

診療点数早見表 2020年4月版

(2020年4月22日第1版第1刷)

追補・正誤表

2020年7月1日 医学通信社

1. 疑義解釈（事務連絡）

疑義解釈資料の送付について（その5）

（令24.16）

後発医薬品使用体制加算

問1 A243後発医薬品使用体制加算について、いわゆるバイオAG（先行バイオ医薬品と有効成分等が同一の後発医薬品）はバイオ後続品と同様に後発医薬品の使用割合に含まれるのか。

答 含まれる。なお、この考え方は、外来後発医薬品使用体制加算においても同様である。

外来栄養食事指導料

問2 B001「9」外来栄養食事指導料の注2の外来化学療法加算を算定している患者に対しての栄養食事指導について、化学療法を入院で開始し、その後、化学療法を外来に変更した場合、外来栄養食事指導料の「初回」の指導料を算定することはできるか。

答 化学療法を入院で開始した患者であっても、外来栄養食事指導料の実施が初めてであり、30分以上、療養のために必要な栄養の指導を実施した場合に算定できる。

入院栄養食事指導料（栄養情報提供加算）

問3 B001「10」入院栄養食事指導料の注3の栄養情報提供加算について、自宅で療養を継続する場合に算定できるか。

答 栄養情報提供加算は、情報提供先として、自宅での療養の継続を担当する他の医療機関への情報提供も含まれることから、算定できる。

腎代替療法指導管理料

問4 B001「31」腎代替療法指導管理料の対象には、腎代替療法導入後の患者は含まれないのか。

答 その通り。

腎代替療法指導管理料，人工腎臓導入期加算2

問5 B001「31」腎代替療法指導管理料およびJ038人工腎臓導入期加算2について、「腎移植に向けた手続きを行った患者」の定義として、「臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者」と記載されているが、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録後1年以上経過し、当該登録を更新した患者についても「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

答 含まれる。

退院時薬剤情報管理指導料（退院時薬剤情報連携加算）

問6 情報提供文書の交付の方法として、当該文書を手帳に貼付する方法でも差し支えないか。

答 手帳への貼付ではなく、別途文書で患者に交付する又は保険薬局に直接送付する必要がある。

在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

問7 C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料における「関係学会による指針」とは何を指すのか。

答 現時点では、日本大腸肛門病学会による「経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針」及び日本脊髄障害医学

会、日本大腸肛門病学会並びに日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会による「脊髄障害による難治性排便障害に対する経肛門的洗腸療法（transanal irrigation：TAI）の適応および指導管理に関する指針」を指す。

画像診断管理加算

問8 医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算2及び3の施設基準において、「関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること」とあるが、「関連学会の定める指針」とは具体的には何を指すのか。

答 日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本放射線技術学会の臨床MRI安全運用のための指針を指す。

問9 医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算2及び3の施設基準に係る届出について、様式32において、「関連学会の定める指針に基づいて、MRI装置の適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること」とあるが、証明する書類とは具体的には何を指すのか。

答 日本医学放射線学会の画像診断管理認証制度において、MRI安全管理に関する事項の認証施設として認定された施設であることを証する書類を指す。

外来化学療法加算（連携充実加算）

問10 「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等」とは、どのようなものか。

答 連携充実加算の届出を行っている保険医療機関のレジメン（治療内容）の解説等を行う研修会である。なお、当該研修会は、連携充実加算の届出を行っている保険医療機関が主催する場合のほか、地域の医師会又は薬剤師会と当該保険医療機関が共同で開催する場合も想定される。

人工腎臓

問11 J038人工腎臓について、エリスロポエチン、ダルベオエチン、エポエチンタペゴル及びHIF-PH阻害剤のいずれも使用しない患者においては、どの点数を算定するのか。

答 当該患者については、慢性維持透析を行った場合1、2又は3のうち、イ、ロ又はハのいずれかを算定する。

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給

問12 「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」について、「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズ及び当該医療機関で医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する主たる眼内レンズ（その他のものに限る）の購入価格を示す資料をそれぞれ添付するとあるが、具体的にどのような資料を添付すればよいのか。

答 様式は問わないが、当該価格が確認できる資料を添付されたい。

問 13 「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」の対象となる多焦点眼内レンズのうち、眼鏡装用率又は眼鏡依存度の軽減効果についての薬事承認がないものであって、令和2年3月31日までに先進医療において眼鏡装用率の軽減効果を有すると評価されたものとは、具体的にどのようなものが該当するのか。

答 以下の多焦点眼内レンズ（販売名）が該当する。

- ・アルコン アクリソフ IQ レストア+ 2.5D シングルピース
- ・アルコン アクリソフ IQ レストア+ 2.5D トーリック シングルピース
- ・エイエフー1 アイシー
- ・テクニス マルチフォーカル アクリル
- ・テクニス マルチフォーカル ワンピース

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

問 14 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、「1」は3月に1回に限り算定するとあるが、この3月とは算定した日を含め、当該算定日から90日を指すのか。

答 その通り。

問 15 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、ア又はイの要件に該当する場合に限り「2」は算定可能であるが、この要件を満たさずに「1 初回」算定後、3月以内に実施した場合について、手術に伴う薬剤料又は特定保険医療材料は算定できるか。

答 算定不可。

疑義解釈資料の送付について（その9）

（令2.5.7）

重症度、医療・看護必要度

問 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の変更について、届出前3月におけるⅠの基準を満たす患者とⅡの基準を満たす患者との差についての要件が廃止されたが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添7の様式10を用いて、4月又は10月の切替月に当該評価方法の変更のみを行う場合に、直近3月の評価の実績を記載する必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の変更のみを行う場合には、切り替え後の評価方法による直近3月の実績を別添7の様式10に記載の上、届出を行うこと。ただし、A100 一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7及び地域一般入院料1、A104 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（結核病棟に限る）及び10対1入院基本料（一般病棟に限る）、A105 専門病院入院基本料の10対1入院基本料及び注4の一般病棟看護必要度評価加算、A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料及びA317 特定一般病棟入院料の注5の一般病棟看護必要度評価加算については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の割合に係る要件がないため、直近3月の実績について記載する必要はない。

問 2 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠにおけるA8「救急搬送後の入院」及びⅡにおけるA8「緊急に入院を必要とする状態」について、「救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない」とされているが、どの入院料が評価対象に含まれないか。

