令和４年度診療報酬改定の概要
入院Ⅲ
（短期滞在手術等・DPC/PDPS）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、ＨＰ掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

５．短期滞在手術等基本料の見直し

６．DPC/PDPSの見直し

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点 ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。	【短期滞在手術等基本料１】 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） **（改）イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点** **（改）ロ　イ以外の場合　2,718点** ［施設基準］ 短期滞在手術等基本料にかかる手術**（全身麻酔を伴うものに限る。）**が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料２の見直し

- 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料２】 短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、　5,046点）	**（削除）**

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象　→　**対象外**	対象　→　**対象外**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象　→　**対象外**	対象　→　**対象外**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料１の対象手術等（38項目）

Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１―２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料３の対象手術等（57項目）

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術の　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

５．短期滞在手術等基本料の見直し

６．DPC/PDPSの見直し

① 基本的概要

② 評価の見直し

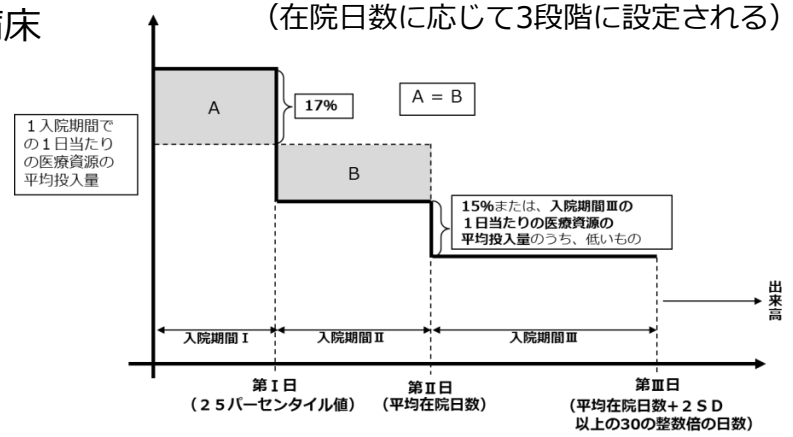
DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**１日あたり包括払い制度**である。
  - ※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  - ※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和４年４月１日時点見込みで**1,764**病院・約**48**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**85**%を占める。
  - ※　令和２年７月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床

- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



DPC対象病院の要件

➢ DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - ・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ついて毎年実施される調査「退院患者調査」
  - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる「DPC算定病床」

- A100　一般病棟入院基本料
- A104　特定機能病院入院基本料
- A105　専門病院入院基本料
- 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
- A307　小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定
- 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- 特殊な病態の患者
  - 入院後２４時間以内に死亡した患者
  - 生後７日以内の新生児の死亡
  - 臓器移植患者の一部
  - 評価療養/患者申出療養を受ける患者　等
- 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

A106　障害者施設等入院基本料
A306　特殊疾患入院医療管理料
A308　回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3　地域包括ケア病棟入院料
A309　特殊疾患病棟入院料
A310　緩和ケア病棟入院料　　等

出来高算定

精神病棟　　結核病棟　　療養病棟

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）
適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく**、**臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。

- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。

- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提②　包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要**がある。

DPCの基本構造

○　日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。

①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

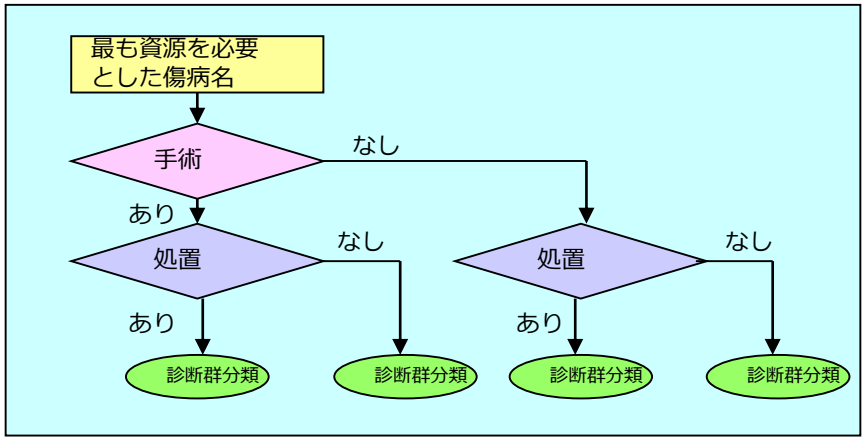
②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」
　　の　「組合せ（**C**ombination）」

