、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が異なり同一傷病等の一連の入院に該当しないにも関わらずかかわらず、直近の入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合は、再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

② 予め当該病院に再入院することが決まっております。再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」が悪性腫瘍であり、かつ、化学療法（第2の3の(5)の①に掲げる「化学療法」）に係る診断群分類区分（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類区分を含む。）に該当する場合は、①に該当する場合でも同一傷病等での再入院に係る取扱いから除き一連の入院とはみなさない。当該規定を適用する場合については、化学療法の実施日（予定日）及びレジメンを含む化学療法の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該規定は、再転棟の場合は適用されないので留意すること。

③ ①及び②の再入院に係る取扱いにかかわらず、A205 救急医療管理加算から A206 在宅患者緊急入院診療加算まで、A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算、A232 がん拠点病院加算、A234-3 患者サポート体制充実加算、A236-2 ハイリスク妊娠管理加算、A237 ハイリスク分娩管理加算、A246 入退院支援加算、A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算、B004 退院時共同指導料 1、B005 退院時共同指導料 2、B006-3 退院時リハビリテーション指導料、B014 退院時薬剤情報管理指導料及び B015 精神科退院時共同指導料に掲げる費用は、以下のア、イの場合を除き、再入院時には算定することができない。

ア 退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して3月を超える期間、診断群分類区分の上6桁が同一の場合について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

(8) 同一傷病等による7日以内の再入院に当たっての特定入院料の加算については、前回入院と一連の入院と見なした日数を限度日数とすること。

(9) 地域包括ケア入院医療管理料 1から4まで を算定する病室に転室する場合等の取扱い

D P C 算定対象となる病棟から地域包括ケア入院医療管理料 1から4まで に係る届出を行っている病室（一般病棟に限る。）に転室した場合、第2の2の(1)の③に掲げる診断群分類点数表に定める入院日Ⅲまでの期間は、引き続き転室前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。なお、診断群分類点数表で算定する期間は、地域包括ケア入院医療管理料 1から4まで を算定することはできない。

また、D P C 算定対象となる病棟に入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア入院医療管理料 ~~を~~ 1から4まで を算定する病室に再入院（転室）する場合は、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し診療報酬明細書の摘要欄に記載することとし、当該診断群分類に基づき(7)の規定に該当する場合は、一連の入院として直近のD P C 算定対象となる病棟において算定した診断群分類区分と同じ区分により引き続き算定するこ

ととし、起算日は初回の入院日とする。

なお、(7)の規定に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する病室への当該再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10) 地域包括ケア病棟入院料1から4までを算定する病棟に転棟する場合等の取扱い

D P C算定対象となる病棟から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（一般病棟に限る。）に転棟した場合、第2の2の(1)の②に掲げる診断群分類点数表に定める入院日Ⅱまでの期間は、引き続き転棟前と同じ診断群分類区分により算定することとし、起算日は当該入院日とする。ただし、第2の2の(1)の③に掲げる入院期間Ⅲにおいて、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は、転棟した日から医科点数表により算定する。なお、診断群分類点数表で算定する期間は、地域包括ケア病棟入院料1から4までを算定することはできない。

また、D P C算定対象となる病棟に入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア病棟入院料1から4までを届け出る病棟に再入院（転棟）する場合であって、(7)に該当する場合は、入院日Ⅱまでの期間は一連の入院として直近のD P C算定対象となる病棟において算定した診断群分類区分と同じ区分により算定することとし、起算日は初回の入院日とする。この場合において、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、D P C算定対象となる病棟に入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア病棟入院料1から4までを届け出る病棟に再入院（転棟）する場合であって、(7)に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料1から4までを届け出る病棟への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(11) 退院時処方取扱い

診断群分類区分の決定に当たり、退院時処方（退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。以下同じ。）した場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

