

医科診療報酬点数表関係 (DPC)

1. DPC対象病院の基準について

問1-1 診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

(答) 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計におけるICD10コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

問1-2 DPC対象病院の基準として、「調査期間1月当たりのデータ数が90以上であること」とあるが、短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施する患者はデータ数に含まれるのか。

(答) 含まれる。

2. DPC対象患者について

問2-1 DPC対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表と医科点数表のいずれにより算定するかを選択することができるのか。

(答) 選択できない。

問2-2 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。

(答) 包括評価の対象と考えてよい。

問2-3 午前0時をまたぐ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。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-4 DPC算定の対象外である病棟から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。

(答) 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。

問2-5 包括評価の対象外となる臓器移植患者は、DPC算定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。

(答) そのとおり。

問2-6 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者のうち、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。

(答) 入院している病棟(床)で判断するため、包括評価の対象とならない。

問2-7 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。

(答) 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。

問2-8 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。

(答) 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はならない。)

問2-9 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、当該患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 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。

問2-10 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。

(答) 保険適用となる前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

問2-11 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。

(答) 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区分が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)

問2-12 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。

(答) 包括評価の対象外となる。

問2-13 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。

(答) 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。

問2-14 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

問2-15 DPC/PDPSによる算定を行う病床において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

(答) 短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たし、入院後5日以内に退院する場合にあっては、短期滞在手術等基本料3により算定する。それ以外の場合にあっては、診断群分類点数表により算定する。

### 3. 診断群分類区分の適用の考え方について

#### 【「医療資源を最も投入した傷病」について】

問3-1-1 「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。

(答) 「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ICD10コードにより選択する。

問3-1-2 「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。

(答) そのとおり。

問3-1-3 「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。

(答) 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。

問3-1-4 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。

(答) そのとおり。

問3-1-5 「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。

(答) あり得る。

問3-1-6 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。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

問3-1-7 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するに当たり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料や手術で使用した薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

問3-1-8 いわゆる疑い病名により、診断群分類区分を決定してよいか。

(答) 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。

問3-1-9 「医療資源を最も投入した傷病」として「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」が選択されうる患者については、どのようにすればよいか。

- ① 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）を行う場合
- ② 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して区分番号「K475」乳房切除術を行う場合

(答) 実施した手術等に基づき、卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）又は乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する ICD10 コードを選択する。問の例の場合については以下のとおり。

- ① 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍（120010）に該当する ICD10 コードを選択し、「子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）等あり」を選択する。
- ② 乳房の悪性腫瘍（090010）に該当する ICD10 コードを選択し、「その

他の手術あり」を選択する。

なお、いずれの場合においても「傷病情報」欄の「入院時併存傷病名」に「R798 遺伝性乳癌卵巣癌症候群」を記載する。

問3-1-10 「医療資源を最も投入した傷病」として、異なる診断群分類区分上6桁に該当する複数のICD10コードが選択されうる以下の場合については、どのようにすればよいのか。

- ① 慢性維持透析を行っている慢性腎臓病患者の透析シャント病変に対して、区分番号「K608-3」内シャント血栓除去術、「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術又は「K616-7」ステントグラフト内挿術（シャント）を行う場合
- ② 人工股関節置換術後の人工関節周囲骨折（外傷によるもの）に対して、区分番号「K046-2」骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）の「1」、「2」又は「3」を行う場合

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 原則として、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全（110280）に該当するICD10コードを選択する。
- ② 原則として、関節・大腿近位の骨折（160800）に該当するICD10コードを選択する。

#### 【「手術」について】

問3-2-1 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。

（答）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。

問3-2-2 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

（答）選択することができる。ただし、算定しなかった手術の区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問3-2-3 区分番号「K678」体外衝撃波胆石破碎術（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。

(答)「手術あり」で算定することができる（2回目の入院で区分番号「K678」体外衝撃波胆石破碎術を再び行った場合、手術料は算定できないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。）。ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載すること。

問3-2-4 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第2章第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。

(答)「手術あり」を選択する。ただし、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管管理料のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

問3-2-5 手術の有無による分岐の決定において、第13款に掲げる手術等管理料又は区分番号「K920-2」輸血管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。

(答) そのとおり。

問3-2-6 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自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。

(答) そのとおり。

問3-2-7 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」として選択するのか。

(答) そのとおり。

問3-2-8 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○○○」で判断するという事か。

(答) そのとおり。

問3-2-9 翼状片患者に対して、区分番号「K224」翼状片手術（弁の移植を要するもの）及び「注」に規定する羊膜移植術を行った場合、診断群分類として結膜の障害（020250）を選択する患者における「手術」としては、「K224+K260-2」（翼状片手術（弁の移植を要するもの）+羊膜移植術）を選択するののか。