※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combinationも医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC（Major Diagnostic Categories）18種
DPCコード　4,726分類
（うち支払分類　2,334分類）
※令和４年度改定時



○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。

※ ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category 主要診断群）　：18種類

②傷病名の細分類

01 0010 x x　99 x 0 x x

⑦副傷病
0: なし
1,2: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

手術・処置（Procedure）

⑥手術・処置等２
0: なし
1: あり
2～9、A～C:定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等１
0: なし
1: あり
2～5:定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01～06:定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

③年齢・出生時体重等
【年齢・月齢】
0:　n歳以上　(nか月以上)
1:　n歳未満　(nか月未満)
【出生児体重】
1: 2,500g以上
2: 1,500g以上2,500g未満
3: 1,000g以上1,500g未満
4:　500g以上1,000g未満
5:　500g未満
【JCS】
0: 10未満
1: 10以上
【Burn Index】
1: 10未満
2: 10以上
等

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1000点未満の処置 等

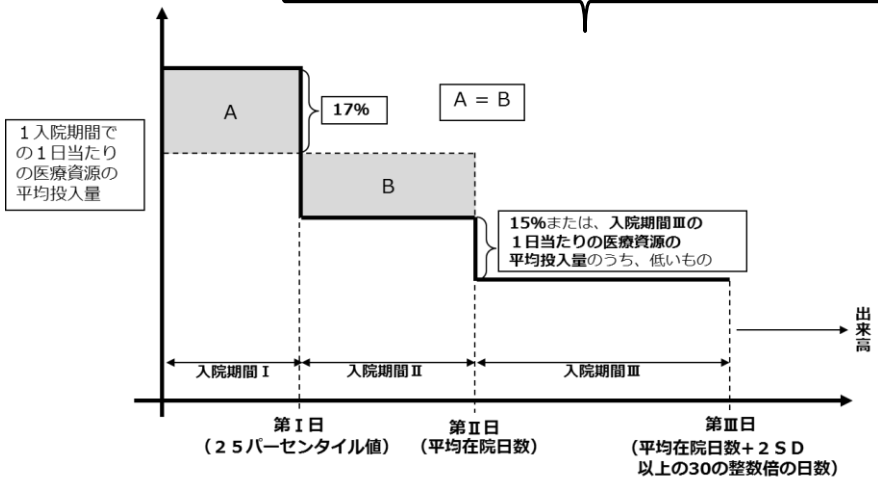
＋

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】
- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1000点以上の処置 等