答 評価対象に含まれない入院料は、A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4 小児特定集中治療室管理料、A302 新生児特定集中治療室管理料、A303 総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料、A305 一類感染症

患者入院医療管理料である。

回復期リハビリテーション病棟入院料

問 3 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する状態の規定から、発症後、手術後又は損傷後の期間に係る規定が削除されているが、当該要件は、令和2年4月1日以降に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入棟する患者に限り適用されるのか。

答 発症、手術又は損傷の時期によらず、令和2年4月1日以降に入棟している患者に適用される。

特殊カテーテル加算

問 4 C163 特殊カテーテル加算について、同一月に再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを併用している場合、併算定できるか。

答 再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを併せて使用している場合、主たるもののみ算定する。なお、再利用型カテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて使用している場合も同様に、主たるもののみ算定する。

膵臓胃（腸）バイパス術

問 5 K705 膵臓胃（腸）バイパス術 1内視鏡によるものは、具体的にどのような場合に算定するのか。

答 膵臓胃瘻孔形成補綴材留置システムを用いて内視鏡により処置した場合に算定する。

疑義解釈資料の送付について（その10）

（令2.5.8）

問 1 企業から無償提供され、公的な管理の下で各医療機関に提供されたベクルリー点滴静注液100mg、同点滴静注用100mg（成分名：レムデシビル）は、保険診療との併用が可能か。

答 当該医薬品の投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収しない場合については、当該医薬品が既に薬事承認（特例承認）を受けていることから、時限的・特例的な対応として、承認後、保険適用前の医薬品の投与と類似するものとして評価療養に該当するものとする。

問 2 新型コロナウイルス感染症に対する厚生労働科学研究費補助金等による研究班において、臨床研究・観察研究で使用されているアビガン錠（成分名：ファビピラビル）は、保険診療との併用が可能か。

答 当該使用は、治療薬の無い感染症への有効性等を検証する治験に係る診療と類似していること、別途実施しているファビピラビルの企業治験に参加している患者との公平性に配慮する必要があることから、緊急かつ特例的な取扱いとして、保険診療との併用が認められるものとして運用している。

疑義解釈資料の送付について（その12）

（令2.5.15）

SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出

問 1 令和2年3月6日付けで保険適用されたSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出を、無症状の患者に対して、医師が必要と判断し、実施した場合は算定できるか。

答 無症状の患者であっても、医師が必要と判断し、実施した場合は算定できる。

疑義解釈資料の送付について（その15）

（令2.6.2）

早期栄養介入管理加算

問 1 A301 特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、経腸栄養開始後の1日3回のモニタリングは、届け出た専任の管理栄養士が実施しなければならないのか。

答 当該管理栄養士が実施することが原則である。ただし、当該管理栄養士が実施できない場合は、当該管理栄養士以外が実施しても差し支えないが、当該管理栄養士はモニタリング結果を確認するとともに、モニタリング結果により栄養管理に係る早期介入の計画を早急に見直すことが必要な場合に当該管理栄養士に相談できる体制を整備していること。

問2 A301 特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、届け出た専任の管理栄養士が休み等により不在の日、算定ができないのか。

答 当該管理栄養士が不在の場合、当該管理栄養士以外の管理栄養士が必要な栄養管理を実施しても差し支えない。なお、当該管理栄養士以外が実施する場合は、随時、当該管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

特殊カテーテル加算

問3 C163 特殊カテーテル加算について、在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算するとされたが、患者の受診状況等に依じて2月に2回としても算定可能か。

答 可能である。ただし、同一月に使用する分としては、1回分を超える算定はできない。例えば、1月目に当月分と翌月分の2回分算定し、3月目に当月分と翌月分の2回分算定することは可能であるが、1月目に当月分と翌月分の2回分算定し、2月目に当月分と翌月分の2回分算定することは不可。

SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出

問4 令和2年6月2日付けで改正された、D023(17) SARS-CoV-2 核酸検出について、「検査に用いる検体については、国立感染症研究所が作成した「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」を参照する」とあるが、これはこれまで保険適用となっていた検体に加え、唾液からの検体を用いて SARS-CoV-2 核酸検出を実施した場合も保険適用となったということか。

答 これまで保険適用となっていた喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、及び鼻腔拭い液に加え、唾液からの検体を用いて実施した場合も保険適用となる。

診療報酬明細書の記載要領

問1 診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等について、電子レセプト請求による請求の場合は令和2年10月診療分以降については該当するコードを選択することになったが、

令和2年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」とおり記載するの。

答 必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨が分かる記載又は当該診療に係る記載事項であることが分かる記載とすること。

疑義解釈資料の送付について（その20）

（令2.6.30）

摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）

問1 H004 摂食機能療法の注3の摂食嚥下支援加算について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施することとなっているが、当該加算を算定する保険医療機関Aとは別の保険医療機関Bにおいて検査を実施した場合であっても、保険医療機関Aにおいて当該加算を算定することは可能か。

答 算定可能。この場合、保険医療機関Aは、保険医療機関Bにおける検査結果を診療録等に記載又は添付するとともに、保険医療機関Bの名称及び検査実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

療養の給付と直接関係ないサービス等

問2 保険医療機関において、薬剤又は治療材料等の支給を行う場合に、一部負担金とは別に自主的取組としてプラスチック製買物袋の費用を徴収することは、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」に抵触するか。

答 保険医療機関自体の自主的取組としてプラスチック製買物袋の費用を徴収する場合についても、問1と同様に取り扱って差し支えない（なお、保険医療機関内に設置された別法人による小売業者は、プラスチック製買物袋の有料化が必須である）。

問3 令和2年3月23日付の一部改正通知において、療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例として「保険薬局における患者等への薬剤の持参料及び郵送代」及び「保険医療機関における患者等への処方箋及び薬剤の郵送代」が記載されているが、衛生材料又は保険医療材料の持参料及び郵送代も同様に、患者から徴収してよいのか。

答 保険医療機関又は保険薬局における患者等への衛生材料又は保険医療材料の持参料及び郵送代についても、薬剤と同様に取り扱って差し支えない。

2. 厚生労働省の訂正事務連絡（2020年4月16日、30日、6月9日）

※ 基本診療料・特掲診療料の施設基準の届出様式の一部改正については、医学通信社ホームページのWeb版にてすべて修正されている。

事務連絡（令和2年4月16日）

■ p.290 左段 21 行目、下線部訂正

→ハイリスク妊産婦連携指導料 1

(5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが（中略）市町村若しくは都道府県（以下 B005-10 及び B005-10-2 において「市町村等」という）の担当者等が参加している。