（答） そのとおり。

【「手術・処置等1・2」について】

問3-3-1 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、例えば区分番号「L100」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）の「1」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」は含まれないののか。

（答） 含まれない。区分番号「L100」の「2」腰部硬膜外ブロック及び区分番号「L100」の「5」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。

問3-3-2 手術に伴う人工呼吸は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いののか。

（答） 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-3 診断群分類が胃の悪性腫瘍（060020）等であり、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のか。

（答） 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。

問3-3-4 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている薬剤に加えて、他の薬剤を併用しても選択することができるののか。

（答） 選択することができる。

問3-3-5 診断群分類区分の決定に当たり、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。

(答) 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、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-6 診断群分類区分の決定に当たり、手術中に使用した薬剤のみをもって「手術・処置等2」の特定の薬剤名（成分名）での分岐を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。特定の薬剤名での分岐には手術中の使用、外来・退院時、在宅医療での処方含まれていない。

問3-3-7 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

問3-3-8 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。

(答) 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。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。

問3-3-9 「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。

(答) 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。）。

問3-3-10 区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を実施した場合、「手術・処置等2」の分岐の区分で区分番号「G005」中心静脈注射を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

問3-3-11 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-12 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

問3-3-13 肺の悪性腫瘍(040040)、小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍(060030)及び卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍(120010)の「手術・処置等2」において「カルボプラチン+パクリタキセル」が定義されているが、「カルボプラチン」と「パクリタキセル(アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

問3-3-14 区分番号「K740」直腸切除・切断術及び区分番号「K740-2」腹腔鏡下直腸切除・切断術を実施し人工肛門造設術を併せて実施した場合に算定する「人工肛門造設加算」について、当該加算を算定する術式及び人工肛門造設術を実施した場合、診断群分類における手術・処置等1の区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を実施したとして、手術・処置等1「あり」を選択してよいか。

(答) そのとおり。なお、レセプトの「診療関連情報」欄に、区分番号「K726」人工肛門造設術又は区分番号「K726-2」腹腔鏡下人工肛門造設術を記載すること。

問3-3-15 放射線療法の定義として「医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。」とあるが、「放射線治療」の部分において評価される特定保険医療材料のみを使用した場合、診断群分類区分は「放射線療法あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答）「なし」の診断群分類区分を選択する。

【「その他（定義副傷病名等）」について】

問3-4-1 網膜剥離（020160）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。

（答）一入院で判断する。

問3-4-2 白内障、水晶体の疾患（020110）について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

（答）「片眼」を選択する。

問3-4-3 網膜剥離（020160）について、一入院中において、片眼に区分番号「K275」網膜復位術を実施し、もう一方の片眼に区分番号「K2761」網膜光凝固術（通常のもの）を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

（答）「両眼」を選択する。

診断群分類区分上6桁が同一の疾患について、定義テーブルの「手術」又は「手術・処置等1」に掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術（フラグ97「その他のKコード」を除く。）を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

問3-4-4 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。

（答）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、診療報酬明細書には「出生時体重不明」と記載する。

問3-4-5 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいか。

(答) 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、「定義副傷病なし」と判断する。

問3-4-6 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類区分上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ICD10コードに該当する場合に「定義副傷病あり」となるということか。

(答) そのとおり。

問3-4-7 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無にかかわらず「定義副傷病あり」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。

#### 4. 診療報酬の算定について

問4-1 6月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日以前から入院している患者については、同日から7月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、8月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

問4-2 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

問4-3 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

問4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない）。また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

問4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、どのように算定するのか。

(答) 転棟前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない）。また、入院日Ⅱを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

問4-6 6月1日から新規にDPC対象病院となる場合、同日6月1日以前から入院している患者が同月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

(答) 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

問4-7 医科点数表第1章第2部入院料等の通則第9号の規定による栄養管理体制に係る減算、通則第10号の規定による身体的拘束最小化に係る減算又は通則第11号の規定による継続的な賃上げに係る取組の実施に係る減算に該当する場合、医科点数表に基づき所定点数を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

## 5. 医療機関別係数について

問5-1 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か。

(答) 医療機関別係数のうち、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る。また、機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数は毎年度に実績を踏まえ変更される。