【包括評価部分】

DPC毎の1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数



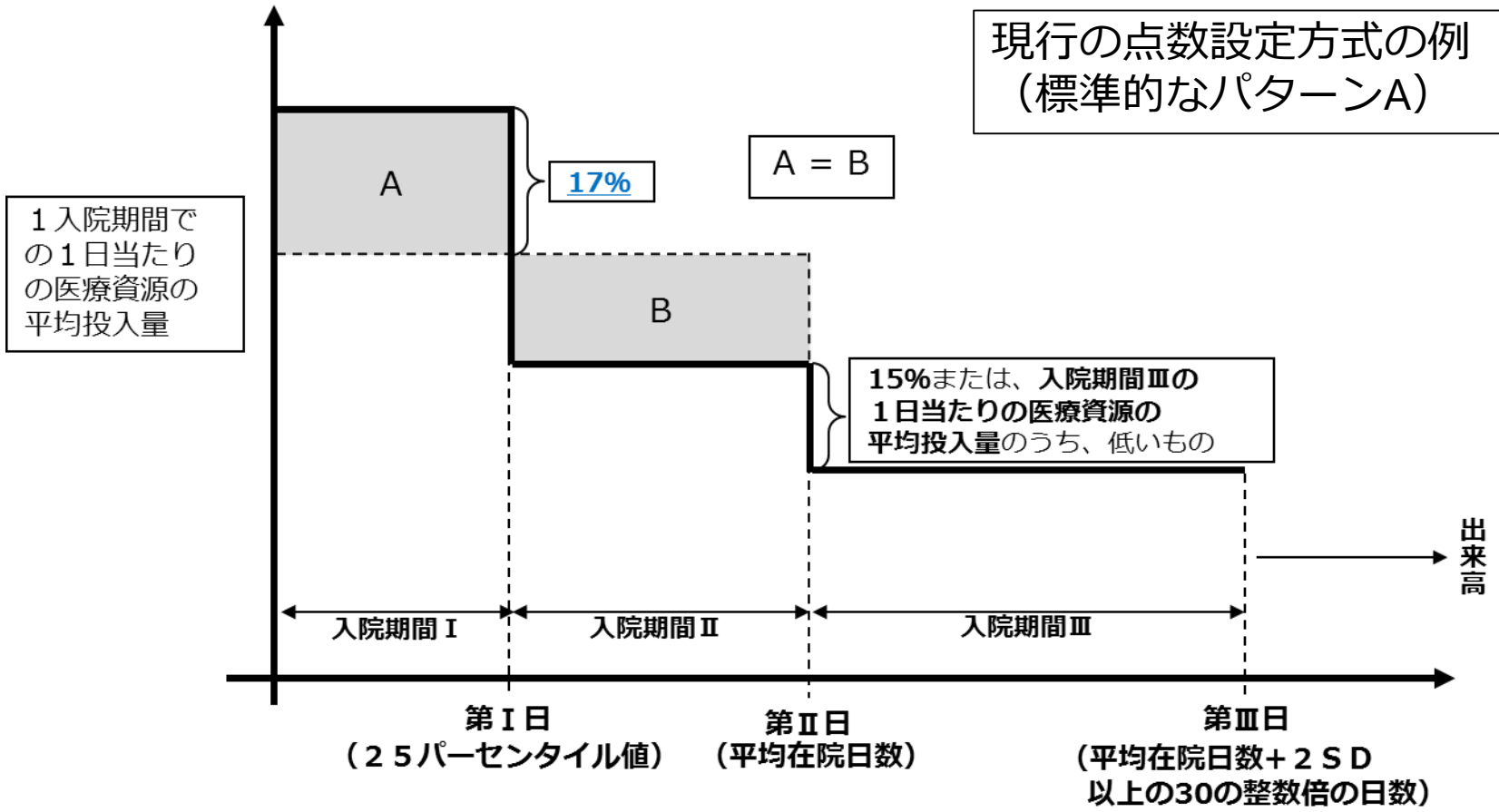
基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数＋2SD以上の３０の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、４種類の点数設定パターンで対応

