

保医発第0319002号
平成20年3月19日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県高齢者医療主管部（局）
高齢者医療主管課（部）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

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等の
施行に伴う実施上の留意事項について（通知）

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」（平成20年厚生労働省告示第93号。以下「算定告示」という。）、「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及び調整係数」（平成20年厚生労働省告示第96号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成20年厚生労働省告示第95号。以下「定義告示」という。）等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

なお、本通知は、平成20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等の施行に伴う実施上の留意事項について（通知）」は、平成20年3月31日限り廃止する。

別添

第1 対象病院及び対象患者

1 対象病院

- (1) 対象病院は、調整係数告示別表左欄に掲げる病院とする。
- (2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。

ただし、平成20年4月1日以降に新たに当該入院基本料の基準を満たさなくなった病院については、再び要件を満たすことができるかどうかについて判断するため、3か月間の猶予期間を設け、3か月を超えてもなお、要件を満たせない場合には、DPC対象病院から除外する。

診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること。

標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

上記の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間(10か月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上であること。

ただし、平成20年3月31日時点において、既に対象病院となっている病院については、当分の間、なお従前の例による。

2 対象患者

- (1) 対象患者は、算定告示別表11に定める診断群分類点数表（以下「診断群分類点数表」という。）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、以下の患者の「療養に要する費用の額」（以下「診療報酬」という。）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。

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
薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第16項に定める治験の対象患者

皮膚移植術、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、
生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死
体腎移植術、生体腎移植術、骨髄移植又は臍帯血移植を受ける患者

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1
条第1号に定める先進医療である療養を受ける患者

医科点数表に定める障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリ
テーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料若しくは緩和ケ

ア病棟入院料又は短期滞在手術基本料(3を除く。)を算定する患者

「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1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」(平成20年厚生労働省告示第94号)に該当する患者

- (3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、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。なお、診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

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) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。

なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示及び診断群分類定義樹形図(別添1。以下「ツリー図」という。)を参考にすること。

- (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ICD10から選択すること。

ただし、以下のICD10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レンサ球菌およびブドウ球菌(B95)からその他およ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および原因不明の死亡(R99)まで(ただし、鼻出血(R040)、咯血(R042)、気道のその他の部位からの出血(R048)、気道からの出血、詳細不明(R049)、熱性けいれん(R560)、限局性発汗過多(R610)、全身性発汗過多(R611)、発汗過多、詳細不明(R619)及びブドウ糖負荷試験異常(R730)を除く。)

また、独立した多部位の悪性腫瘍(C97)については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

- (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診断群分類区分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」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類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、請求時に行うものとする。

2 用語等

- (1) 「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。
- (2) 「GAF」はGlobal Assessment of Functioningの略である。
- (3) 「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分の適用が開始される入院の日等の年齢による。
- (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（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべ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。

「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。

なお、定義告示において、慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロン における「一定期間以上の投与に限る」とは、一入院期間中における7日以上投与をいうものであり、連続7日以上投与に限るものではない。

「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) 「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。

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、調整係数告示に定める調整係数と算定告示別表12から14までの表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行った病院に係る所定の係数を合算したものとし、当該届出に基づく所定の係数による診療報酬の算定については、「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20年3月5日保医発0305002号）に基づき、社会保険事務局長に届出を行い、算定できることとなる日から適用されるものであること。また、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（昭和23年法律205号）第4条第2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すべての患者に対して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

診断群分類点数表等により算定される診療報酬には、医科点数表に定める以下の費用が含まれる。

入院基本料

医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る。）

検査（ただし、カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く。）

画像診断（ただし、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（3のイに規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。）を除く。）

投薬

注射

処置（ただし、基本点数が1,000点以上の処置料を除く。）

リハビリテーション又は精神科専門療法の実施に伴い使用された薬剤

病理診断（ただし、病理診断・判断料を除く。）

(4) 救命救急入院料等の取扱い

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、広範囲熱傷特定集中治療室管理料、一類感染症患者入院医療管理料又は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、本加算を算定している間は、超急性期脳卒中加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き、入院基本料等加算は算定できない。

ただし、本加算のうち、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料を算定している間の妊産婦緊急搬送入院加算、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定している間のがん診療連携拠点病院加算、小児入院医療管理料1から4までのいずれかを算定している間の超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算及び小児療養環境特別加算並びに小児入院医療管理