■ p.1434 「別紙様式 2」、一部削除及び下線部訂正

1 届出種別

ア 200 床（一般病床に係るものに限る）以上の病院（イを除く）

イ 特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く）

事務連絡（令和2年4月30日）

■ p.392 右段 19 行目、下線部訂正

→薬剤

(2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

イ（略）

（ロ）複方オキシコドン製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤

■ p.492 左段 16 行目、下線部訂正

→大腸内視鏡検査

(3) 同一の患者につき、（中略）算定する。ただし、(2)のイに掲げる場合は、併せて2回に限り算定する。

■ p.617 「別紙様式 21」、3 枠目「基本動作」と4 枠目「社会保障サービスの申請状況」の間に挿入

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰを算定する場合
は必ず記入）

基礎情報

☐ 身長（※1）：（ ）cm

☐ 体重：（ ）kg

☐ BMI（※1）：（ ）kg/m²

栄養補給方法（複数選択可）

☐ 経口：（☐ 食事 ☐ 補助食品）

☐ 経管栄養

☐ 静脈栄養：（☐ 末梢 ☐ 中心）

☐ 胃ろう

嚥下調整食の必要性：

（☐ 無 ☐ 有：（学会分類コード ））

栄養状態の評価：☐ 問題なし

☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養

☐ その他（ ）

【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量 熱量：（ ）kcal

タンパク質量（ ）g

総摂取栄養量〔経口・経腸・経静脈栄養の合計（※2）〕 熱量：
（ ）kcal

タンパク質量（ ）g

*1：身長測定が困難な場合は省略可

*2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

■ p.1016 左段 2 行目，下線部訂正

…別添 7（→ Web 版）の様式 10 を用いて届け出る…

■ p.1028 左段下から 19 行目，下線部修正

8. 評価の根拠

評価は，観察と記録に基づいて行い，推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため，A 項目では「なし」，B 項目では自立度の一番高い評価とする。A 項目（A7「専門的な治療・処置等」の①から④まで及び⑥から⑨までを除く）の評価においては，…（以下略）

■ p.1030 右段下から 16 行目，下線部修正

A モニタリング及び処置等

8. 救急搬送後の入院

【判断に際しての留意点】

救急搬送後の患者が，直接，評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし，救命救急入院料，特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。（以下略）

■ p.1033 右段 31 行目，下線部修正

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において，（中略）入院当日を含めた 5 日間を「あり」とする。なお，当該患者が，直接，評価対象病棟に入院した場合のみ，当該コードを評価対象とし，救命救急入院料，特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。（以下略）

■ p.1077 左段下から 30 ～ 27 行目，一部削除，下線部訂正

→1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に，（中略）

（ハ）講義又は具体例に基づく演習等により，医療安全の基本的知識，安全管理体制の構築，医療安全についての職員に対する研修の企画・運営，医療安全に資する情報収集と分析，対策立案，フィードバック，評価，医療事故発生時の対応，安全文化の醸成等について研修するものである。

■ p.1095 左段下から 22 行目，下線部訂正

6 入院時支援加算に関する施設基準

(1)（前略）入退院支援加算 3 を届け出ている場合にあっては 3

の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。

■ p.1117 左段最下行，下線部訂正

→脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

(9)（前略）また，重症度，医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては，歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く）は，対象から除外する。一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは，入院料等の届出時に併せて届け出る。なお，評価方法のみの変更を行う場合については，別添 7 の様式 10 を用いて届け出る必要がある。ただし，評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし，切替月の 10 日までに届け出る。

■ p.1151 左段下から 9 行目，一部削除

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(4) 当該病棟に医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されている（以下略）。

■ p.1156 左段 33 行目，下線部訂正

→特定一般病棟入院料の施設基準等

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

（前略）「一般病棟用の重症度，医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く）は，院内研修を受けたものが行う。一般病棟用の重症度，医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは，入院料等の届出時に併せて届け出る。なお，評価方法のみの変更を行う場合については，別添 7 の様式 10 を用いて届け出る必要がある。ただし，評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし，切替月の 10 日までに届け出る。

■ p.1173 左段下から 5 行目，下線部訂正

第 4 経過措置等

排尿自立支援加算（令和 2 年 3 月 31 日において，現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の算定方法別表第 1 B005-9 排尿自立指導料に係る届出を行っている保険医療機関であって，令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合を除く）

■ p.1174 左段 4 行目，下線部訂正

第 4 経過措置等

看護補助加算 1（地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 を算定する病棟又は 13 対 1 入院基本料に限る）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る）

■ p.1187 右段下から 26 行目の次に，下線部挿入

別紙 7 別表 1 一般病棟用の重症度，医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

A7 専門的な治療・処置（⑦昇圧剤の使用注射剤のみ）	620246104	ドパミン塩酸塩点滴静注液 200mg キット「ファイザー」
	620246305	ドパミン塩酸塩点滴静注液 200mg パック「武田テバ」
	620246404	ドパミン塩酸塩点滴静注液 600mg キット「ファイザー」
	620246605	ドパミン塩酸塩点滴静注液 600mg パック「武田テバ」
	620247903	ドブタミン点滴静注液 200mg キット「ファイザー」
	620248003	ドブタミン点滴静注液 600mg キット「ファイザー」

■ p.1196 右段から p.1197 左段、一部削除

150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）
150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）
150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）
150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））
150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））
150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））
150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）

■ p.1198 左段から、一部削除

150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他のもの）
-----------	-----------------

■ p.1261 左段下から 8 行目、下線部修正

→1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届け出ている。
なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第 40 の 2 の 1 の (1) から (3) まで又は (5) のいずれかを満たさず、(6) のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たしたもののについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）を算定できる。（以下略）

■ p.1341 右段下から 4 行目、下線部修正

第 4 経過措置等

外来排尿自立指導料（令和 2 年 3 月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の算定方法別表第 1 B005-9 排尿自立指導料に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合を除く）

■ p.1408 右段最下行、下線部修正

(4) 薬局にあつては、算定告示別表第 3 調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という）第 1 節に規定する調剤基本料の注 5 の規定に基づく届出を行った薬局であつて、（以下略）