現行の点数設定方式の例
（標準的なパターンA）

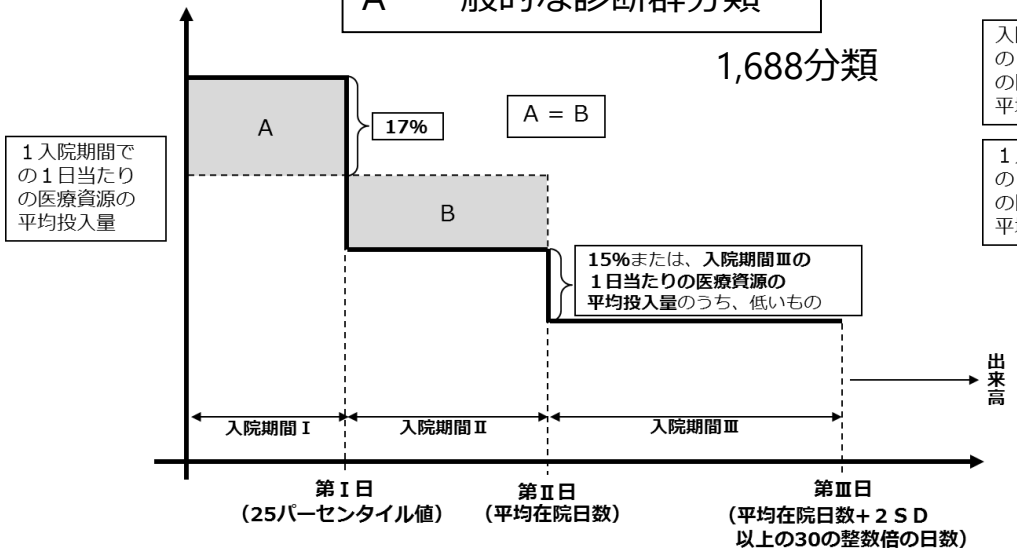


1日当たり点数の設定方法（４つの点数設定方式）

➢ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた４つの点数設定方式により点数が設定される。

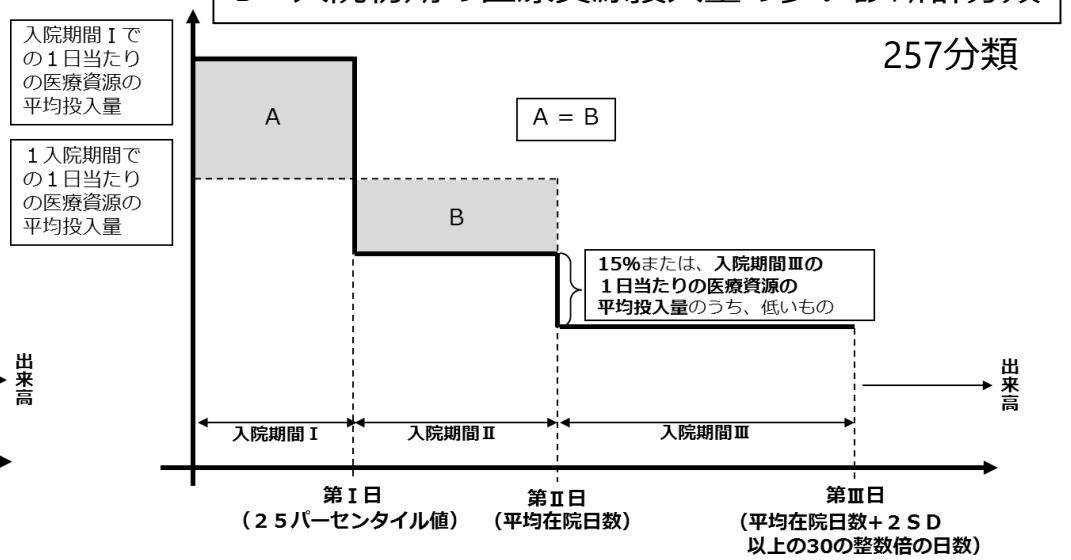
A　一般的な診断群分類

1,688分類



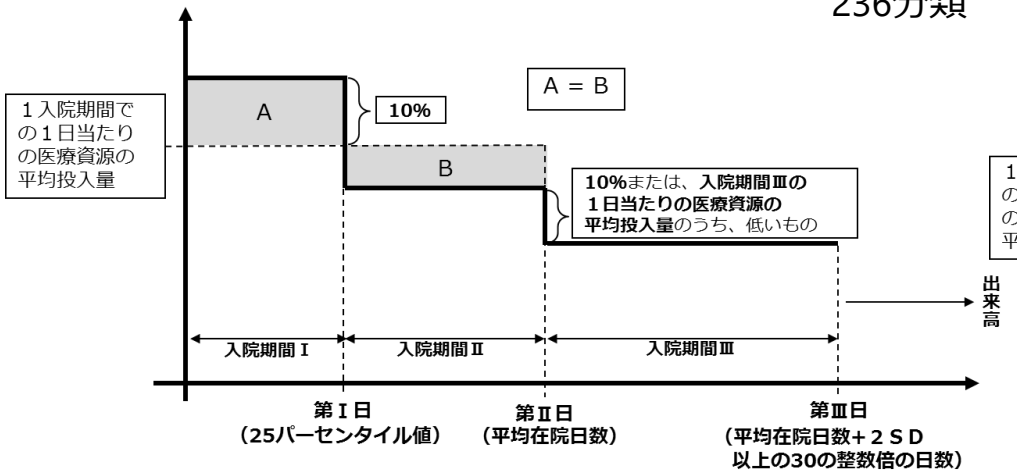
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



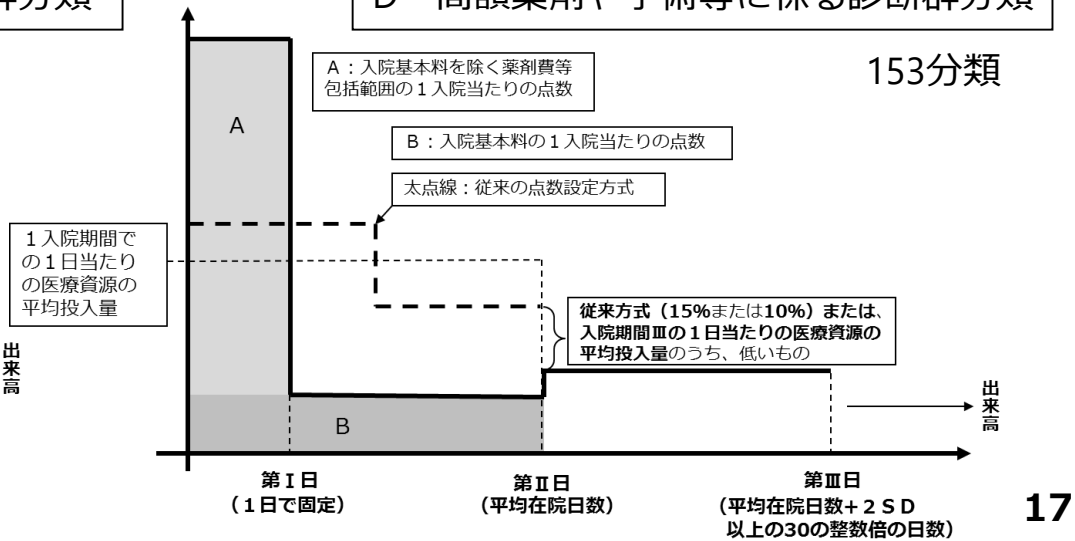
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D　高額薬剤や手術等に係る診断群分類

153分類



DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ⅰとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1000点未満処置）	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	ＨＩＶ治療薬 血液凝固因子製剤（血友病等に対する）

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査
　診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。
・特別調査
　中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和３年６～８月に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式１	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式４	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式３	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	３情報から生成した一次共通ＩＤに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ＩＤ、**被保険者番号等**

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

○　機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、ＤＰＣ対象病院及びＤＰＣ準備病院からの年１回の厚生局への別途様式による届出（定例報告）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

２．報告内容　（令和４年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況

① 救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
② 災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
③ へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
④ 周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
⑤ がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
⑥ 新興感染症等の医療（新型インフルエンザ患者入院医療機関の指定、新型コロナウイルス感染症の病床確保）

（３）その他

病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。

○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○　機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．激変緩和係数

○　診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

５．短期滞在手術等基本料の見直し

６．DPC/PDPSの見直し

① 基本的概要

② 評価の見直し

DPC/PDPSの見直し

➢ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の３つの医療機関群の設定方法と、４つの評価基準（DPC特定病院群）を維持する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：従前の６つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数は、医療計画に係る取組等を踏まえ、以下のとおり見直す。

