

【DPC/PDPS】参考資料
(平成24年3月30日 厚生労働省 疑義解釈その①)

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

A 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計にはICD-10による疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

Q DPC対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

A 選択できない。

Q 同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

A 包括評価の対象と考えてよい。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 午前0時をまたがる1泊2日の入院についても、入院した時刻から24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

A 包括評価の対象外となる。

Q DPC算定の対象外となる病棟からDPC算定の対象病棟に転棟したが、転棟後24時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

A 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後24時間以内に死亡した」患者であり、転棟後24時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

Q 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

A そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

DPC対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

A

包括評価の対象とならない。なお、入院している病棟（床）で判断することとなるため、亜急性期入院医療管理料を算定している病床に入院しているが、当該管理料の算定対象外となる患者についても、同様の取扱いとする。

Q

分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

A

保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

Q

入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

A

入院前に先進医療等の実施が決定された場合には、入院日から包括評価の対象外となる。入院後に先進医療等の実施が決定された場合には、その実施を決定した日から医科点数表により算定する。また、先進医療等が終わった場合には、引き続き、医科点数表に基づき算定する。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、医科点数表により算定していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

A

当該患者が診断群分類区分に該当する場合には、臓器移植等を実施しないことを決定した日から包括評価により算定する。

Q

治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

A

医学的に一連の診療として判断される場合は医科点数表により算定すること。
（包括評価の対象患者とならない。）

Q

外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。

A

入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

先進医療として認められている技術が医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

A

保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

Q

新たに高額薬剤として告示された薬剤を投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

A

厚生労働大臣による当該薬剤の告示日以降に、投与、または投与することを決定した場合に当該日より包括評価の対象外となる。効能追加が認められた日から告示日までの間に投与した場合には告示日から包括評価の対象外となる。

Q

厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

A

当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。（薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない）

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

A

包括評価の対象外となる。

Q

労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

A

医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

Q

交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

A

包括評価の対象となる。

Q

「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

A

「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医がICD-10コードにより選択する。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

一連の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

A

そのとおり。

Q

「医療資源を最も投入した傷病」については、DPC算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

A

含めない。DPC算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

Q

合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

A

そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

A

あり得る。

Q

抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

A

「〇〇骨折」でよい。

Q

医療資源を最も投入した傷病を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

A

含めることはできない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいか。

A 入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

Q 「K678 体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）」のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

A 診療報酬の算定の可否ではなく、診療行為の実施の有無によって判断するため、「手術あり」で算定することができる（2回目の入院で「K678 体外衝撃波胆石破砕術」を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取扱う）。ただし、その区分番号、名称、実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

A

「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2 輸血管理料」のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

Q

手術の有無による分岐の決定において、「K920-2 輸血管理料」のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

A

そのとおり。

Q

他院において手術の実施後に転院した患者については、転院後の病院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

A

そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 「入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」及び「手術・処置等2」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類区分を優先して選択すること。」とあるが、入院中に異なるツリーで評価される複数手術を行った場合、上記文章に従って診断群分類区分を決定する必要があるのか。

A そのとおり。

Q 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択すべきか。

A 手術を行うことを決定した日が入院日Ⅲを超えていなければ、「手術あり」、入院日Ⅲを超えていれば「手術なし」を選択する。なお、入院後に手術を行うことを決定した際には、その理由と決定日を診療録等に記載しておくこと。

Q 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○」で判断するということか。

A そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 開胸手術を行った際に、術後管理のためにペースングリッドを設置した場合、診断群分類区分の「手術・処置等2」の選択においては、「K596 体外ペースメーカー術」は「あり」を選択してよいか。

A 一連の開胸手術に含まれる行為と考えられるため、選択してはならない。なお、術前に救急で「K596 体外ペースメーカー術」を実施した場合等、開胸手術等とは別に実施した場合には、「あり」を選択する。

Q 一連の入院において転科があり、かつ、それぞれの診療科に係る診断群分類区分に関連性がない場合にも、一の診断群分類区分を決定するのか。

A そのとおり。

Q 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

A 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類区分を決定することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 「白内障、水晶体の疾患」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

A 一入院で判断する。

Q JCS（Japan Coma Scale）により分類されている診断群分類区分について、いつの時点のJCSで判断するのか。

A DPC算定対象の病棟入院時に該当するJCSにより判断する。ただし、入院後に当該病棟において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

Q 心室中隔欠損症（140310）で用いる「入院時月齢」は生年月日の翌月同日を迎えたときに一か月とするのか。それとも30日を一か月とするのか。

A 年齢と同様に暦で計算する。原則として、翌月同日を迎えた時を1か月とするが、翌月同日が無い場合は翌月の末日とする（例生年月日3月31日の場合、一か月は4月30日となる）。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

A 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

Q 副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「副傷病あり」と判断してよいか。

A 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「副傷病なし」と判断する。

Q 定義告示内の副傷病名欄に診断群分類番号の上6桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載されたICDコードに該当する場合に「副傷病あり」になるということか。

A そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

A

医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係わらず「副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

Q

「医療資源を最も投入した傷病」が食道の悪性腫瘍（060010）に該当するICDコードであり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2（放射線療法あり）」を選択することとなるのか。