■ p.1410 左段下から 31 行目、下線部修正

■ p.1410 右段 30 行目、下線部修正

■ p.1411 右段下から 11 行目、下線部修正

■ p.1412 右段 4 行目、下線部修正

(4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第 1 節に規定する調剤基本料の注 5 の規定に基づく届出を行った薬局であつて、

■ p.1496、4 枠目の「A205 の 1 救急医療管理加算 1」2 行目、削除

A205 の 1	救急医療管理加算 1（略）	820100394	テ 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良（救急医療管理加算 1）
-------------	---------------	-----------	-----------------------------------

事務連絡（令和 2 年 6 月 9 日）

■ p.131「別紙 2」左段下から 16 行目、下線部訂正

岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川町
-----	----	-----------------

■ p.224 右段 4 ～ 8 行目、一部削除

(B001 特定疾患治療管理料)

2 特定薬剤治療管理料

注 7 イについては、入院中の患者であつて、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1 回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530 点を所定点数に加算する。

■ p.275 左段 20 行目、下線部修正

B001-9 療養・就労両立支援指導料

注 2 については、（中略）療養上の指導を行った場合に、1 を算定した日の属する月又はその翌月から起算して 3 月を限度として、月 1 回に限り算定する。

■ p.275 右段下から 13 ～ 12 行目、下線部訂正

→療養・就労両立支援指導料

(3) 「2」については、（中略）療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して 3 月を限度として、月 1 回に限り算定する。

なお、「1」を算定した日の属する月に「2」を算定しなかった場合に限り、その翌月から起算する。

■ p.407 右段 23 行目の次に下線部挿入

→検査法の略号

TRC：Transcription Reverse-transcription Concerted reaction

■ p.586 左段下から 24 行目、下線部訂正

→リハビリテーションの一般的事項

9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、（中略）①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前 3 か月の状態との比較をした当月の患者の状態、（以下略）

■ p.1060 右段 8 ～ 26 行目、下線部訂正

→1 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 の施設基準

(8) エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されている。
コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT 等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っている。

■ p.1145 右段下から 26 ～ 13 行目と p.1149 右段 26 ～ 39 行目、下線部訂正

看護職員夜間配置加算の施設基準

(3) エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されている。
ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT 等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っている。

■ p.1177 左段から右段、一部削除

別紙 7 別表 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

A 3 点滴ライン同時 3 本以上の管理	150224810	自家採血輸血（1 回日）
	150286210	自家採血輸血（2 回日以降）
	150224910	保存血液輸血（1 回日）
	150286310	保存血液輸血（2 回日以降）
	150327510	自己血貯血（6 歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（6 歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（6 歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（6 歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈式自己血輸血（6 歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髓内輸血加算（その他）
	150225110	骨髓内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（A・B・O 式及び R h 式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	H L A 型検査クラス 1 加算（A、B、C）
	150278910	H L A 型検査クラス 2 加算（D R、D Q、D P）

A 3 点滴ライン同時3本以上の管理	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クーモス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（1回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（2回目以降）

■ p.1179 右段 22 行目に挿入

A 6 輸血や血液製剤の管理	150224810	自家採血輸血（1 回目）
	150286210	自家採血輸血（2 回目以降）
	150224910	保存血液輸血（1 回目）
	150286310	保存血液輸血（2 回目以降）
	150327510	自己血貯血（6 歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（6 歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（6 歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（6 歳以上）（凍結保存）
	150390610	希釈自己血輸血（6 歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（A B O 式及び R h 式）
	150225410	不規則抗体加算

A 6 輸血や血液製剤の管理	150247110	H L A 型検査クラス 1 加算（A, B, C）
	150278910	H L A 型検査クラス 2 加算（D R, D Q, D P）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クーモス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小板洗浄術加算
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（1 回目）
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（2 回目以降）

■ p.1294 右段 9～11 行目、下線部訂正

→ 1 両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

(5) 所定の研修を修了した常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ 2 名以上配置されており、そのうち 2 名以上は、所定の研修を修了している。

■ p.1332 右段 6 行目、一部削除

第 2 届出に関する手続き

(3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、（中略）縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、（以下略）

3. 検査料の点数の取扱いについて

（2020 年 4 月 30 日、5 月 13 日、5 月 29 日、6 月 2 日、6 月 25 日、6 月 30 日）

保医発 0430 第 3 号（4 月 30 日）

■ p.412 右段下から 10 行目、下線部訂正

→ 「9」のカルプロテクチン（糞便）

イ 本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ELISA 法、FEIA 法又は金コロイド凝集法により測定した場合は、3 月に 1 回を限度として算定できる。（以下略）

保医発 0513 第 1 号（5 月 13 日）

保医発 0625 第 3 号（6 月 25 日）

■ p.437 右段 6 行目に挿入

→ SARS-CoV-2 抗原検出

SARS-CoV-2（新型コロナウイルスをいう。以下同じ）抗原検出は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2 抗原の検出（COVID-19（新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ）の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合に限り、「25」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）の所定点数 4 回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を 1 回に限り算定する。

ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに 1 回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

上記に加え、COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として化学発光酵素免疫測定法（定量）による SARS-CoV-2 抗原検出を実施した場合は、

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 6 月 25 日健感発 0625 第 5 号）の「第 1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1 回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

保医発 0529 第 3 号（5 月 29 日）

■ p.412 右段最下部に挿入

→ 血清を検体として、ロイシンリッチ α 2 グリコプロテインを潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合

D003 糞便検査の「9」カルプロテクチン（糞便）の所定点数を準用して 3 月に 1 回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を 1 月に 1 回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として、

D003 の「9」カルプロテクチン（糞便）又は D313 大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

イ ロイシンリッチ α 2 グリコプロテインを測定する場合は、当該検査にかかる判断料については、D026 検体検査判断料の「4」生化学的検査（I）判断料を算定する。

■ p.449 左段 14 行目、下線部訂正

→ HIV-1 核酸定量

ア 「15」の HIV-1 核酸定量は、PCR 法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法又は TMA 法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、HIV 感染者の経過観察に用いた場合（以下略）。

保医発 0602 第 2 号 (6 月 2 日)

■ p.448 右段 15 ～下から 8 行目一部削除, 下線部訂正・挿入

→ SARS-CoV-2 核酸検出

喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液又は鼻拭い液からの検体を用いて、国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に記載されたもの（中略）ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。なお、検査に用いる検体については、国立感染症研究所が作成した「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」を参照する。（中略）

COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和 2 年 5 月 29 日健発第 0529 第 1 号）の「第 1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、（以下略）

保医発 0630 第 2 号 (6 月 30 日)

■ p.425 右段 23 ～ 26 行目, 下線部訂正

→ 「46」オートタキシン

ア 「46」のオートタキシンは、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法又は化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又

は肝硬変の患者（疑われる患者を含む）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

■ p.441 右段下から 6 ～ 3 行目削除

→ 「25」の抗カルジオリピン $\beta 2$ グリコプロテイン I 複合体抗体と「27」の抗カルジオリピン抗体を併せて実施した場合主たるもののみ算定する。

■ p.442 左段 1 行目の次に挿入

→ リン脂質抗体検査（抗カルジオリピン IgG/IgM 抗体、及び抗 $\beta 2$ グリコプロテイン I IgG/IgM 抗体の測定）

「27」を準用して算定する。

ア リン脂質抗体症候群の診断を目的として、CLIA 法を用いた免疫学的検査で抗カルジオリピン抗体及び抗 $\beta 2$ グリコプロテイン I 抗体の測定を行った場合に、「27」抗カルジオリピン抗体の所定点数の 3 回分を合算した点数を準用して一連の治療につき 2 回に限り算定する。

イ 「25」の抗カルジオリピン $\beta 2$ グリコプロテイン I 複合体抗体、「27」の抗カルジオリピン抗体、及び（28）の検査のいずれか 2 つ以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

■ p.448 右段下から 27 行目 ～ 25 行目下線部訂正

→ HCV 核酸定量

ア 分岐 DNA プローブ法、PCR 法又は TMA 法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、急性 C 型肝炎の診断、C 型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

4. 慢性静脈不全による難治潰瘍治療のため弾性着衣等に係る療養費の支給

(2020 年 3 月 27 日、保発 0327 第 5 号、保医発 0327 第 8 号)

保発 0327 第 5 号 (3 月 27 日)

■ p.660 左段下から 10 行目の次に挿入

→ 慢性静脈不全による難治潰瘍治療のため弾性着衣等に係る療養費の支給について

- 1 目的：慢性静脈不全による難治潰瘍の治療を目的とした弾性着衣等の購入費用について、療養費として支給する。
- 2 支給対象：上記の慢性静脈不全による難治潰瘍の治療のために、医師の指示に基づき購入される患者の弾性着衣等について、当該治療において 1 回に限り療養費の支給対象とする。
- 3 適用年月日：本通知による取扱い、令和 2 年 4 月 1 日から適用する。

保医発 0327 第 8 号 (3 月 27 日)

■ p.660 左段下から 10 行目の次に挿入

→ 慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項について

1 支給対象

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 2 年厚生労働省告示第 57 号）の「J001-10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）」が行われた患者であって、医師の指示に基づき販売店等で購入される当該患者の弾性着衣等について、療養費の支給対象とする（当該処置に際し、保険医療機関で弾性着衣等を給付した場合、処置に要する材料等は所定点数に含まれるため療養費の対象とはしない）。

2 弾性着衣等の支給

- (1) 支給回数：弾性着衣等は、1 回に限り療養費の支給対象とする。ただし、患者の疾患が治癒した後、再発した場合は、再度支給して差し支えない。

なお、1 度で購入する弾性着衣等は、洗い替えを考慮し、装着部位毎に 2 着（弾性包帯の場合は 2 巻）を限度とする（パンティストッキングタイプの弾性ストッキングについて

は、両下肢で 1 着となることから、両下肢に必要な場合であっても 2 着を限度とする）。

- (2) 製品の着圧：弾性ストッキングについては、30mmHg 以上の着圧のものを支給の対象とする。ただし、強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は 15mmHg 以上の着圧であっても支給して差し支えない。

- (3) 支給申請費用：療養費として支給する額は、弾性ストッキングについては 1 着あたり 28,000 円（片足用の場合は 25,000 円）を上限とし、また、弾性包帯（筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等を含む）については 1 巻あたり 14,000 円を上限とし、弾性着衣等の購入に要した費用の範囲内とする。

- (4) その他：弾性包帯については、医師の判断により弾性ストッキングを使用できないと指示がある場合に限り、療養費として支給する。

- 3 療養費の支給申請書には、次の書類を添付させ、治療用として必要がある旨を確認した上で、適正な療養費の支給に努められたい。

- (1) 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書（装着部位等が明記されていること。別紙様式を参照のこと）
- (2) 弾性着衣等を購入した際の領収書又は費用の額を証する書類
- (3) 弾性ストッキングを購入した場合、品名、購入数、着圧が確認できるもの。弾性包帯を購入した場合、品名、購入数、タイプ（弾性包帯、筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等）が確認できるもの（それらの内容が記載された領収書又は費用の額を証する書類でも差し支えない）

5. 「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」等の一部改正について (2020 年 5 月 29 日保医発 0529 第 1 号, 6 月 30 日事務連絡)

■ p.414 右段 11 行目, 下線部訂正

→悪性腫瘍組織検査

(4) ア 肺癌における BRAF 遺伝子検査, METex14 遺伝子検査

■ p.414 右段下から 6 行目の次に挿入

(通知番号: 6 月 30 日付事務連絡により訂正)

→悪性腫瘍組織検査

(15) 肺癌患者の血漿を検体とし, 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として, 次世代シーケンシングにより METex14 遺伝子検査を行った場合は, 本区分の「1」の「ロ」複雑なものの所定点数を準用して患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

ア 本検査の実施は, 医学的な理由により, 肺癌の組織を検体として, 「1」の「ロ」処理が複雑なもののうち, (4)の**ア**に規定する肺癌における METex14 遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定できる。

イ 本検査の実施にあたっては, 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書に記載する。

ウ 本検査と, 肺癌の組織を検体とした「1」の「ロ」処理が複雑なもののうち, (4)の**ア**に規定する肺癌における METex14 遺伝子検査を同一月中に併せて行った場合には, 主たるもののみ算定する。

エ 本検査と, 肺癌の組織を検体として METex14 遺伝子検査以外の検査を併せて行った場合には, 「注 2」の規定を適用し, 本検査を含めた検査の項目数に応じた点数により算定する。

■ p.730 右段下から 23 行目の次に挿入

→角膜移植術

(5) 自家培養角膜上皮移植を行った場合は本区分の所定点数を準用して算定する。この場合にあっては, 「注 1」に規定するレーザー使用加算及び「注 2」に規定する内皮移植加算は適用しない。

