

平成24年3月19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

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（平成24年厚生労働省告示第139号。以下「算定告示」という。）が公布され、平成24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、別添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24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24年3月31日限り廃止する。

## 第1 DPC対象患者について

- 1 DPC対象患者は、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、以下の患者の診療報酬は、「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) 厚生労働大臣が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条に規定する評価療養を受ける患者
  - (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 K780 同種死体腎移植術
    - シ K780-2 生体腎移植術
    - ス 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 A308-2 亜急性期入院医療管理料
    - オ A309 特殊疾患病棟入院料
    - カ A310 緩和ケア病棟入院料
    - キ A400 短期滞在手術基本料（3を除く。）
  - (5) 算定告示第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者に該当する患者
  - (6) 算定告示第4項の規定に基づき医師又は歯科医師の員数が医療法（昭和23年法律205号）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の病棟に入院している患者
- 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、医科点数表に基づき算定することとなった理由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。）に基づき診断群分類区分を判断すること。

(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（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、ツリー図において、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。

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。

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β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。

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) 「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。

(7) 「電気生理学的検査」とは、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。

(8) 「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G002動脈注射により化学療法を実施することをいう。

(9) 副傷病の定義は、手術あり・なし別に、定義テーブルの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。

① 手術あり・なし共通の副傷病

② 手術なしの場合の副傷病

③ 手術ありの場合の副傷病

(10) 「手術」とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

(11) 「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L007開放点滴式全身麻酔又はL008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。

(12) 「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5g以上（バイアル換算で25本以上）投与する化学療法をいう。

(13) 「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」および「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(局所麻酔剤また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および「5」の仙骨部硬膜外ブロックをいう。

- (14) 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点以上または造影CT 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」の場合にあつては「軽症」の診断群分類により請求を行うこととする。
- (15) 診断群分類点数表の入院期間については、以下のとおりとする。
- ① 入院期間Ⅰ：入院日Ⅰ以下の期間
  - ② 入院期間Ⅱ：入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下の期間
  - ③ 入院期間Ⅲ：入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下の期間

### 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、係数告示に定める基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱを合算したもの(医療機関別係数に小数点以下第5位がある場合には、小数点以下第5位を四捨五入するものとする。)とし、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24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概月の1日から合算する。なお、平成24年4月14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算定することとし、DPC算定病棟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。

- ① 地域医療支援病院入院診療加算の取扱い

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。

② 臨床研修病院入院診療加算の取扱い

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。

③ 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、実際にデータを提出し、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）受入連携加算から注 7 一般病棟看護必要度評価加算、A104特定機能病院入院基本料の注 5 看護必要度加算、及び 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及び A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算から A243後発医薬品使用体制加算までに掲げる費用
- ウ 短期滞在手術基本料のうち、A400短期滞在手術基本料 1 及び短期滞在手術基本料 2 に掲げる費用
- エ 医学管理等の費用のうち、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肺血栓栓塞症予防管理料から B014退院時薬剤情報管理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その他の検体採取までに掲げる費用
- 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並びに区分番号E003造影剤注入手技（3のイ及びイの注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、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（1に限る。）、J038人工腎臓からJ042腹膜灌流まで、J045-2一酸化窒素吸入療法、J047カウンターショック、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、J122四肢ギプス包帯（5及び6に限り、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治療装具の採型ギプス（4に限り、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。）に掲げる処置料並びにJ038に掲げる人工腎臓（1及び2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、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因子製剤及び乾燥人血液凝固第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。）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、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-4小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、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

- 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 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- エ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- オ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- 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 がん診療連携拠点病院加算
  - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
  - ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- 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 がん診療連携拠点病院加算
  - オ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - カ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - キ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
  - ク A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- 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 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - オ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - カ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
  - キ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- 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 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - ウ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
  - エ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- 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 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - ウ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算



- エ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑦ A 303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 A 205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - エ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - オ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑧ A 303-2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 A 205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - ウ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - エ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑨ A 305一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 A 205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
  - ウ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - エ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑩ A 307小児入院医療管理料 1 又は小児入院医療管理料 2 を算定している間に算定できる入院基本料等加算
  - ア A 205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A 206 在宅患者緊急入院診療加算
  - ウ A 212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
  - エ A 221-2 小児療養環境特別加算
  - オ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - カ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - キ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑪ A 307小児入院医療管理料 3 又は小児入院医療管理料 4 を算定している間に算定できる入院基本料等加算
  - ア A 205-2 超急性期脳卒中加算
  - イ A 206 在宅患者緊急入院診療加算
  - ウ A 212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
  - エ A 221-2 小児療養環境特別加算
  - オ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
  - カ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
  - キ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
  - ク A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑫ A 307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 A 205-2 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 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ク A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- ケ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- コ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

(5) 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に掲げる小児入院医療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。

(6) 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、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、入院期間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を算定することはできない。

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

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法（第3の2の(5)の①に掲げる「化学療法」）に係る診断群分類（いわゆる「化学療法あり」の診断群分類を含む。）
- ② ①以外であって、特定の薬剤名（成分名）を冠する診断群分類（②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、入院期間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、①に該当する診断群分類にあっては、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3の2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、②に該当する診断群分類にあっては、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。

(7) 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。

(8) 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（当該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含む。）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。

(9) 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。

(10) 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。

(11) 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診取扱い

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) 医療法に規定する医師等の員数を満たさない場合取扱い

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。また、医師等の員数が100分の70以上となった場合は、当該月の翌月から診断群分類点数表により算定すること。

なお、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。

(13) 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(12)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。)へ転棟した日の前日、入院日Ⅲ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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ ①の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、②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

- ① 対象外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、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。
- ② 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。  
なお、一般病棟から対象外病棟に転棟し、その後、一般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。
- ③ 入院途中に評価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5 その他

1 経過措置

係数告示別表第一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17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。