問5-2 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。

(答) 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。

問5-3 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。

(答) 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。

問5-4 地域医療支援病院であって、紹介受診重点医療機関として公表された病院において、医療機関別係数は区分番号「A204」地域医療支援病院入院診療加算及び区分番号「A204-3」紹介受診重点医療機関入院診療加算に係る機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を機能評価係数Ⅰに合算すること。

問5-5 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。

(答) 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（データ提出加算に係るものを除く。）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。

問5-6 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）

(答) 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こと等により、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。

問5-7 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算（1 病棟薬剤業務実施加算1）を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算（1 病棟薬剤業務実施加算1）のように、機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち、医科点数表において週1回または月1回算定できるとされているものについては、入院

日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することができる。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週又は月は算定することができない。なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間、月の初日から月の末日までの1か月をいう。

問5-8 区分番号「A245」データ提出加算について、DPC対象病院において、DPC算定病棟（包括評価の対象）に入院している患者はデータ提出加算1又は2を算定することができるか。

(答) 機能評価係数Iで評価されているため算定することができない。

問5-9 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、データ提出加算1又は2を算定することはできるのか。

(答) ①DPC算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Iで既に評価されているため、算定することができない。

問5-10 ①DPC算定病棟（包括評価の対象）→②DPC算定病棟以外の病棟に転棟した事例について、データ提出加算3又は4はどのように算定するのか。

(答) ②の病棟がデータ提出加算3又は4の算定対象病棟の場合のみ、転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定する。

## 6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

問6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、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）

(答) 算定することができない。

問6-2 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）

(答) 算定することができる。

問6-3 問6-1及び問6-2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。)」とあるが、医科点数表において、月1回のみ算定することとなっている点数であって、診断群分類点数表により包括されるすべての点数を指すのか。

(答) そのとおり。

問6-4 問6-1及び問6-2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。)」とあるが、医科点数表において、例えば3月に1回算定することとなっている点数は含まれるのか。

(答) 当該解釈は、「月1回のみ算定することとなっている点数」に限られ、例示のように3月に1回算定することとなっている点数等については、診断群分類点数表による算定の有無により外来における算定の可否が変わるものではない。

問6-5 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。

(答) 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料(時間外加算等を除く。)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。

問6-6 医科点数表第2章第2部在宅医療に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「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。

問6-7 医科点数表の「検査(内視鏡検査)」の通則第1号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。

(答) 算定することができる。

問6-8 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則第3号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。

(答) 算定することができる。

問6-9 コロンブラッシュ法については、区分番号「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区分番号「N004」細胞診の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は区分番号「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。

(答) 合算した点数を算定することができる。

問6-10 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。

(答) 算定することができない。

問6-11 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。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

問6-12 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回ずつ区分番号「D208」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。

(答) 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。

問6-13 区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注9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。

(答) 算定することができない。

問6-14 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。

(答) 算定することができない。

問6-15 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ができるか。

(答) 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。

問6-16 経皮経肝胆管造影における区分番号「E003」造影剤注入手技は、区分番号「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。

(答) 算定することができない。

問6-17 入院を必要とする侵襲的処置を含む医科点数表第2章第4部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。

(答) 「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。

問6-18 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。

(答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

問6-19 医科点数表第2章第9部処置の通則に規定する休日加算、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の後であっても算定できることとされているが、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。

(答) 算定することができる。

問6-20 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の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

問6-21 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。

(答) 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。

問6-22 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。

(答) 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。

問6-23 「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。

(答) 「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。

問6-24 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。

(答) 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。

問6-25 区分番号「L008」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を実施した場合、注7に規定する加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

問6-26 区分番号「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。

(答) そのとおり。

問6-27 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。

（答）含まれない。

問6-28 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤（例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等）は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

（答）手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

問6-29 問6-28において、手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限ることとされているが、「注射用レザフィリン100mg」、「アラベル内用剤1.5g」及び「アラグリオ顆粒剤分包1.5g」についても同様の取扱いとなるか。

（答）いずれも術前に使用する薬剤であり、別途算定できない。なお、いずれの薬剤も包括評価部分において評価されていることに留意されたい。

問6-30 グランツマン血小板無力症患者（GP IIb-IIIa及び／又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの）に使用する「遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

問6-31 von Willebrand 病患者に使用する「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤」は出来高で算定することができるのか。

（答）算定できる。

## 7. 特定入院料の取扱いについて

問7-1 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

（答）従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

問7-2 区分番号「A301」特定集中治療室管理料を14日間算定していた患者が、引き続き区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病床に転床した場合、21日目まで「15日以上21日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問7-3 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者が、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料を21日間算定した後に区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定する病床に転床した場合、25日目まで「15日以上30日以内の期間」の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問7-4 一度目の入院時に区分番号「A300」救命救急入院料を上限日数に満たない日数分算定し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で退院後7日以内に再入院した場合において、「救命救急入院料」の算定可能病室に入室した際、上限日数まで区分番号「A300」救命救急入院料を算定可能か。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

