

事務連絡
平成24年3月30日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

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（その1）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年3月5日保医発0305第1号）等により、平成24年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、改定説明会等にて回答した事項についても、本事務連絡を確認の上、適切に運用頂くようお願いいたします。

(問40) A 2 3 4－2 感染防止対策加算 1 を算定する医療機関は、A 2 3 4－2 感染防止対策加算 2 を算定する医療機関が複数ある場合、それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開催しなければならないのか。

(答) 感染防止対策加算 2 を算定する複数の医療機関との合同でよい。

(問41) A 2 3 4－2 感染防止対策加算について、特別の関係にある医療機関が連携した場合も届出可能か。

(答) 可能である。

(問42) A 2 3 4－2 感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関の連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。

(答) 医療圏や都道府県を越えている場合であっても、適切に連携することが可能であれば届出可能。

(問43) A 2 3 4－2 感染防止対策加算 2 は「当該保険医療機関の一般病床の数が 300床以下を標準とする」とあるが、300床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。

(答) 許可病床数をいう。なお、300床以上であっても、A 2 3 4－2 感染防止対策加算 2 の基準を満たしている場合、加算 2 の届出を行うことができる。

(問44) 300床未満の医療機関であっても A 2 3 4－2 感染防止対策加算 1 を届け出ることはできるのか。

(答) 届出可能。

(問45) A 2 3 4－2 感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。

(答) 原則、感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が少なくともそれぞれ 1 名ずつ参加すること。

(問46) A 2 3 4－2 感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV 会議システムや電話によるものでもよいか。

(答) 原則、直接対面で行う。

(問47) 感染防止対策加算 1 の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算 2 の届出を行っている医療機関が合同でカンファレンスを実施した場合、当該カンファレンスは施設基準に規定されているカンファレンスの主催及び参加回数に数えることができるのか。

(答) 原則として、1 回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は 1 か所に限る。

ただし、市町村、保健所圏域、二次医療圏又は都道府県等の単位で、圏域内の感染防止対策加算 1 の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算 2 の届出を行っている医療機関が合同で感染症情報の共有等に関するカンファレンスを実施した場合は、年 2 回に限り、感染防止対策加算 1 の届出を行っている医療機関が開催する必要のあるカンファレンスを主催したこととして数えることができる。

なお、この場合のカンファレンスは、各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況（アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）、抗菌薬の使用状況等の情報の共有及び意見交換を目的とするものであること。最新の知見を共有することも求められるが、単なる勉強会や講習会は認められない。また、各医療機関において、カンファレンスの内容がわかる文書及び参加した医療機関名及び参加者の一覧を保存しておくこと。

(問48) A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算について、複数の医療機関が1つの医療機関を評価した場合はどのように考えるのか。

(答) 複数の医療機関が1つの医療機関に赴いて感染防止対策に係る評価を行った場合は、評価を行った複数の医療機関について、いずれも施設基準に掲げる感染防止対策に係る評価を行った医療機関とみなされる。

(問49) A 2 3 6 褥瘡患者ハイリスク患者ケア加算にある特殊体位に、側臥位、伏臥位、座位が含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問50) A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準にある専任又は専従の看護師の新生児集中治療の経験とは具体的に何を指すのか。

(答) A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料、A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料のうち新生児集中治療室管理料及びA 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料の届出を行っている病床での勤務経験を5年以上有する者を指す。

(問51) A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者について、さらに転院を行った場合、改めてA 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算及びA 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算は算定できるか。

(答) A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算及びA 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算を算定した患者に対し、これらの加算を再度算定することはできない。

(問52) A 2 3 8 - 6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びA 2 3 8 - 7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、特別な関係にある医療機関に転院した場合でも算定可能か。

(答) 算定できない。

(問56) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算については、病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが要件となっているが、薬剤管理指導料の施設基準において医薬品情報管理室に配置することになっている常勤薬剤師と重複することは可能か。

(答) 医薬品情報管理室の常勤薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置することは不可とはなっていないが、それぞれの業務について適切に行われる必要がある。

(問57) 栄養サポートチーム加算におけるチームの一員として登録されている薬剤師に病棟薬剤業務を実施させることは可能か。

(答) 栄養サポートチーム加算に係る薬剤師による病棟薬剤業務の実施は不可とはなっていないが、栄養サポートチーム加算に係る業務に要した時間については、病棟における実施時間として計上できない。

