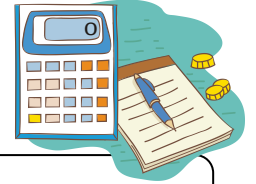


入院される患者さんへ



平成21年4月より入院医療費の計算方法が変わります。

当院は、厚生労働省の指定を受け、平成21年4月1日からDPC対象病院となります。これに伴い、入院医療費の計算方法がこれまでの「出来高計算方式」から「DPC：診断群分類別包括評価方式」へと変わります。

DPCは、患者さんにとってのメリット（標準的な医療が受けられ、医療の標準的価格も明らかになる）があることから国が推進しており、全国的に多くの病院で取り入れられています。

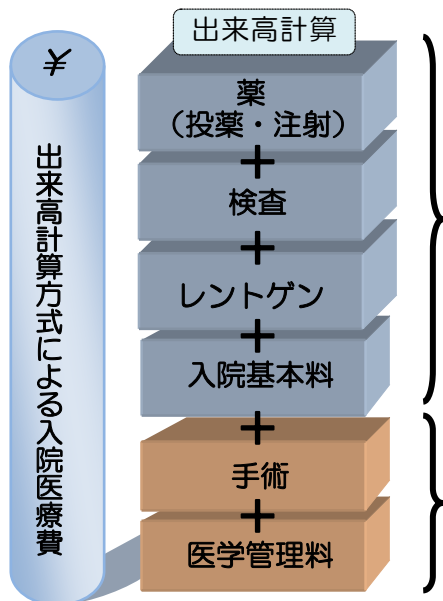
DPC：診断群分類別包括評価方式とは？

DPCとは、Diagnosis（診断）Procedure（処置）Combination（組み合わせ）の略で、従来の個々の診療行為を積み上げて入院医療費を算定した出来高計算方式とは異なり、傷病名や診療行為に応じて予め厚生労働省が定めた1日当たり定額の点数を用いて、入院医療費を包括的に算定する方式（包括評価）です。ただし、手術、内視鏡検査など一部の診療行為については従来どおり出来高計算方式で積み上げて計算します。これらの包括評価部分と出来高計算部分を合わせて入院医療費が定まります。

これまで

出来高計算方式

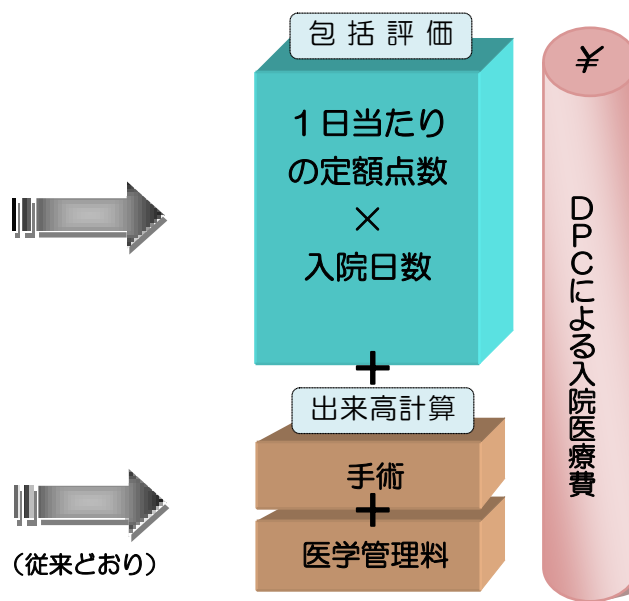
診療行為（薬・検査など）をひとつひとつ積み上げた合計点数により入院医療費が定まる計算方式です。



4月から

DPC

傷病名等により定められた1日当たりの定額点数を用いて、入院医療費を包括的に計算する（包括評価）方式です。
(一部、出来高計算する項目もあります。)



※なお、ここに記載している以外にも出来高計算する項目はございます。

DPCの対象となる患者さんは？

入院患者さんのほとんどの方は、DPCの対象となります。

ただし、厚生労働省により包括評価になじまないとされた一部の傷病や診療行為の入院医療費については、従来の「出来高計算方式」で計算される場合があります。また、公害医療、労災保険、自賠責保険、歯科及び先進医療対象の方などについては、従来どおり「出来高計算方式」で計算されます。

(平成21年3月31日までに入院されていた患者さんにつきましては、引き続き2か月間は出来高計算方式で算定いたします。)

出来高計算方式とDPCで入院医療費に違いはありますか？

DPCでは、傷病名と診療行為によって1日当たりの医療費が定まるため、従来の出来高計算方式と比べて入院医療費が高くなる場合もあれば安くなる場合もあります。また、医療機関ごとに病院の機能に基づいた係数が定められており、同一の傷病名や診療行為でも、医療機関によって入院医療費が若干異なる仕組みになっています。