A

そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

Q

化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても選択することができるのか。

A

選択することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

A

選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時での処方含まれていない。

Q

活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

A

化学療法に含まれない。

Q

化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

A

抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

「手術・処置等2」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

A

選択することができる。（薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない）

Q

乳房の悪性腫瘍（090010）の「手術・処置等2」の「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」は「パクリタキセル又はドセタキセルあり」のパクリタキセルとは違う薬剤となるのか。

A

違う薬剤となる。「パクリタキセル（アルブミン懸濁型）」とは「アブラキサン」のことを指す。

Q

骨の悪性腫瘍（070040）での「手術・処置等2」における「メトトレキサート大量療法」の「大量」とはどのように判定するのか。

A

一入院での使用量が5g以上か否かで判定する。

厚労省 疑義解釈（その1）

- Q** DPC留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「L1001 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）神経根ブロック」には、他に医科点数表に示されている「トータルスピナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。
- A** 含まれない。「L100-2 神経ブロック腰部硬膜外ブロック」「L100-5 神経ブロック仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。
- Q** 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定をすることとなるのか。
- A** そのとおり。
- Q** 診断群分類点数表による算定を始めた日以前から入院した患者は3か月目から包括評価の対象となるが、当該患者の診断群分類区分に係る入院期間の起算日は入院日となるのか。
- A** そのとおり。

厚労省 4疑義解釈（その1）

Q

医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないの。

A

医療機関別係数は、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ（入院基本料等加算等に係る係数）及び機能評価係数Ⅱ（効率性指数等に係る係数）を合算した数である。基礎係数及び暫定調整係数は次回改定まで変更されない。機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い、変更されうる。機能評価係数Ⅱは毎年度（毎年4月1日）に実績を踏まえ変更される。

Q

検体検査管理加算の届出を複数行っている場合（例：ⅠとⅣ）、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

A

両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

Q

検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

A

検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

A

医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。)は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

Q

入院基本料等加算を算定することができない病棟（床）にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。

（例：DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ）

A

機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができるのであれば、全てのDPC対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

「A204-2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。また、医療機関はその都度届出を行う必要があるのか。

A

そのとおり。なお、研修に関する計画を年間計画で届出ても差し支えない。その際、計画に変更が生じた場合には速やかに届出ること。

Q

入院手術のための検査等を入院に先立って別の日に外来で実施した場合、その検査等の費用を医科点数表により算定し、外来分として請求することができるか。

A

外来分として請求することができる。

Q

診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

A

算定することができない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

A

算定することができる。

Q

外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

初診料を算定することはできるが、再診料（外来診療料）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

医科点数表の留意事項通知では「A243 後発医薬品使用体制加算」はDPC対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、DPCの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。DPC対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

A

算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

Q

データ提出加算における「200床」とは医療法上の許可病床になるのか。それともDPC算定対象病床になるのか。

A

許可病床における一般病床となる。（外来診療料を算定する医療機関は「200床以上」の区分で、再診料を算定する医療機関は「200床未満」の区分で施設基準の届出を行うことができる）

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

DPC対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。

（例1）出来高評価の診断群分類区分に該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合

（例2）特定入院期間を超えて医科点数表により算定することになった場合

A

一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数1で評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。（例1は算定可、例2は算定不可）

Q

DPC対象病院においては、通常の退院患者調査データを提出していれば、データ提出加算1を算定することができるのか。

A

算定することができる。ただし、4月1日からの算定にあたっては4月16日までに厚生局への届出が必要となる。また、データの提出に遅延等が認められた場合は、当該提出月の翌々月について、当該加算は算定することができない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

①DPC算定病棟（包括評価の対象外）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象）と転棟した事例について、①から②への転棟時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

A

算定することはできない。（③において機能評価係数Ⅰとして評価されているため

Q

①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟→③DPC算定病棟（包括評価の対象外）と転棟した事例について、③の退院時にはデータ提出加算を算定することはできるのか。

A

算定することはできない。

Q

また上記の問7-〇〇で、②DPC算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③DPC算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

A

①DPC算定病棟（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅱの「データ提出係数」で既に評価されているため、算定することができない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

A

「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

Q

医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則1に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則3に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

コロンブラッシュ法については、「D311 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N004 細胞診検査」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は「N001 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

合算した点数を算定することができる。

Q

医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができない。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。

A

そのとおり。

Q

心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査について、新生児加算等の加算を算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ心電図検査を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

A

いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

「D206 心臓カテーテル法」による諸検査の注7に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

A

算定することができない。

Q

包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

A

算定することができない。

Q

包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。

A

フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

経皮経肝胆管造影における「E003 造影剤注入手技」は、「D314 腹腔鏡検査」に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

A

算定することができない。

Q

入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は別に医科点数表に基づき算定することができるか。

A

「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

Q

核医学検査（核医学診断）に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

A

そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

調剤技術基本料について、診断群分類点数表により算定された入院患者が退院した後に入院期間と同一月に受けた外来診療について算定することができるか。

A

入院期間以外の期間であっても算定することができない。

Q

第9部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

A

算定することができる。

Q

包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

A

算定することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

A

ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例により算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

Q

診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

A

診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

Q

「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

A

「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

A

医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

Q

「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」を実施した場合、注7に掲げる加算は算定できるのか。

A

算定することができる。

Q

「L100及びL101 神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

A

そのとおり。

厚労省 疑義解釈（その1）

Q

出来高算定可能な抗HIV薬には、「後天性免疫不全症候群（エイズ）患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

A

含まれない。

ご清聴ありがとうございました



Institute for Health Care Information Sciences, Inc.

株式会社 医療情報科学研究所