(6) 自家培養角膜上皮移植の実施に際して, 角膜輪部組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合については, **K246**に掲げる角膜・強膜縫合術の所定点数を準用して算定する。

■ p.761 左段下から 10 行目の次に挿入

→経皮的シャント拡張術・血栓除去術

(4) 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し, 末梢

血管用ステントグラフトを留置する場合には当該点数の所定点数を準用して算定する。

■ p.824 右段下から 20 行目の次に挿入

→粒子線治療

(10) ホウ素中性子捕捉療法を実施するにあたっては, **M001-4** 粒子線治療 (一連につき) の「1」希少な疾病に対して実施した場合「イ」重粒子線の場合の所定点数を準用して算定する。

ア ホウ素中性子捕捉療法は, 薬事承認された医療機器及び医薬品を用いて, 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り算定する。

イ ホウ素中性子捕捉療法の実施にあたっては, 関連学会により認定された医師の管理の下で実施する。

ウ ホウ素中性子捕捉療法の実施にあたっては, 使用した薬剤は別途算定できる。

エ ホウ素中性子捕捉療法の実施にあたっては, 位置決めなどに係る画像診断, 検査等の費用は所定点数に含まれ, 別に算定できない。

オ ホウ素中性子捕捉療法の実施の際に, 治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において, 適応判定が実施された場合には **M001-4** 粒子線治療 (一連につき) の「注 2」に掲げる粒子線治療適応判定加算を準用して算定する。なお, その際には, 当該治療を受ける全ての患者に対して, 当該治療の内容, 合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い, 併せて, 患者から要望のあった場合, その都度治療に関して十分な情報を提供する。なお, 患者への説明内容については文書 (書式様式は自由) で交付し, 診療録に添付するものである。

カ ホウ素中性子捕捉療法に係る照射に際して, 画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を, 三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合には **M001-4** 粒子線治療 (一連につき) の「注 3」に掲げる粒子線治療医学管理加算を準用して算定する。

キ 身体を精密に固定する器具を使用した場合は, **M001** 体外照射の「注 3」に掲げる体外照射用固定器具加算を準用して算定する。

6. 特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正等

(2020 年 4 月 30 日保医発 0430 第 1 号, 5 月 29 日告示第 227 号, 保医発 0529 第 1 号, 保医発 0630 第 1 号)

保医発 0430 第 1 号 (4 月 30 日)

■ p.934 左段下から 7 ~ 6 行目, 下線部訂正

→カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨の定義

【定義】次のいずれにも該当すること。

① 薬事承認又は認証上, 類別が「医療用品 (4) 整形用品」であって, (中略) 「体内固定用プレート」, 「患者適合型体内固定用プレート」又は「人工股関節寛骨臼コンポーネント」であるものにより構成される。

■ p.963 左段下から 32 行目, 下線部訂正

→デンプン由来吸収性局所止血剤の定義

(2) 止血を目的として使用するデンプン又は酸化再生セルロース由来の吸収性局所止血材である。

告示第 227 号 (5 月 29 日)

■ p.962 左段下から 9 行目の次に下線部挿入

150 ヒト自家移植組織

(3) 自家培養角膜上皮

①採取・培養キット 4,280,000 円

②調製・移植キット 5,470,000 円

保医発 0529 第 1 号 (5 月 29 日)

■ p.962 右段下から 2 行目の次に挿入

→ヒト自家移植組織の算定

オ 自家培養角膜上皮

a 角膜上皮幹細胞疲弊症 (スティーヴンス・ジョンソン症候群の患者, 眼類天疱瘡の患者, 移植片対宿主病の患者, 無虹彩症等の先天的に角膜上皮幹細胞に形成異常を来す疾患の患

者、再発翼状片の患者、特発性の角膜上皮幹細胞疲弊症患者を除く)であって、重症度 Stage II A [結膜瘢痕組織の除去(必要に応じて羊膜移植)を行ったにもかかわらず角膜上皮の再建に至らない場合に限る]、Stage II B 又は Stage III の患者に対して使用した場合に、片眼につき 1 回に限り算定できる。

b 次のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

i 眼科の経験を 5 年以上有しており、角膜移植術を術者として 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師である。

ii 所定の研修を修了している。なお、当該研修は、次の内容を含むものである。

- ① 自家培養角膜上皮の適応に関する事項
- ② 角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度判定に関する事項
- ③ 角膜採取法に関する事項
- ④ 移植方法に関する事項

c ヒト自家移植組織(自家培養角膜上皮)を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を添付する。

■ p.963 左段 9 ～ 10 行目、下線部訂正

→ヒト自家移植組織の定義

【定義】薬事承認又は認証上、類別が「ヒト細胞加工製品(1)ヒト体細胞加工製品」又は「ヒト細胞加工製品(2)ヒト体性幹細胞加工製品」であって、一般的名称が「ヒト(自己)表皮由来細胞シート」、「ヒト(自己)軟骨由来組織」又は「ヒト(自己)角膜輪部由来角膜上皮細胞シート」である。

■ p.963 左段 31 行目の次に挿入

→ヒト自家移植組織の定義

⑤自家培養角膜上皮・採取・培養キット

ア 患者自身の角膜輪部組織を採取し、分離した角膜上皮細胞を培養して、患者自身に使用するものである。

イ 患者より角膜上皮組織を採取した後、細胞の培養が終了するまでに使用される材料から構成されるキットである。

⑥自家培養角膜上皮・調製・移植キット

ア 患者自身の角膜輪部組織を採取し、分離した角膜上皮細胞を培養して、患者自身に使用するものである。

イ 細胞の培養が終了した後、シート上に調製し、移植し終えるまでに使用される材料から構成されるキットである。

■ p.968 左段下から 19 行目、下線部訂正

→末梢血管用ステントグラフトの算定

ウ 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1 回の手術につき、標準型については、人工血管シャント吻合部に対して用いる場合は 1 本を上限として、その他の場合は 2 本を上限として、長管変対応型については 1 本を上限として算定できる。(以下略)

■ p.968 左段下から 8 行目の次に挿入

→末梢血管用ステントグラフトの算定

カ 末梢血管用ステントグラフトを用いた人工血管内シャントの静脈吻合部狭窄治療の実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針における術者要件を満たすことを証明する書類の写しを添付する。また当該術者にあつては、K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術を 100 例以上実施した経験を有することとし、当該症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を添付する。

