

事 務 連 絡
平成15年4月30日

日本病院会 御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について

標記について、別添のとおり各地方社会保険事務局、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）及び都道府県老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）あて連絡したのでお知らせします。



事務連絡
平成15年4月30日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法を定める件」（平成15年厚生労働省告示第75号）等については、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成15年3月13日保医発第0313001号）等により4月1日から実施しているところですが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめましたので、参考までに送付いたします。

1. 対象患者

(問) 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。

(答) そのとおり。

(問) 自家末梢血幹細胞移植を受けた患者や臍帯血移植を受けた患者は、包括評価の対象外となる臓器移植患者に含まれるのか。

(答) 自家末梢血幹細胞移植を受けた患者や臍帯血移植を受けた患者は包括評価の対象患者である。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る患者に限られる。

(問) 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。

(答) そのとおり。

(問) 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) そのとおり。

2. 診療報酬額の算定方法

(問) 医療機関別係数は次の制度改正時まで変更されないのか。

(答) 医療機関別係数は、調整係数と入院基本料等加算等に係る係数を合算した数であるため、入院基本料等加算に係る施設基準の届出等に伴い、医療機関別係数が変更される場合がある。

(問) 入院手術のために入院に先立って検査等を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、外来分として請求してもよいか。

(答) 差し支えない。

(問) 外来で受診した後、直ちに入院した患者について初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。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) 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。

(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) 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」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。

(答) 算定することができる。

(問) 医科点数表の「検査 (内視鏡検査)」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。

(答) 算定することができる。

(問) 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、沈さ塗抹染色による細胞診断の場合はD102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D101病理組織顕微鏡検査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) 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) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は、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。

(答) 算定することができない。

(問) 医科点数表の「処置」に定める「連続携行式腹膜灌流」については、「連続携行式腹膜灌流用腹腔内留置カテーテルを装着」すると、1000点を超えるが、このような場合の「連続携行式腹膜灌流」は別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することはできない。

(問) 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。

(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) J 0 2 7 高気圧酸素治療の注に規定された酸素及び窒素については、その費用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ない。

(問) 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。

(答) 算定することができる。

(問) 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) 「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) 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) 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) 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、内視鏡検査又は診断穿刺・検体採取料や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はできるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料は算定することができる。しかし、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、地域加算を除き、算定することはできない。

(問) 心臓カテーテル検査、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。

(答) そのとおり。

(問) 核医学検査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。

(問) 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。

(答) 算定することができる。

(問) 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。

(答) 算定することができる。

(問) 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、所要の手続を行う。

(問) 特定入院期間を超えた日以降など、医科点数表に基づき算定する入院料は、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料を算定する。

(問) 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) 退院時処方薬料は、どのような取扱いとなるのか。

(答) 退院時処方薬料は、医科点数表に基づき別に算定することができる。

(問) 調剤技術基本料については、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。

(答) 入院期間以外の期間であっても算定できない。

(問) 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。

(答) いずれも、当該検査等の実施回数に応じて減算することとなる。

(問) 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、出来高により算定することができるか。

(答) 算定できない。

3. 診療報酬額の調整等

(問) 特定入院期間を超えた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) 再び診断群分類区分に該当すると判断された場合であっても、包括評価の対象とならない。

(問) 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) 診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、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) 化学療法を実施するため等により再入院を繰り返す場合、医療資源を最も投入した傷病が入院ごとに同一であっても、包括評価における入院期間の起算日は、それぞれの入院の日とするのか。

(答) そのとおり。

(問) 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患者となるのか。

(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期間の起算日とする。

(問) 入院の途中で治験や高度先進医療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、高度先進医療、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) 入院前に高度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。入院後に高度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、高度先進医療等が終わった場合には、引き続き、医科点数表により算定する。

(問) 臓器移植、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、患者の様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) 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。

(問) 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) 包括評価の対象外の病棟から包括評価の対象病棟へ移動をした日を起算日とする。

