

平成 29 年 8 月 29 日

D P C 対象病院 連絡担当者 殿  
D P C 準備病院 連絡担当者 殿

厚生労働省保険局医療課

### D P C 制度への参加又は D P C 制度からの退出に係る手続きについて

日頃より D P C 導入の影響評価に係る調査にご協力いただき、ありがとうございます。

D P C 制度への参加又は D P C 制度からの退出を希望する病院は、「D P C 制度への参加等の手続きについて」（平成 28 年 3 月 25 日付け保医発 0325 第 7 号。（最終改正）平成 29 年 7 月 28 日付け保医発 0728 第 1 号。）以下「制度参加通知」という。）において定める届出様式を、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出することとされています。

今般、平成 29 年 8 月 23 日に開催された中央社会保険医療協議会において標記に係る手続き等が了承されたことに伴い、D P C 制度への参加又は D P C 制度からの退出に係る届出を受け付けることとしますので、希望する病院は下記のとおり手続きを行っていただくようお願いいたします。

### 記

#### 1. 届出の受付期間について

平成 29 年 9 月 1 日（金）から平成 29 年 9 月 29 日（金）

※ 郵送で提出する場合は、平成 29 年 9 月 29 日（金）（必着）にて、提出先まで提出して下さい。

※ 受付期間を過ぎた届出書につきましては、事務スケジュールの関係から受け付けないため、留意願います。

#### 2. 対象となる病院と提出が必要な届出書について

① D P C 準備病院であって、平成 30 年度診療報酬改定時に D P C 対象病院になることを希望する病院は、制度参加通知の「D P C 制度への参加に係る届出書」（別紙 1）を 1 部提出して下さい。

なお、当該届出を行う時点で、制度参加通知の第 1 の 1（2）に定める基準を全て満たしていることが必要です。

② D P C 対象病院であって、平成 30 年度診療報酬改定時に D P C 制度からの退出を希望する病院は、制度参加通知の「D P C 制度からの退出に係る届出書」（別紙 8）を 1 部提出してください。

なお、本届出内容については、制度参加通知に基づき中央社会保険医療協議会に報告を行います。

#### 3. 届出書の提出先及び照会先について

病院の所在地を所管する地方厚生（支）局医療課（別添参照）

#### 4. その他連絡事項について

D P C制度における医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅱの評価項目として、地域医療への貢献に係る体制を評価する「地域医療指数」があります。当該指数は、毎年10月1日時点における施設基準の届出状況、医療計画等への参加・指定状況等を対象となる病院から厚生労働省に報告いただき、その情報に基づき算出しているものです。

D P C準備病院であって、平成30年度診療報酬改定時にD P C対象病院になることを希望する病院は、平成30年度における医療機関別係数設定のために当該報告を行っていただく必要があります。詳細については本年10月上旬を目処に各病院にご案内する予定ですので、ご承知おきください。

## DPC制度に係る届出書の提出先・照会先

病院所在地	提出先	住所	電話番号
北海道	北海道厚生局 医療課	〒060-0807 北海道札幌市北区北7条西2丁目15番1 野村不動産札幌ビル2階	011-796-5105
青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県	東北厚生局 医療課	〒980-8426 宮城県仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階	022-206-5216
茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 山梨県 長野県	関東信越厚生局 医療課	〒330-9713 埼玉県さいたま市中央区新都心1-1 さいたま新都心合同庁舎1号館7階	048-740-0815
富山県 石川県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県	東海北陸厚生局 医療課	〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸2-2-1 名古屋合同庁舎第1号館6階	052-228-6193
福井県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県	近畿厚生局 医療課	〒541-8556 大阪府大阪市中央区大手前4-1-76 大阪合同庁舎第4号館3階	06-6942-2414
鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県	中国四国厚生局 医療課	〒730-0012 広島県広島市中区上八丁掘6-30 広島合同庁舎4号館2階	082-223-8225
徳島県 香川県 愛媛県 高知県	四国厚生支局 医療課	〒760-0019 香川県高松市サンポート3番33号 高松サンポート合同庁舎4階	087-851-9502
福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県	九州厚生局 医療課	〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前3-2-8 住友生命博多ビル4F	092-707-1123

(注) 「DPC導入の影響評価に係る調査」に関する照会については、厚生労働省の業務委託先であるDPC調査事務局(※)へ、メールにて照会をお願いします。

※平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料(平成29年7月28日版)

(P9) 「9.調査に関する質問について」参照

(別紙1)

## D P C 制度への参加に係る届出書

保険医療機関の名称：

保険医療機関コード：

保険医療機関の所在地住所：

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- 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。<sup>(※1)</sup>
- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- 「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。
- 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年4回以上、当該委員会を開催することができる。

当院は、上記基準の全てを満たしているため、届出を行います。

平成 年 月 日

開設者名

印

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail：

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。

(別紙8)

## D P C 制度からの退出に係る届出書

1. 退出年月日 (\*1)

平成	年	月	日
----	---	---	---

2. 退出理由

--

当院は、上記理由により、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 退出年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3(6)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日
- ・ 本文第1の3(8)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)②アに該当する場合：別紙7の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)②ウに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の4月1日