■ p.968 右段 10 行目の次に下線部挿入

→末梢血管用ステントグラフトの定義

【定義】次のいずれにも該当すること。

② 次のいずれかに該当すること。

エ 人工血管内シャントの静脈吻合部狭窄病変に対し、血管内腔の確保を目的に経血管的に挿入され、体内に留置するものである。

保医発 0630 第 1 号 (6 月 30 日)

■ p.911 右段下から 23 ～ 22 行目、下線部訂正

→血管造形用シースイントロデューサーセットの定義

【機能区分の定義】

④ 大動脈用ステントグラフト用：次のいずれにも該当。

ア 大動脈用ステントグラフト又は自己拡張型人工生体弁システムを留置する際若しくはリード一体型ベースマーカを植え込む際に使用するものである。

■ p.934 右段下から 26 ～ 25 行目、下線部訂正

→髄内釘の定義

【定義】次のいずれにも該当すること。

② 骨折の固定若しくは安定、骨長の調整、変形の矯正又は関節固定を目的に、長管骨の骨髓腔内又は楔状骨内に挿入して使用する固定材料である。

7. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正 (2020 年 6 月 18 日、保医発 0618 第 2 号)

■ p.1045 左段下から 15 ～ 14 行目、下線部訂正

→1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

(2) (前略) ただし、(中略) 地域医療構想調整会議(医療法第 20 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ)で合意を得た場合に限り、(以下略) (令 2 保医発 0305・2、0618・2)

■ p.1140 左段下から 12 行目～右段 10 行目、下線部訂正

11 の 2 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

【届出に関する事項】

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、(中略)

許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、次に掲げる場合にあっては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。

ア 令和 2 年 3 月 31 日時点で (以下略)。

イ 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院であつて、次のいずれにも該当するものについては、地域包括ケア病

棟入院料 2 又は 4 に係る届出を行うことができる。なお、届出に当たっては、合意を得た地域医療構想調整会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。

当該書面は、届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

① 許可病床数 400 床未満の複数の病院が再編又は統合の対象病院である

② 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている

③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ている
また、以下の場合にあっては、(以下略)。

(1)～(3) (略)

(4) 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料 2 又は 4 の届出を行う場合

(令 2 保医発 0305・2、0618・2)

8. 使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部改正

（2020年5月19日 告示第214号）

■ p.371 左段最下行に下線部挿入

別表第9 在宅自己注射指導管理料、（中略）規定する注射
インスリン製剤

ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤

9. 療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正

（2020年5月19日、6月1日）

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等 の一部改正（告示第215号）（5月19日）

■ p.1427 左段3～4行目、下線部訂正

1 療担規則第20条第2号ト及び療担基準第20条第3号トの
厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬
インスリン製剤……インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受
容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナ
トリウム製剤及び遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤

■ p.1427 左段上から27行目、下線部訂正

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(1) ハ 新医薬品

ビクトルビ配合錠、……ドウベイト配合錠、ピフェルトロ
錠 100mg、キャブピリン配合錠、ソリクア配合注、ソラス
タ及びアイラミド配合懸濁性点眼液

薬価基準の一部改正等（保医発0519第3号）

10. 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

（2020年4月30日、5月29日、6月18日、6月30日）

告示第198号（4月30日）

■ p.1458 左段15行目の次に挿入

22 細胞診検体を用いた遺伝子検査

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
肺がん

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら呼吸器内科又は腫瘍内科に従事し、当該診療科に
ついて5年以上の経験を有する。
- ② 呼吸器専門医である。
- ③ 当該療養について5年以上の経験を有する。
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師
として20例以上の症例を実施している。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 呼吸器内科又は腫瘍内科を標榜している。
- ② 実施診療科において、常勤の医師が2名以上配置され
ており、そのうち1名以上は呼吸器専門医である。
- ③ 病理部門が設置され、病理医が配置されている。
- ④ 臨床検査技師が配置されている。
- ⑤ 医療機器保守管理体制が整備されている。
- ⑥ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開
催する。
- ⑦ 医療安全管理委員会が設置されている。
- ⑧ 遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルに従って検体
の品質管理が行われている。
- ⑨ 当該療養について100例以上の症例を実施している。

告示第224号（5月29日）

■ p.392 右段7～8行目、下線部訂正

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、……ヒドロコルチゾンコハク酸エステル
ナトリウム製剤及び遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤

療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等 の一部改正（告示第234号）（6月1日）

■ p.1427 左段下から9行目、下線部訂正

2 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(2) イ 内服薬

アルプラゾラム、…モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミン
メシル酸塩、ロフラゼパ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパ
ムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビ
タール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤

■ p.1459 右段22行目の次に挿入

61 肺動脈自律神経叢除神経療法（肺高血圧症（薬物療法に抵
抗性を有するものに限る））

告示第237号（6月18日）

■ p.1459 右段最下行の次に挿入

7 トラストズマブ エムタンシン静脈内投与療法〔乳房外パ
ジェット病（HER2が陽性であって、切除が困難な進行性のも
のであり、かつ、トラストズマブ静脈内投与が行われたものに
限る）〕

告示第252号（6月30日）

■ p.1458 左段15行目の次に挿入

23 内視鏡的憩室隔壁切開術

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
zenker 憩室

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら消化器内科又は内視鏡内科に従事し、当該診療科
について10年以上の経験を有する。
- ② 消化器内視鏡専門医（一般社団法人日本消化器内視鏡
学会が認定したものをいう）である。
- ③ 当該療養について、当該療養を経験した医師の指導の
下に、主として実施する医師として2例以上の症例を実
施している。
- ④ 食道又は胃の内視鏡的粘膜下層剥離術を主として実施
する医師として50例以上の経験を有する。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 消化器内科又は内視鏡内科を標榜している。
- ② 実施診療科において、常勤の医師が3名以上配置されている。
- ③ 消化器外科において、緊急手術に対応できる常勤の医師が3名以上配置されている。
- ④ 病床を300床以上有している。
- ⑤ 当該療養を実施する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上である。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上である。
- ⑥ 当直体制が整備されている。
- ⑦ 緊急手術体制が整備されている。
- ⑧ 24時間院内検査を実施する体制が整備されている。
- ⑨ 医療機器保守管理体制が整備されている。
- ⑩ 倫理委員会が設置されており、届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催する。