(問58) 非常勤の薬剤師であっても、病棟の専任薬剤師となることは可能か。

(答) 非常勤の薬剤師を病棟専任の薬剤師として配置すること及び当該薬剤師が病棟薬剤業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることは不可とはなっていないが、病棟薬剤業務が適切に行われる必要がある。

(問59) 複数の薬剤師（指導薬剤師及び1名以上の研修薬剤師）が研修の目的で病棟薬剤業務を実施した場合、その全員分について病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 指導薬剤師分のみを病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問60) 保険医療機関内のすべての病棟（区分番号「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に薬剤師が配置されていなければならないが、また、病棟単位で算定することはできないという理解で良いか。

(答) そのとおり。

(問61) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算について、①複数の薬剤師が一の病棟において、または、②一の薬剤師が複数の病棟において、病棟薬剤業務を実施することができるのか。

(答) 実施することができる。ただし、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を行う場合には、当該薬剤師の間で適切に情報を共有すること。

(問62) 病棟の専任薬剤師が自ら医薬品安全性情報等の収集を行う必要があるのか。

(答) 医薬品情報管理室の薬剤師からの情報を受けることで差し支えない。

(問63) 病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであることとあるが、医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製のほか、診療録の記録に係る時間なども病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答) 可能である。

(問64) 入院中の患者に対する処方せんに基づく調剤についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることは可能か。

(答) 一般的に調剤に係る業務の実施に要した時間を含めることは出来ない。ただし、抗がん剤等の無菌調製は含めることができる。

(問65) 週1回の算定であるが、1泊2日入院など、短期の入院についても算定可能か。

(答) 算定可能である。

(問66) 「エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を
書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。」
及び「オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各
1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置
として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用
の有無等の確認を行うこと。」とあるが、入院基本料を算定する病棟に入院し
ている患者全てに実施する必要があるのか。

(答) 当該行為を必要とする人に対しては実施する必要があるが、必ずしも全ての患
者に実施する必要はない。

(問67) 救命救急入院料などの特定入院料を算定する患者のみが1看護単位で入院して
いる病棟には、薬剤師を配置する必要がないという理解で良いか。また、原則
として保険診療対象外となる患者のみが1看護単位で入院している病棟（産婦人
科病棟等）には、配置の必要がないという理解で良いか。

(答) 当該病棟には当該病棟に専任の薬剤師を配置する必要はないが、当該病棟にお
いても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。ただし、当該病棟に入院基本料
（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定する患者が含まれている場合には、
薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施する必要がある。

(問68) 特定入院料を算定する病棟、病室又は治療室については、病棟薬剤業務の実施
に係る取扱いはどのようになるのか。

(答) 次のとおりである。

	病棟に入院基本料を算定する患者が一部含まれている場合	病棟内に入院している患者が全て特定入院料を算定する患者である場合
特定入院料を算定する病棟	義務	努力義務
特定入院料を算定する病室	義務	努力義務
特定入院料を算定する	義務	努力義務

治療室		
-----	--	--

(問69) 病棟薬剤業務については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月5日保医発0305第1号)のA244の(2)に示されているが、ここに示された業務以外の業務の実施に要した時間を病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 基本的には、当該通知で示された業務と解される範囲を含めるものとする。なお、病棟カンファレンスの参加及び病棟回診の同行については、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日医政発0430第1号)の記の2の(1)の④の業務の一環であり、当該業務が薬物療法の有効性、安全性の向上に資する場合に限り、病棟薬剤業務の実施時間に含めることができる。

(問70) 薬剤管理指導記録の作成に要する時間についても、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできるのか。

(答) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。薬剤管理指導記録の作成は、薬剤管理指導料算定のための業務に該当するので、病棟薬剤業務の実施時間に含めることはできない。

(問71) データ提出加算における「200床」とはどのように考えるのか。

(答) 医療法上の許可病床における一般病床となる。

(問72) 同一月内に再入院した場合、再入院についてもデータ提出加算を算定することができるのか。

(答) 一連の入院に該当する場合には算定することができない。診断群分類点数表により算定する場合は、DPCの疑義解釈も参照のこと。

(問145) D 3 1 0 小腸ファイバースコープの「2」のカプセル型内視鏡によるものについて、クローン病が疑われる原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断のために行う場合も算定してよいか。

(答) 算定して差し支えない。

(問146) D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検及び K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術のセンチネルリンパ節加算について、採取したセンチネルリンパ節について、「D006-7」サイトケラチン19 (KRT19)mRNA検出で、転移の有無を判定した場合にも、センチネルリンパ節生検として算定できるか。