問7-5 診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合は、退院してから再入院するまでの期間の日数は入院期間として算入しないが、区分番号「A307」小児入院医療管理料を継続して算定する場合、当該期間中の日数は区分番号「A307」小児入院医療管理料に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

問7-6 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれていないため算定することができる。また、包括評価の範囲に含まれていない入院基本料

等加算については、特定入院料に係る加算の種類により算定できる範囲が異なるため注意すること。

問7-7 特定入院料の注に規定する加算のうち、医科点数表において併算できない診療報酬項目が示されているものについて、DPC算定においても同様に扱うのか。

(答) そのとおり。

#### 8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

問8-1 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬剤料(制吐剤等)は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤(併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限る。)に係る薬剤料については算定することができない。また、生理食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料についても算定することができない。

問8-2 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

問8-3 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等2の分岐が「2放射線療法」「3化学療法ありかつ放射線療法なし」となっているDPCコードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐2を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

問8-4 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査 ありを手術・処置等1の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

## 9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

問9-1 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病名」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院する場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

問9-2 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院は、「診断群分類区分の上2桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否かを判断することになるのか。

(答) 以下のような7日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上2桁が一致する場合
- ② 再入院時と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類区分上6桁が一致する場合
- ③ 再入院時の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて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コード又は診断群分類手術・処置等の合併症(180040)に定義されるICDコードを選択した場合

問9-3 ①DPC算定病棟(診断群分類点数表により算定)→②地域包括ケア病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病棟又は病床に転棟又は転室(引き続き診断群分類点数表により算定)→③退院→④DPC算定病棟に再入院した事例において、どの時点を起算日として、「7日以内」の再入院であるかを判断することになるのか。

(答) ②において、引き続き診断群分類点数表により算定していることから、退院日の翌日から起算して7日以内かどうかで判断する。

問9-4 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すればよいか。

(答) 「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-5 DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院とみなすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

問9-6 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟し、診断群分類区分上2桁が同一である傷病名で再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 再転棟までの期間にかかわらず、「一連」の入院とみなし、傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

問9-7 一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

(答) DPC算定病棟以外の病棟からDPC算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類区分上2桁が同一である傷病等でDPC算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

問9-8 同一傷病に該当するか否かは、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類区分上2桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。(例) 半月板損傷(160620)にて入退院後、7日以内に上腕骨骨折(160730)にて入院

(答) そのとおり。

問9-9 7日以内の再入院であって、前回の入院と今回の入院の「医療資源を最も投入した傷病名」がそれぞれ、唾液腺の悪性腫瘍（030011）、上咽頭の悪性腫瘍（030012）のように、診断群分類区分の上6桁が03001xとして同一となる場合は、「一連」の入院として取り扱うか。

（答）「一連」の入院として取り扱う。

#### 10. 退院時処方 of 取扱いについて

問10-1 退院時処方 is、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問10-2 診断群分類区分上2桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して7日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

（答）退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類区分上2桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

問10-3 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

（答）残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

問10-4 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日又は前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

（答）土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定を取り下げること。

問 10-5 「フォルテオ皮下注キット 600 $\mu$ g」及び「テリパラチド BS 皮下注キット 600 $\mu$ g「モチダ）」は、内容量が 600 $\mu$ g、1 回の使用量が 20 $\mu$ g であるが、28 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、フォルテオ皮下注キット 600 $\mu$ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 $\mu$ g「モチダ」の算定方法はどのようになるか。

(答) フォルテオ皮下注キット 600 $\mu$ g 及びテリパラチド BS 皮下注キット 600 $\mu$ g「モチダ」は 28 日用製剤であるため、それぞれの薬価を 28 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10-6 「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」は、内容量が 1.5mg、1 回の使用量が 80 $\mu$ g であるが、14 日用の製剤として薬価収載されている。入院時に 1 回分のみ使用する場合、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の算定方法はどのようになるか。

(答) オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg は 14 日用製剤であるため、オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg の薬価を 14 (日分) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料とする。

問 10-7 薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤(「フォルテオ皮下注キット 600 $\mu$ g」、「テリパラチド BS 皮下注キット 600 $\mu$ g「モチダ）」及び「オスタバロ皮下注カートリッジ 1.5mg」)を、入院中に処方した場合、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとすることは可能か。

