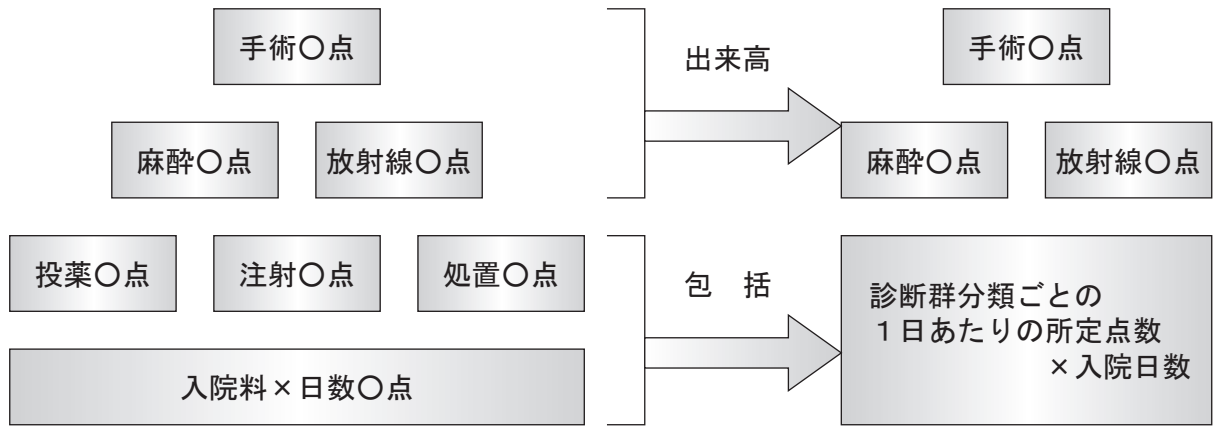


DPC用の様式
「5部レセプトの作成」参照

診断群分類点数表
実際には、手術・処置等の確認や包括されない診療行為を行った場合など医科点数表を併用します。

また、診療報酬を請求する際のレセプトも出来高算定の場合とは異なり、DPC用の様式*（様式第10）を使って請求を行います。DPCの算定および請求についてまとめると次のようになります。

- 診断群分類点数表*に基づき算定する
- 診断群分類ごとの1日あたりの所定点数（DPC包括評価部分の点数）に入院日数を乗じて算定する
- 患者ごと暦月ごとに1入院を単位として、DPC用レセプト（様式第10）を作成し請求する



では、このDPCにおける算定と請求は、どのように行われているのでしょうか。それぞれの詳細については、4部以降で学習しますが、まずは請求までのおおまかな流れをつかんでください。