現行	改定後
【体制評価指数】 • がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の９項目で評価 <災害>（新設） <へき地>「へき地医療拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」 <その他>新型インフルエンザ対策	【体制評価指数】 • 従前の９項目に**感染症**を追加 <災害>**ＢＣＰの策定**（災害拠点病院以外） <へき地>「**へき地医療拠点病院の指定かつ主要３事業を年12回以上**」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」 「へき地医療拠点病院の指定（主要３事業を年12回以上実施している場合を除く。）」 <**感染症**>新型インフルエンザ対策 **新型コロナウイルス感染症対策**（病床確保、ＧＭＩＳ）

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度の１年間のみ）。

➢ 算定ルールの見直し

１．**短期滞在手術等基本料３に該当する診断群分類等について**、DPC/PDPSの**点数設定方式Dにより設定する**。
２．**疾患の頻度が高く、医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患で、手術が定義されていない診断群分類について**、医療資源投入量の相違を踏まえ、**他院からの転院の有無により評価を区別する**。
３．**入院初期の医療資源投入量が増加傾向**であることを踏まえ、**点数設定方式Aについて、入院初期をより重点的に評価する体系に見直す**。

➢ 退院患者調査の見直し

１．入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬材料等が包括されている外来診療に係る評価について、実施された診療行為を外来EFファイルで提出することとする。
２．調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

医療機関別係数の見直し

基礎係数（医療機関群）

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
  ※　診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
  ※　外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,501	1.0395
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  ・　各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 現行の６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を維持し、令和２年10月1日から令和３年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「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。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：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：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 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〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 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	〔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。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、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〕 ／〔全病院の平均一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	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※　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。 ※　すべて（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	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・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」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定**かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること**」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・**「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）**		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、**BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）**		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） **・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）** **※　上記のいずれも満たした場合（0.75P）** **・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）**		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 ・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。	

診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和４年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和２年４月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和４年４月	18	502	4,726	4,064	2,334

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類の見直し

- 短期滞在手術等基本料３に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Ｄにより設定する。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Ｄにより設定する。

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類（例）

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010010xx9906xx	脳腫瘍	手術なし、ガンマナイフによる定位放射線治療あり
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	手術なし、終夜睡眠ポリグラフィーあり
030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術あり
060035xx05xx0x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術あり
110080xx03xxxx	前立腺の悪性腫瘍	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術あり
130030xx99x8xx	非ホジキンリンパ腫	手術なし、化学療法（モガムリズマブ又はデニロイキンジフチトクス）あり

- なお、点数設定方式Ｄにより設定する診断群分類は、95分類→153分類となる。

現行	改定後
【診断群分類】 D方式　95分類	【診断群分類】 D方式　**153分類**

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

- 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。

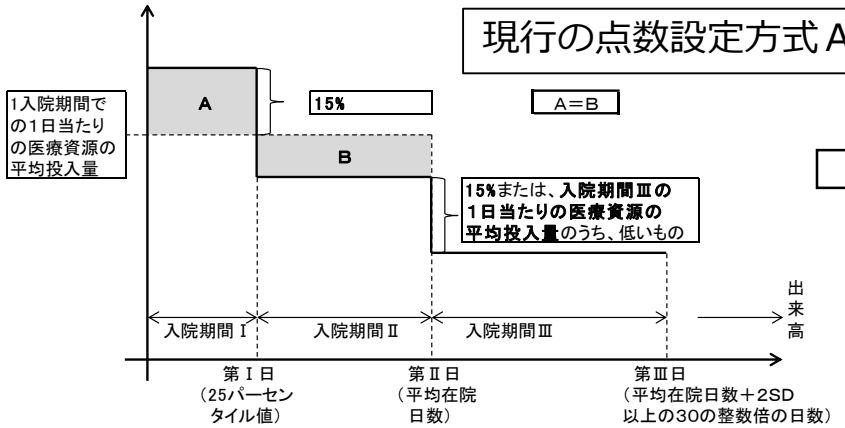
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