(答) 入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものと差し支えない。

問 10-8 薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤について、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものと差し支えないこととされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数 (回数) で除したものを 1 日分 (1 回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

問 10-9 退院後に介護老人福祉施設に入所する場合、退院時処方薬の薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

#### 11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

問 11-1 DPC算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) DPC算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用(対診が実施された場合の初・再診料及び往診料を除く。)は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該保険医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。DPC算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず(診断群分類点数表・医科点数表のいずれにより算定していても)同じ取扱いである。また、DPC算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床(例:地域包括ケア入院医療管理料)に入院している患者についても同じ取扱いである。

問 11-2 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-3 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたDPCの包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-4 DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（PET・MRI等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。

（答）よい。

問 11-5 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合であって、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、当該他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為が行われた場合は、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができる。なお、この場合、診断群分類区分の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

問 11-6 DPC算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問 11-7 DPC算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

（答）他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

問 11-8 DPC算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答）算定することができない。

問 11-9 DPC算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

（答）健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる（消費税法第6条）。

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

## 12. データ提出加算について

問 12-1 「DPCの評価・検証等に係る調査」の退院患者調査に準拠したデータの提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができるのか。

（答）データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）において提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については区分番号「A245」データ提出加算は算定できない。

問 12-2 データ提出に遅延等が認められたため、1か月区分番号「A245」データ提出加算を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

（答）包括評価対象分については、当該月診療分の区分番号「A245」データ提出加算に係る機能評価係数Iを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、区分番号「A245」データ提出加算を算定することができない。

### 13. 診療報酬の調整等について

問 13-1 退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

(答) 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

問 13-2 包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

(答) 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

問 13-3 診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

(答) 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月ごとに確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

問 13-4 切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用となった日となるのか。

(答) そのとおり。

問 13-5 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。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院全てを医科点数表に基づき再請求する。

問 13-6 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、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。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合

には、当該入院全てを当該診断群分類区分により再請求する。

問 13-7 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一つの入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は、入院期間全てを医科点数表に基づき算定をする。

問 13-8 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

問 13-9 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表による算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

問 13-10 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までに予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

#### 14. 令和8年度改定に係る経過措置について

問 14-1 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定により高額薬剤から除外され、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示さ

れていない) ことから、ツリー図上の分岐の区分に従い診断群分類区分を決定する。改定後も引き続き告示されている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

問 14-2 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようなになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

問 14-3 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を5月中に実施した場合であって、6月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

問 14-4 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、6月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(例2) 4月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60日となっている診断群分類区分が適用される患者の6月分の請求

(答) 例1の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は診断群分類点数表に基づき算定する。

問 14-5 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、改定後の診断群分類区分は6月1日から適用となるが、改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日で終了しているため、6月1日以降の診療報酬から調整の対象となるのか。

(答) そのとおり。

#### 15. 診療報酬明細書関連について

問 15-1 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 医科点数表に従い、記載する必要がある。

問 15-2 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-3 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

問 15-4 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

(答) 記載する必要はない。

問 15-5 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、ICD10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-6 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

問 15-7 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包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」欄には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

問 15-8 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) DPCの診療報酬明細書のうち、請求点数が38万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

問 15-9 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者ごとに診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診

療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

問 15-10 診療報酬改定をまたいで入院している場合、5月診療分DPCレセプトの「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は5月31日に実施するが、入院中であるため「今回退院年月日」欄及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

問 15-11 令和8年5月以前から継続して入院している患者で、5月に分岐に係る手術等を行った場合、6月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 5月に実施した手術等について、6月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、5月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

問 15-12 区分番号「K921」造血幹細胞採取を行うに当たり、造血幹細胞の末梢血中への動員のためにG-CSF製剤やプレリキサホルを投与するが、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、DPCレセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、区分番号「K921」造血幹細胞採取の注2の規定による加算に該当するため、造血幹細胞採取に当たって当該薬剤を使用した場合についても、区分番号「K921」造血幹細胞採取を算定する日に区分番号「K921」造血幹細胞採取の所定点数に当該薬剤の点数を加算する。

問 15-13 播種性血管内凝固症候群（130100）等によって請求する際は、診療報酬明細書の摘要欄に、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スコアを記載することとされているところ、急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）について見直しが行われたが、摘要欄へのDICスコアの記載に当たっては、見直し後の診断基準（JAAM-2 DIC診断基準）に基づいて記載する必要があるか。

(答) そのとおり。なお、当分の間は、見直し前の診断基準（JAAM DIC 診断基準）を用いても差し支えない。