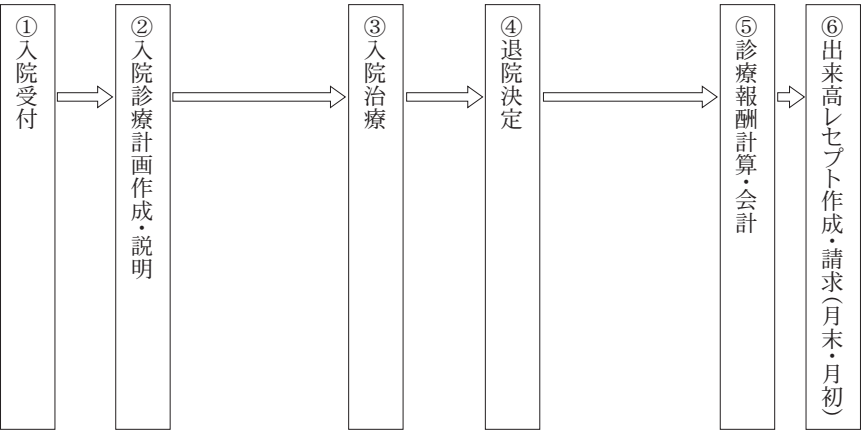
2 請求までの流れ

ここでは、1つの事例を使用して出来高算定とDPC算定の流れを比較することで、DPCの業務の流れについて学んでいきます。

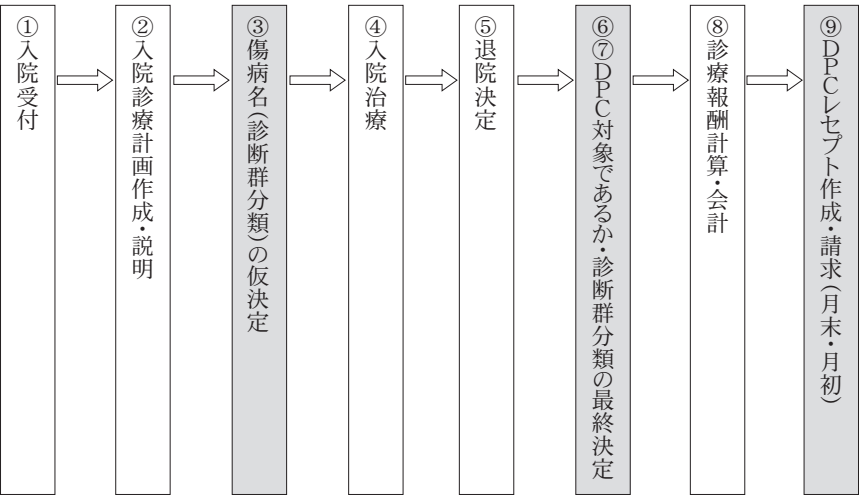
出来高算定とDPC算定における業務の流れは次の図のようになります。

〈図4〉

【出来高算定の流れ】



【DPC算定の流れ】

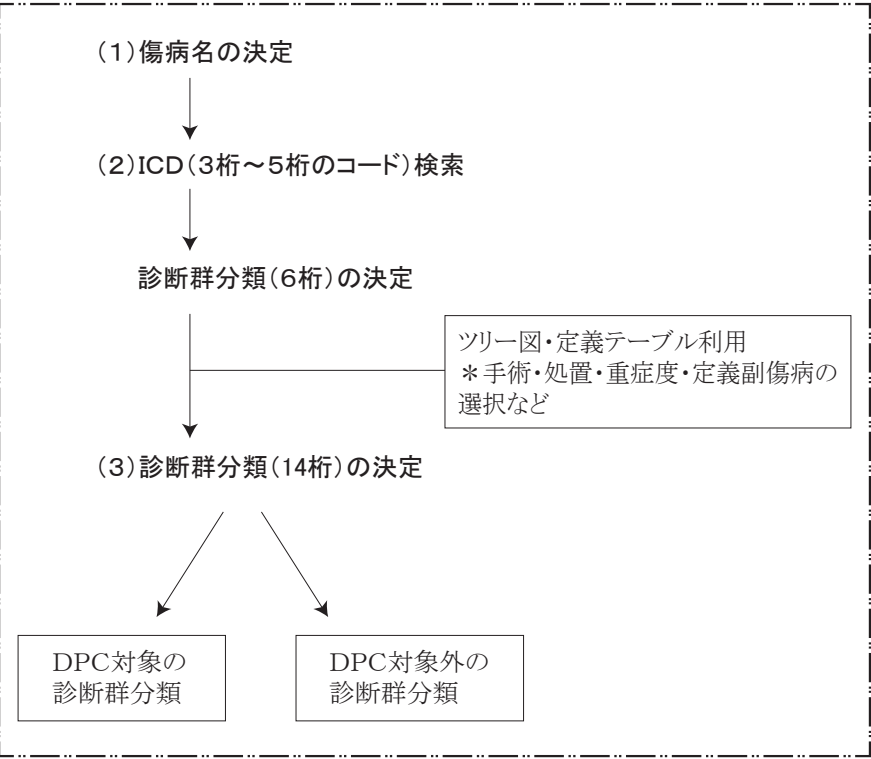


1 章 診断群分類の決定

DPC は、どの診断群分類に属するかにより算定が決まります。診断群分類は医療資源を最も投入した傷病名と診療行為および定義副傷病等によって決定します。その診断群分類を決定するまでの手順を見てみましょう。

1 診断群分類の決定までの流れ

診断群分類が決定するまでの流れは、次のとおりです。



では、傷病名の決定から診断群分類の決定までの流れを、設例を使いながら順を追って見ていきましょう。

(1) 傷病名の決定

診断群分類の決定にあたって最初に行われるのが、主治医による傷病名の決定です。主治医は、最終的に1入院期間中に「医療資源を最も投入した傷病名」を退院時に1つのみ決定します。

入院が複数月にわたる場合には、暦月ごと、請求時*に行い、また、傷病名が確定していない場合には『入院の契機となった傷病名』に基づいて決定しておき、退院時で最終決定をします。

暦月ごと、請求時

「医療資源を最も投入した傷病名」が決定できるのは退院時であり、退院前に請求をした場合は、治療内容等により傷病名や診断群分類の変更をすることがあります。
(テキスト2 7部参照)

この『医療資源を最も投入した傷病名』は、該当患者の入院期間中に治療した傷病のうち最も人的・物的に医療資源を投入した傷病のことで、医師や専門職（看護師・理学療法士等）の投入量、難易度が高い技術の提供、薬剤・材料・機器などの投入量を考慮し医師が決定します。