ただし、その場合において、別に薬剤料のみを算定することができる。

~~(11)~~(12) 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

診療上必要があり、入院中の患者に対し他の保険医療機関の保険医の立合診察（以下「対診」という。）が実施された場合又は入院中の患者が他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取扱い、当該保険医療機関において算定すること。

なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

~~(12)~~第13 第1の2の(6)に該当する場合は、以下のとおり取り扱うこと。なお、再度診断群分類点数表により算定することとなった場合の入院期間の算定の起算日は、入院の日とする。

- ① 月平均の入院患者数が、医療法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となった場合は、当該月の翌月から医科点数表により算定すること。その後、100分の105を乗じて得た数未満となった場合

は、当該月の翌月から再度診断群分類点数表により算定すること。

- ② 医師等の員数が医療法で有することとされている医師等の員数の 100 分の 70 以下となった場合は、当該月の翌月から医科点数表により算定すること。その後、医師等の員数が 100 分の 70 を超えた場合は、当該月の翌月から再度診断群分類点数表により算定すること。

(1314) 診断群分類 120290 産科播種性血管内凝固症候群及び 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したのが DIC であるか否かについて、よりの確な診療報酬明細書審査を行うため、以下の内容がを診療報酬明細書の摘要欄に記載された症状詳記を添付すること。

- ・ DIC の原因と考えられる基礎疾患
- ・ 厚生労働省 DIC 基準による DIC スコア又は急性期 DIC 診断基準（日本救急医学会 DIC 特別委員会）による DIC スコア
- ・ 入院期間中に実施された治療内容（DIC 及び DIC の原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(1415) 診断群分類点数表等による診療報酬の算定方法

対象患者の診療報酬は、(1) から (1314) により算定する。

なお、入院時食事療養費に係る食事療養の費用については、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により算定する。

## 2 診療報酬の調整等

(1) 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をもって一の入院期間において統一するものとする。

(2) 入院当初は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た患者が、退院時には医科点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合等、入院期間内において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する。

(3) 転棟した場合等の取扱い

① DPC 算定対象となる病棟以外の病棟に転棟した場合には、転棟した日の診療報酬の算定は医科点数表によるものとする。この場合において、DPC 算定対象となる病棟以外の病棟における入院料等の算定に当たっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

② DPC 算定対象となる病棟以外の病棟から DPC 算定対象となる病棟に転棟し、診断群分類点数表等により診療報酬を算定する場合には、当該病棟に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。

なお、DPC 算定対象となる病棟から DPC 算定対象となる病棟以外の病棟に転棟し、その後、DPC 算定対象となる病棟に再転棟した場合についても同様の取り扱いとする。

ただし、1 の (7) に該当する場合はこの限りではない。

(4) 退院の日、~~DPC 算定対象となる病棟等以外の病棟に転棟（地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病室において診断群分類点数表により診療報酬を算定していた患者の当該病室以外への転室を含む。）した日の前日又は入院日 III を超えた日の前日（以下「退院の日等」という。）~~における療養に適用する診断群分類区分と退院の日等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、退院の日等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退院の日等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、退院の日等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。

~~(5)(5)~~ (4)の規定にかかわらず、算定告示別表16に規定する調整日（退院の日を除く。この項において同じ。）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。

(6) 同一傷病等での7日以内の再入院となった患者の取扱いについては、初回入院、再入院を合わせて一入院とし、(1)～(4.5)に準じて取り扱うこと。

### 3 その他

(1) 外泊及び転棟した場合等の取扱いについては、適切に取り扱われるよう十分に留意すること。

(2) 入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

## 第4 経過措置

係数告示別表第一から別表第三までに掲げる病院の一般病棟について、平成30年令和2年2月28日までに診療報酬として算定した額と、同月までの療養について同年3月31日における療養に適用する算定告示別表20の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に調整し、退院の算定告示別表16に規定する調整日において調整する場合には、同年4月分以降の費用の額について調整する。なお、この場合において、入院期間の起算日は入院の日とする。