(答) 算定して差し支えない。

【画像診断】

(問147) E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影及び E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影について、悪性リンパ腫の治療効果判定のために行った場合については、転移・再発の診断の目的に該当すると考えてよいか。

(答) そのとおり。

【投薬】

(問148) 数種類の処方薬のうち、1種類だけでも一般名で処方されていれば他の処方薬が銘柄名で処方されていても算定できるという理解で良いか。

(答) そのとおり。ただし、後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方した場合に限り算定できる。従って、後発医薬品の存在しない漢方、後発医薬品のみ存在する薬剤等について一般名処方した場合は算定できない。

(問149) 一の処方薬について、一般名とカッコ書等で銘柄名が併記されている場合、一般名処方加算は算定可能か。

(答) 算定できない。

(問150) 一般名処方において、配合剤等の記載方法はどのようにすればよいのか。

(答) 処方せんへの一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則としているところであり、内用薬及び外用薬のうち、後発医薬品が存在する先発医薬品の主な単味製剤について一般名処方マスタを作成・公表しているところである。一般名処方が浸透する当分の間は、可能な限り一般名処方マスタの範囲で対応されたい。なお、対象については、順次拡大する予定としている。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/shohosen.html

(問151) 一般名処方の処方せんを受け付けた保険薬局において先発医薬品を調剤した場合、処方元の保険医療機関に情報提供は必要であるのか。

(答) 処方した薬剤が先発医薬品であるか、後発医薬品であるかにかかわらず、一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、実際に調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することになっている。

ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

【リハビリテーション】

(問152) リハビリテーションの初期加算について、リハビリテーション科を標榜している必要があるか。

(答) 原則として標榜している必要がある。ただし、リハビリテーションに専ら従事している常勤の医師が勤務している場合は、リハビリテーション科を標榜していない場合であっても、当該加算を算定出来る。

また、心大血管疾患リハビリテーションについては、当該リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している循環器科又は心臓血管外科、呼吸器リハビリテーションについては、呼吸器リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している呼吸器内科、呼吸器外科を標榜していることで差し支えない。

(問188) システム改修を行うまでの間、旧様式の処方せんの使用について猶予期間はあるのか。(趣旨確認)

(答) 一部改正省令の施行の際現にある改正前の処方せんについては、平成24年4月1日から同年9月30日までの間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。この場合にあっては、医薬品ごとに、変更の可否に関する判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

6. 医療機関別係数

(問 6 - 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。

(問 6 - 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 6 - 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 6 - 4) 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（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。

(問 6 - 5) 入院基本料等加算を算定することができない病棟 (床) に D P C 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: D P C 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等により、算定することができるのであれば、全ての D P C 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 6 - 6) 「A 2 0 4 - 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。

(答) 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。

7. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

(問 7 - 1) 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。

(答) 外来分として請求することができる。

(問 7 - 2) 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)

(答) 算定することができない。

(問7-3) 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7-4) 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(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。

(問7-5) 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できないのか。

(答) 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。

(問7-6) 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。

(答) 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)

(問7-22) 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。

(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7-23) 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。

(答) 算定することができない。

(問7-24) 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7-25) 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7-26) 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。

(答) 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。

(問7-27) 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 1 1 - 6) 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類の上 6 桁が同一である傷病名で 3 日以内に再入院した場合、その際の診断群分類が入院日Ⅲを超えていない場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一度目の入院期間ですでに入院日Ⅲを超えている場合の 3 日以内の再入院については、上 6 桁が同じであるどの診断群分類番号に該当する場合であっても、医科点数表に基づき算定する。

(問 1 1 - 7) D P C 対象病院から特別の関係である D P C 対象病院に診断群分類番号の上 6 桁が同一の傷病で転院した場合又は 3 日以内に再入院した場合は一連の入院と見なすのか。

(答) そのとおり。なお、上記の場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。

1 2. 退院時処方取扱い

(問 1 2 - 1) 退院時処方の薬剤料はどのような取扱いとなるのか。

(答) 退院時処方の薬剤料は、医科点数表に基づき別に算定することができる。

(問 1 2 - 2) 退院時処方、「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 1 2 - 3) 診断群分類番号上 6 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 3 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番号上 6 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 1 2 - 4) 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 1 2 - 5) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしく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は取り下げること。

1 3. 対診・他医療機関受診の取扱い

(問 1 3 - 1) D P C 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) D P C 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・再診料及び往診料は除く。）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扱い、当該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。D P C 算定病棟に入院している患者については、算定方法に係らず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても）同じ取扱いである。また、D P C 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：亜急性期入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。