4. 診断群分類区分の適用等

(問) 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように決定するのか。

(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決定する。

(問) 一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) 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) 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) 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) 一の入院中に転科があり、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であっても、一の診断群分類区分により算定するのか。

(答) そのとおり。

(問) J・C S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J・C Sで判断するのか。

(答) 入院時に該当するJ・C Sにより判断する。

(問) 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) 検査入院において診断群分類区分が確定する前に退院した場合は、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) よい。

(問) 診断群分類区分を決定するにあたり、「手術」の有無を判断する場合において、医科点数表の「手術」に定める輸血のみ実施した場合は「手術なし」とするのか。

(答) 「手術あり」とする。

(問) 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。

(答) そのとおり。

(問) 診断群分類区分に定める「初回手術」又は「再手術」については、患者が過去に同一の手術を受けたことがあれば、その実施時期にかかわらず、「再手術」として取扱うのか。

(答) そのとおり。

(問) 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。

(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、「副傷病なし」と判断する。

(問) 「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。

(答) 一入院で判断する。

(問) 「精神、行動の障害」における「処置等1」の「リハビリテーション」には、精神療法は含まれるのか。

(答) 含まれない。リハビリテーションの有無は、医科点数表の「リハビリテーション」の部に定める診療行為が行われたか否かにより判断する。

5. 実施時期等

(問) 実施時期を3ヶ月延ばした場合(7月からの実施)、7月1日以前に入院した患者は、実施当初の2か月間は医科点数表により算定(9月1日より包括評価の対象)となるのか。

(答) そのとおり。

(問) 診断群分類による算定を始めた日以前から入院した患者は3ヵ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。

(答) そのとおり。

6. 請求方法

(問) 特定入院期間を超えた日以降など、医科点数表により算定する場合は、従来の診療報酬明細書を使用するが、患者基礎情報等については記載する必要はあるか。

(答) 従来の診療報酬明細書を使用する場合は、包括評価の対象外となる旨を記載すること以外は、従来どおりの記載をすることでよい。

(問) 24時間以内に死亡した患者については、入院時刻と死亡時刻を診療報酬明細書に記載する必要はあるか。

(答) 記載する必要はない。

(問) 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、退院後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) 包括評価の範囲に含まれない診療行為に関する記載の要領は従来どおりであるため、記載する必要がある。

(問) 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ある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) 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) 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副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

(問) 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はあるか。

(答) 記載する必要はない。

(問) 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、ICD-10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

(問) 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) 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) 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更後の診療報酬明細書には、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つた場合であっても、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) 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の診療報酬明細書の「今回入院日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院日」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。

7. 他制度との調整

(問) 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) そのとおり。

(問) 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) 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) そのとおり。

8. その他

(問) 180日超の長期入院患者に係る選定療養の対象であるか否かを判断する場合には、包括評価の対象期間は180日の日数に含めるのか。

(答) 180日超の長期入院患者に係る選定療養は、「通算対象入院料」の算定日数に応じて判断するため、包括評価の対象期間は180日の日数に含めない。

(問) 一般病棟に90日を超えて入院する老人であって、厚生労働大臣の定める状態でない患者については、包括評価による点数の算定にあたってどのように取り扱うのか。

(答) 医科点数表により老人一般病棟入院料を算定する場合に考慮すべきことである。なお、90日の日数の算定にあたっては、当該病棟に入院した日を起算日とする。

(問) 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が対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) 包括評価の診療報酬明細書のうち、請求点数が42万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) 35万点を超える明細書には、従来どおり「症状詳記用紙」及び「日計表」の添付が必要になるのか。

(答) そのとおり。

(問) 診療録に「医療資源を最も投入した傷病名」の記載は必要か。

(答) 記載する必要がある。

(問) 包括評価の対象患者は、自らの意志で包括評価による診療を拒否することができるのか。

(答) できない。