

DPC包括評価の留意事項

■地域包括ケア入院医療管理料算定病室への転室の場合

DPC算定対象病棟から地域包括ケア入院医療管理料届出病室（一般病棟のみ）に転室した場合、入院日Ⅲまでは医科点数表ではなく、転室前の診断群分類区分に基づき、引き続き診断群分類点数表で算定します。

■同一傷病等での再入院の取り扱い

DPC対象病棟等（地域包括ケア入院医療管理料算定病床の診断群分類点数算定患者含む）からの退院日の翌日（転棟の場合は転棟日）から7日以内の再入院・再転棟〔地域包括ケア入院医療管理料算定病床（一般病棟のみ）や特別な関係にある病院への再入院含む〕について、下記に該当する場合は、前回入院と一連の入院と見なされ、再入院等の入院期間の起算日は初回入院日となります。ただし、退院期間は入院期間には算入しません（転棟期間は入院期間に算入）。

- ①前回入院時の「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桁が同一
- ②前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「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
- ③再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、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ICDコード以外のICDコード（分類不能コード）を選択
- ④再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、「180040手術・処置等の合併症」に定義されるICDコードを選択

なお、予定再入院であって、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、かつ、化学療法の診断群分類区分に該当する患者は、ルール適用除外となり、一連の入院にはなりません。ただし、再転棟の場合は適用されます。

■退院時処方取り扱い

DPC包括評価の対象患者に対し、退院後に“在宅で使用する”ための薬剤を退院時処方した場合は、薬剤料のみ出来高で算定することができます。

ただし、当該薬剤の処方、診断群分類区分を決定する際、投入した医療資源に含めることはできません。

■持参薬の取り扱い

入院中に使用する薬剤は、入院中の処方が原則であるとされています。従って予定入院において、入院の契機となる傷病の治療に使用する薬剤を患者に持参させることは、特別な理由がない限り認められません。

特別な理由については、単に病院や医師等の方針ではなく、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とされています。また、やむを得ず持参薬を使用する場合は、その理由を診療録に記載する必要があります。

■入院日Ⅲを超えた場合の取り扱い

●化学療法等について

入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表で算定しますが、下記に該当する診断群分類区分で入院日Ⅲを超えて初めて化学療法等を実施した場合は、入院日Ⅲを超えても抗悪性腫瘍剤等の薬剤料及び当該薬剤に係る医科点数表の第2章第5部投薬、第6部注射（無菌製剤処理料の費用以外）の費用は出来高算定できません。

- ①悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類区分（「化学療法あり」の診断群分類区分含む）
- ②①以外で、特定の薬剤名（成分名）を含む診断群分類区分（悪性腫瘍以外の患者含む）

上記の場合に算定できない薬剤料とは、①につい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、②については明示された薬剤（明示薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが医学的に明らかなものは併用薬剤も含む）——の薬剤料になります。これらに該当しない薬剤料（糖尿病の薬剤料など）は出来高算定可能です。

なお、入院日Ⅲまでに化学療法等が実施されている場合は、入院日Ⅲを超えて化学療法等を実施しても抗悪性腫瘍剤等の薬剤料を出来高算定することができます。

●手術について

入院日Ⅲを超えて手術を実施した場合でも、ツリー図の分岐は「手術あり」を選択します。

■コーディングに関する注意点

●コーディングテキストの活用

厚生労働省作成の「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」は、コーディングの基本的な考え方やコーディングを適切に行うための望ましい病院の体制などを周知することを目的としており、コーディングの際の注意点などがまとめられています。DPC病院に義務付けられているコーディング委員会（2頁参照）の開催時には、このテキストの活用が望ましいとされています。

なお、2018年4月に改定版が公表されています。

●DICによる請求時の対応

「I20290産科播種性血管内凝固症候群」及び「I30100播種性血管内凝固症候群」（以下、DIC）で請求する際は、下記の内容が記載された症状詳記の添付が義務付けられています。

- ◆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含む）及び検査値等の推移

■入院患者の対診・他医療機関受診の取り扱い

DPC対象病院に入院中の患者に対して対診が行われた場合、又は入院中の患者が他医療機関を受診した場合の費用については、DPC対象病院の医師が実施した場合と同様に扱い、DPC対象病院で算定します。具体的には、DPCの包括項目を他医療機関受診で実施した場合も別途出来高算定はできず、費用はDPC対象病院と他医療機関との合議により精算します。

一方、包括外の診療であれば、DPC対象病院で出来高算定を行い、DPC対象病院と他医療機関との合議により精算します。ただし、対診が行われた場合は、対診を行った医療機関で初・再診料及び往診料が算定できます。

なお、DPC対象病院は、他医療機関が実施した診療行為を含めて当該患者の診断群分類区分を決定します。

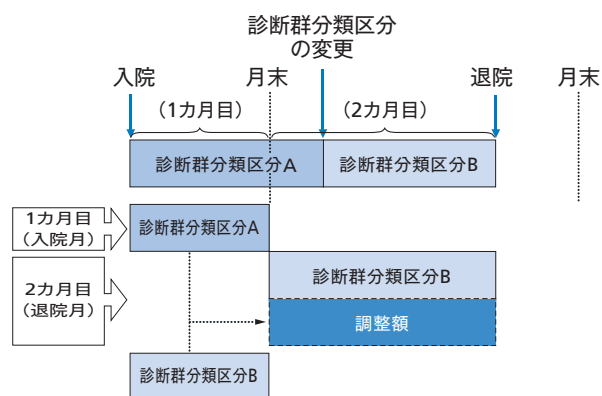
■DPCの請求方法

DPCの報酬も、一般の診療報酬同様に毎月保険請求を行います。包括評価の対象（診断群分類点数表による算定対象）となった患者については、診断群分類番号等の記載欄のあるDPC専用のレセプトを使用します。

請求については、入院当初は診断群分類点数表で算定していた患者が、診断群分類区分の変更などの理由で退院時には包括対象外となり医科点数表で算定することになった場合など、入院期間中に請求方法が複数存在する場合は、退院時（DPC算定対象外病棟への転棟含む）に決定された方法を選択します。つまり、DPC対象病棟に入院した患者への請求は、診断群分類点数表に基づく算定か医科点数表に基づく算定かのいずれかで統一します。

ただし、入院日Ⅲを超えて医科点数表で算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であるため、統一された請求方法と見なされます。

なお、診断群分類点数表に基づく算定のまま変更はないものの、入院当初と退院・転棟時の診断群分類区分が異なる場合は、退院・転棟月に差額を調整します（下図）。



■月平均入院患者数が許可病床数の105%以上となった場合

月平均入院患者数が許可病床数の105%以上となった場合はDPC対象外となり、当該月の翌月から医科点数表で算定します。ただし、105%未満になれば当該月の翌月から再びDPCの対象となり、診断群分類点数表で算定します。