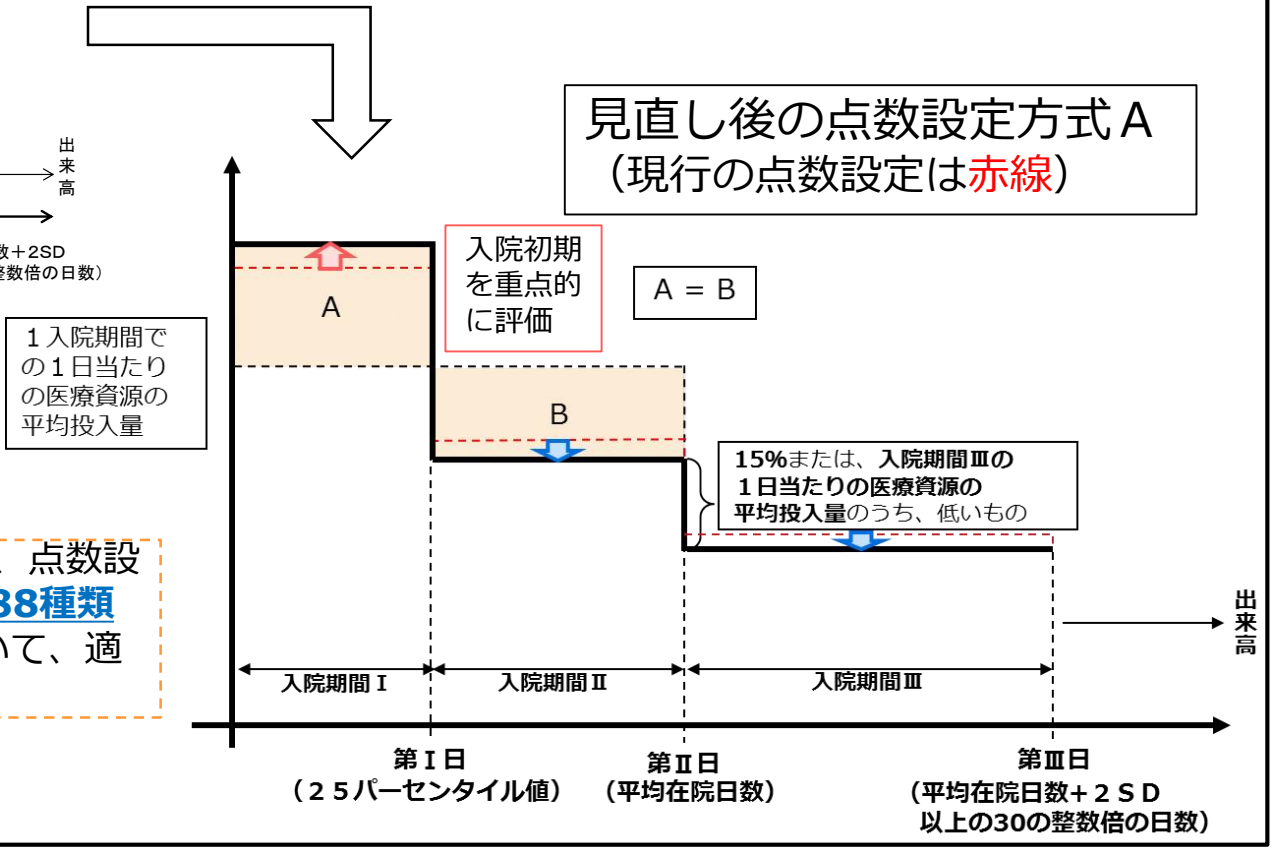
現行の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
050030xx99000x	急性心筋梗塞	手術、処置等なし
050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査あり
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査＋血管内超音波検査等あり
050130xx9900xx	心不全	手術、処置等なし
160800xx99xxxx	股関節・大腿近位の骨折	手術なし