1入院期間中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、1つのみを決定します。

設例の「総胆管結石」の場合について考えてみましょう。

傷病名：総胆管結石
※入院の契機となった傷病名および医療資源を最も投入した傷病名

◆ 解説 ◆

退院時、医師は医療資源を最も投入した傷病名を『総胆管結石』と最終決定しました。

(2) ICD の検索および診断群分類（6桁）の決定

医療資源を最も投入した傷病名が決定すると、その傷病名に対応する『ICD』を検索し、どの診断群分類に属するかが決定されます。

ただし、ICD の分類方法（コーディング）は独自に規定されているため、テキストでは省略します。

⑥ ⑦「手術・処置等 1」および「手術・処置等 2」の確認

手術・処置等の条件設定の有無を確認します。条件設定がある場合は、『診療関連情報欄』や『出来高部分欄』などから、正しい番号（コード）であるかどうかを確認します。

060340× × 03●●●●

図 4 （ツリー図抜粋）

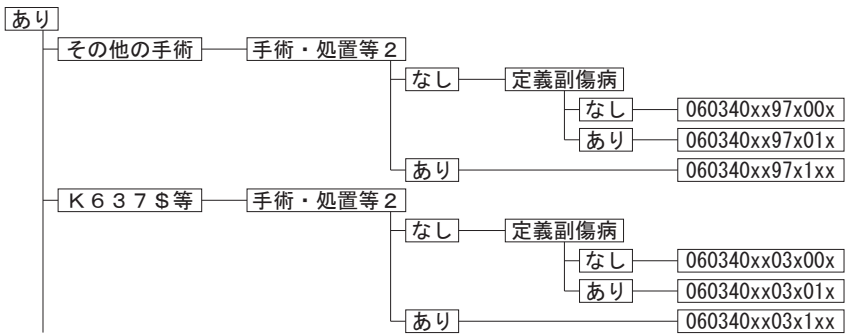


図 5 定義テーブル（抜粋）

手術・処置等 1				手術・処置等 2			
対応コード	フラグ	処置等名称	区分等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分等
1	4	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	5	腹膜灌流	J0422
1	4	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2			その他の腹膜灌流	
1	4	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	3	人工腎臓	J0384
1	4	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	K639-3			その他の場合	
1	3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	K682-3	1	2	中心静脈注射	G005
1	3	内視鏡的胆道拡張術	K686	1	1	人工呼吸	J045\$
1	3	内視鏡的胆道ステント留置術	K688				
1	1	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）	K678				
1	1	胆嚢外瘻造設術	K681				
1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821				
1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822				
1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2				
1	1	内視鏡的胆道結石除去術	K685\$				
1	1	内視鏡的乳頭切開術	K687\$				
1	1	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689				
1	1	経皮経肝バルーン拡張術	K689-2				

<設例の場合>

- 手術・処置等 1 の条件設定はありません。「×」となります。
- 手術・処置等 2 の条件設定（分岐）はあります。

ただし、『診療関連情報欄』に記載がなく、図 5 定義テーブルに規定されている「J0422 腹膜灌流」～「J045\$ 人工呼吸」が行われていません。「0」（なし）になります。

- 診断群分類区分欄に、「手術・処置等 2 なし」の記載をします。

⑧「定義副傷病」の確認

定義副傷病の条件設定の有無および、条件設定のある場合はその内容を確認します。

条件設定がない場合は、『傷病情報欄』に傷病名が記載されていたとしても、「副傷病」およびその「ICDコード」は記載なしとなります。

060340× × 03 × 0●●

図 6 定義テーブル（抜粋）

定義副傷病			
対応コード	フラグ	疾患名	疾患コード または I C Dコード
1	3	胸水、胸膜の疾患（その他）	040190
1	3	敗血症	180010

条件設定（分岐）がある場合は、次の点に注意します。

1）副傷病の記載がある場合

「定義テーブル」の定義副傷病に規定されている病名かどうかを確認します。

⇒規定されていない傷病名の場合は、「定義副傷病なし」となります。

副傷病欄への記載はしません。

2）副傷病の記載がない場合

『傷病情報欄』に記載されている傷病名が、定義テーブルの定義副傷病に規定されているかどうかを確認します。

⇒併存傷病名等があり、それらの傷病名が定義副傷病として規定されている傷病名であれば、「定義副傷病あり」となり、副傷病として、副傷病欄にも記載します。

<設例の場合>

- ツリー図に分岐があり、診断群分類点数表に設定があります。しかし定義テーブルに規定されている傷病はありません。したがって定義副傷病は「なし」になります。
- 診断群分類区分欄に、「定義副傷病なし」の記載をします。