食事代（食事療養費）の取り扱いについては、これまでと変わりありません。

医療費の支払い方法は変わりますか？

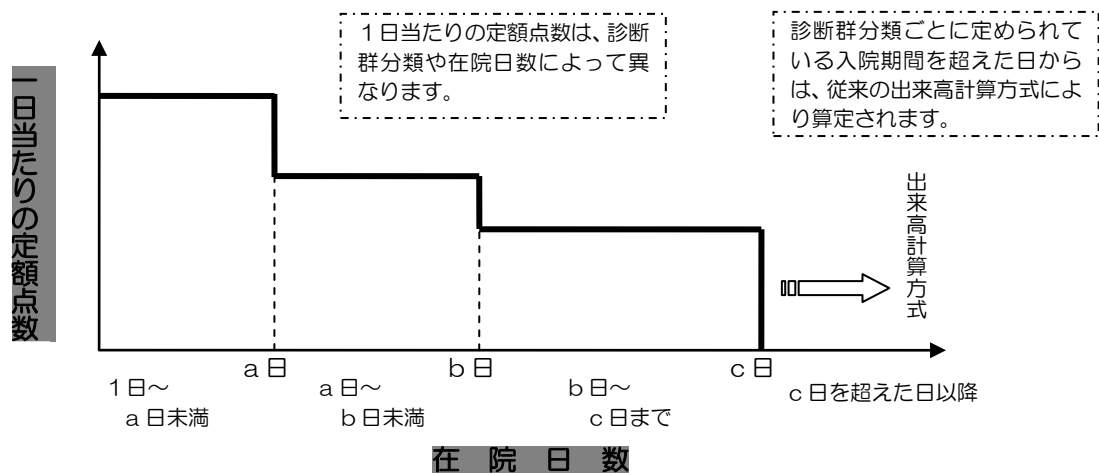
医療費の総額に対して、患者さんが加入されている保険組合等の自己負担割合に応じて自己負担金をお支払い頂くことは、基本的にこれまでと変わりはありません。

ただし、入院後の病状経過や治療内容の変化等によって一部請求額が変動することがあり、退院時等に前月までの支払い額との調整を行うことがありますので予めご了承下さい。

高額療養費の取り扱い等についてはこれまでと変更はありません。

1日当たりの定額点数について詳しく教えてください。

1日当たりの定額点数は、傷病名や診療行為などに基づいた分類（診断群分類）ごとに国が定めており、分類ごとの点数は在院日数の経過に伴って段階的に下がっていく仕組みとなっています。ある程度入院日数が経過し、分類ごとに定められている入院期間を超えた日からは、従来の出来高計算方式によって入院医療費を算定することになります。



具体的に支払いはどうなるのですか？

DPCによって患者さんがお支払いになる入院医療費は、以下の算式で計算します。

$$\text{入院医療費} = \left[\begin{array}{c} \boxed{\text{1日当たりの定額点数}} \times \text{入院日数} \times \frac{\text{医療機関別係数}}{\text{医療機関別係数}} + \boxed{\text{出来高算定点数}} \end{array} \right] \times 10 \text{円} \times \text{自己負担割合} + \boxed{\text{食事代}}$$

〈包括評価〉
〈出来高計算〉

(例) 肺の悪性腫瘍で手術（胸腔鏡下肺切除術）を行い、9日間入院した場合

上記例での1日当たりの定額点数

入院日数：1日目～7日目まで 2,862点
 8日目～15日目まで 2,162点
 16日目～26日目まで 1,838点
 27日目以降は、従来どおり出来高計算方式となります。

傷病名や診療行為、在院日数によって1日当たりの定額点数は異なります。

当院の医療機関別係数 1.031 (平成21年度)

医療機関ごとに病院の機能などに基づいた係数が定められています。これにより、同一の診断群分類でも病院によって医療費が若干異なる仕組みになっています。

診療費

包括評価 (①) = 25,113点 (2,862点×7日+2,162点×2日) × 1.031

出来高計算 (②) = 56,327点 (胸腔鏡下肺切除術、肺血栓塞栓予防管理料、
 病理診断料、栄養管理実施加算 など)

合計 81,440点 (1点10円)
 (①+②)

手術、医学管理料（一部を除く）、一部の検査又は処置などについては「出来高計算方式」により算定されます。

自己負担金支払額の計算

(自己負担割合が3割の患者さんの場合)

81,440点 × 10円 × 3割 = 244,320円 + 食事代 (※上記例では約5,000円です。)

※ただし、患者さんが加入されている保険により自己負担金は変わりますのでご了承下さい。

☆その他、ご不明な点につきましては医事課までお問い合わせ下さい。