料4を算定している間の児童・思春期精神科入院医療管理加算については、算定することができる。

(5) 医科点数表により算定される診療報酬

入院基本料等加算(入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く。)、医学管理等(手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。)、在宅医療、検査(カテーテル検査(心臓、肺臓、肝臓、膵臓)、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料に限る。)、画像診断(画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技(3のイに限る。))に限る。)、リハビリテーション(薬剤料を除く。)、精神科専門療法(薬剤料を除く。)、処置料(基本点数が1,000点以上の処置に限る。)、手術、麻酔、放射線療法、病理診断・判断料等については、医科点数表により算定する。

(6) 診断群分類番号060160x102xxxx鼠径ヘルニア患者の15歳未満におけるヘルニア手術(鼠径ヘルニアに限る。)あり又は診断群分類番号060160x103xxxx鼠径ヘルニア患者の15歳未満における腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術ありを適用した場合は、医科点数表により算定されることから、区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料3(ただし、特別入院基本料又は区分番号A307に掲げる小児入院管理料を算定する場合を除く。)による算定となることに留意すること。

(7) 特定入院期間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特定入院期間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。

(8) 外泊の取扱い

外泊期間中の点数については、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又は特定入院料の基本点数の15%を算定するものである。

ただし、精神及び行動障害の患者が治療のために外泊する場合は、当該入院基本料の基本点数又は特定入院料の基本点数の30%を算定するものであるが、30%を算定することができる期間は、連続して3日以内、かつ、同一月中6日以内とする。

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。

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。

(9) 同一傷病での再入院に係る取扱い

診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名(以下「同一傷病名」という。)での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院については、前回入院と一連の入院とみなす。したがって、同一傷病名の患者が3日以内に再入院(病棟間の転棟に伴う転棟日から起算して3日以内の再転棟も含む。)となった場合の入院期間の起算日は初回の入院日とし、再入院となった場合の再入院までの期間も入院期間として算入するものとする。

(10) 同一傷病名による3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限度日数とすること。

(11) 退院時処方取扱い

医療資源を最も投入した傷病名及び診断群分類の決定に当たり、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。

(12) 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(11)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) 各月における費用の算定時に適用した診断群分類区分と退院の日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）へ転棟した日、特定入院期間を超えた日の前日その他診断群分類点数表等による診療報酬の算定から医科点数表による算定に変更した日の前日を含む。以下同じ。）に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日に適用した診断群分類区分に基づいて算定した入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額と、入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額の差を、退院の日を含む月の費用の請求において調整する。

(2) 診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い

入院当初は診断群分類区分に該当すると判断され、診断群分類点数表等により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当しないと判断された場合には、その日より医科点数表により診療報酬を算定するものとする。

入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断され、医科点数表により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、その日より診断群分類点数表等により診療報酬を算定するものとする。

の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、 の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

(3) 転棟した場合等の取扱い

対象外病棟に転棟した場合には、転棟した日の翌日以降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、対象外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。

対象外病棟から一般病棟に転棟し、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。

入院途中で治験又は先進医療である療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

(4) 同一傷病名での3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、上記(1)～(3)に準じて取り扱うこと。

3 その他

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。

第4 その他

1 経過措置

調整係数告示別表に掲げる病院の一般病棟について、同年2月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11の診断群分類点数表に掲げる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。

2 患者への周知等

(1) 対象病院においては当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者等に対して、算定方法等について十分に説明すること。

また、入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。

(2) 入院患者等から包括範囲内の診療行為がわかる明細書の交付の求めがあった場合は、「医療費の内容の分かる領収証の交付について」（平成18年3月6日保発0306005号）により取り扱うこと。

3 適切なコーディングに関する委員会の設置

対象病院においては、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディング（適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。）を行う体制を確保するため、責任者を定めるとともに、診療部門、薬剤部門、診療録情報を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び診療記録管理者等から構成される委員会を設置し、少なくとも年に2回は当該委員会を開催すること。

4 名称の変更

調整係数告示に定める病院の名称が変更となる場合には、遅くとも2か月前に、地方社会保険事務局宛に別紙「医療機関名称変更届」を提出することとし、当該社会保険事務局は当該届を受理した後、速やかに当課に提出すること。

別紙

医療機関名称変更届

発信元：医療機関名（ ）
 本調査票の連絡担当者：所属（ ）
 氏名（ ）

（届出） 医療機関名称	
（旧） 医療機関名称	
変更年月日 （予定の場合は予定日）	
所在地住所	〒
電話番号	
FAX番号	
移転の有無	0. 無 1. 有
病床変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

その他補記事項があればご記入ください。