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

➢ 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Ａについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。





2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方式Ａで設定される**1,688種類（約72%）**の支払分類において、適用となる。

退院患者調査の見直し①

様式１の見直し

項目名	見直しの内容
【新】**Ｐ／Ｆ比、呼吸補助の有無**	救急医療入院の場合であって、医療資源病名が040130（呼吸不全）に定義される傷病名になる場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
【新】**急性心筋梗塞患者情報**	医療資源病名が050030（急性心筋梗塞）に定義される傷病名になる場合、発症の時期を入力する。
【新】**左室駆出率**	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名になる場合、左室駆出率を入力する。
【新】**解離性大動脈瘤情報**	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、スタンフォード分類を入力する。
ＮＹＨＡ	救急医療入院の場合であって、主傷病等が心不全等の場合、「**救急受診時**」及び「**治療室又は病棟入室時**」の入力を必須とする。
ＪＣＳ	救急医療入院の場合であって、意識障害がある場合、「**救急受診時**」及び「**治療室又は病棟入室時**」の入力を必須とする。
ＦＩＭ	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に加え、**特定機能病院リハビリテーション入院料**を算定する患者についても、入力必須とする。
自傷行為・自殺企図の有無	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に定義する傷病名の場合を入力対象に追加する。**入力項目を見直す**。
【新】**過去の自傷行為・自殺企図**	「自傷行為・自殺企図の有無」が「無」以外の場合に入力する。
【簡】要介護度	60歳未満の患者又は40歳未満の介護保険が適用されていない患者は**入力不要とする**。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し②

外来ＥＦファイル等の見直し

ファイル	対象	見直しの内容	経過措置期間
外来ＥＦファイル	全ての患者	診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価（小児科外来診療料、慢性維持透析患者外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅癌医療総合診療料）について、**実施された診療行為等をＥＦファイルに出力する**。	令和４年９月末まで（６ヶ月）
Ｋファイル	全ての患者	**被保険者番号等を追加**する。	－

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

➢ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当の新規手術等

Ｄ４１３　前立腺針生検法　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの
Ｋ０１９－２　自家脂肪注入
Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術
Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術
Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術
Ｋ１７４　水頭症手術　３　シャント再建術
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　３　眼瞼下制筋前転法
Ｋ２２５－４　角結膜悪性腫瘍切除術
Ｋ２４２　斜視手術　６　調節糸法
Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術
Ｋ２６８　緑内障手術（２流出路再建術 イ眼内法及び ７濾過胞再建術（needle法）に限る。）
Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
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）
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　４　気管支形成を伴う肺切除
Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術　３　経皮的肺動脈弁置換術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　４　静脈瘤切除術
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術　４　側方
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術
Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）　１　腹腔鏡によるもの
Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術
Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。（悪性腫瘍に対するものを除く。）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術（３超低位前方切除術及び４経肛門吻合を伴う切除術に限る。）
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　２　その他のもの
Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
Ｋ８２３－７　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術
Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術
Ｋ８６０－３　腹腔鏡下腟断端挙上術
Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
Ｋ８８４－２　人工授精
Ｋ８８４－３　胚移植術
Ｋ８９０－４　採卵術
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料
Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

平成25年12月25日
中医協総会において了承

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の２つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年４回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

１． 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14 桁コード）を抽出する。

① 新薬
② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
③ 事前評価済公知申請

２． 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の１入院あたり薬剤費を算出する。

３． 当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

３月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和４年３月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和４年４月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
  - ４月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ３月までの間で診断群分類の変更があった場合は、３月３１日に差額調整を行う。
  - ４月以降に診断群分類の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合
  - ４月分の請求は出来高で行う。
  - ３月までの間で診断群分類の変更があった場合は、３月３１日に差額調整を行う。
  - ４月以降に出来高→包括の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合
  - ４月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ４月以降に診断群分類の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

施設基準の届出について

お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、**令和4年4月20日（水曜日）（必着）**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。