- ⑪ 医療安全管理委員会が設置されている。
- ⑫ 24時間画像検査を実施する体制が整備されている。
- ⑬ 届出後当該療養を5例実施するまでの間は、1月に1回、地方厚生局長等に対し当該療養の実施状況について報告する。

■ p.1458 左段下から 15 ～ 11 行目を訂正

10 削除（放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法）

■ p.1458 右段下から 18 ～ 15 行目を訂正

26 削除（陽子線治療）

■ p.1459 左段 22 ～ 24 行目を訂正

39 削除（¹³¹I-MIBGを用いた内照射療法）

■ p.1459 左段下から 14 ～ 11 行目を訂正

46 削除（マルチプレックス遺伝子パネル検査）

11. 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 12 ～ 22) (保険局医療課事務連絡)

その 12 (令和 2 年 4 月 18 日, 4 月 24 日, 6 月 23 日)

(下線部: 4 月 24 日・6 月 23 日付事務連絡により一部追加)

1. 重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療

重症の新型コロナウイルス感染症患者に対しては、体外式心肺補助 (ECMO) や人工呼吸器による管理〔持続陽圧呼吸法 (CPAP) 等を含む〕等、呼吸不全をはじめとした多臓器不全に対する管理 (以下「人工呼吸器管理等」という) を要することを踏まえ、それらの診療の評価として、救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料 (以下「特定集中治療室管理料等」という) を算定する病棟において、人工呼吸器管理等を要する重症の新型コロナウイルス感染症患者については、別表 1 に示す点数を算定できることとする。

また、新型コロナウイルス感染症患者のうち、次の状態の患者については、それぞれ次の日数を上限として、特定集中治療室管理料等を算定できることとする。

- (1) 急性血液浄化 (腹膜透析を除く) を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者 21 日
- (2) 体外式心肺補助 (ECMO) を必要とする状態の患者 35 日

2. 患者の重症化等を防ぐための管理及び医療従事者の感染リスクを伴う診療

新型コロナウイルス感染症患者の重症化や、他の患者及び医療従事者への感染拡大を防ぐための管理の評価として、中等症以上 (酸素吸入が必要な状態) の新型コロナウイルス感染症患者 (入院基本料又は特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る) については、14 日を限度として 1 日につき救急医療管理加算 1 の 100 分の 200 に相当する点数 (1,900 点) を算定できることとする。

また、新型コロナウイルス感染症患者に対する、医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価として、看護配置に応じて、1 日につき別表 2 に示す二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定できることとする。

なお、いずれについても、届出は不要とする。

3. 新型コロナウイルス感染症患者の受入に伴い必要な手続き等への柔軟な対応

新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治

療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、新型コロナウイルス感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合には、それぞれ入院料に係る簡易な報告 (※) を行うことにより、該当する入院料を算定することができることとする。

※当該運用の開始に当たっては、運用開始の日付及び人員配置等について、各地方厚生 (支) 局に報告する。

また、救命救急入院料について、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により、当該保険医療機関内の特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院できない場合には、A300 (3) の規定にかかわらず、患者の同意を得た上で、救命救急入院料を算定できることとする。

なお、これらの入院料の算定に当たっては、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等に伴う特例的な対応であることを踏まえ、患者又はその家族等に対して、その趣旨等について十分に説明するとともに、当該入院料を算定する病棟に入院した理由等を記録し、保管しておく。

(別表 1)

救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟において、人工呼吸器管理等を要する重症の新型コロナウイルス感染症患者については、次に示す点数を算定できることとする

別表 1 (編注：以下は 4 月 18 日～5 月 25 日までの点数)

項目		点数	
A300 救命救急入院料	救命救急入院料 1	イ 3 日以内の期間	20,446 点
		ロ 4 日以上 7 日以内の期間	18,500 点
		ハ 8 日以上 14 日以内の期間	15,794 点
	救命救急入院料 2	イ 3 日以内の期間	23,604 点
		ロ 4 日以上 7 日以内の期間	21,372 点
		ハ 8 日以上 14 日以内の期間	18,742 点
	救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料	(1) 3 日以内の期間	20,446 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間	18,500 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間	15,794 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間	20,446 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間	18,500 点
		(3) 8 日以上 60 日以内の期間	16,636 点
	救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料	(1) 3 日以内の期間	23,604 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間	21,372 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間	18,742 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間	23,604 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間	21,372 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間	18,742 点
		(4) 15 日以上 60 日以内の期間	16,636 点
A301 特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	イ 7 日以内の期間	28,422 点
		ロ 8 日以上 14 日以内の期間	25,266 点
	特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7 日以内の期間	28,422 点
		(2) 8 日以上 14 日以内の期間	25,266 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7 日以内の期間	28,422 点
		(2) 8 日以上 60 日以内の期間	25,666 点
	特定集中治療室管理料 3	イ 7 日以内の期間	19,394 点
		ロ 8 日以上 14 日以内の期間	16,236 点
	特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7 日以内の期間	19,394 点
		(2) 8 日以上 14 日以内の期間	16,236 点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7 日以内の期間	19,394 点	
	(2) 8 日以上 60 日以内の期間	16,636 点	
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1	13,710 点	
	ハイケアユニット入院医療管理料 2	8,448 点	
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		12,026 点	
A301-4 小児特定集中治療室管理料	7 日以内の期間		32,634 点
	8 日以上 28,422 点		

A302 新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	21,078 点
	新生児特定集中治療室管理料 2	16,868 点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	14,762 点
	新生児集中治療室管理料	21,078 点
A303-2 新生児治療回復入院医療管理料		11,394 点

(別表 2)

次の入院料を算定する病棟に入院する新型コロナウイルス感染症患者については、看護配置に応じて、以下の点数を算定できることとする。

別表 2

項目		点数	(参考) 施設基準において求める看護配置
A300 救命救急入院料	救命救急入院料 1	500 点	4 対 1
	救命救急入院料 2	1,000 点	2 対 1
	救命救急入院料 3	500 点	4 対 1
	イ 救命救急入院料		
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000 点	2 対 1
	救命救急入院料 4		
	イ 救命救急入院料	1,000 点	2 対 1
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
	特定集中治療室管理料 2	1,000 点	2 対 1
	イ 特定集中治療室管理料		
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	1,000 点	2 対 1
	特定集中治療室管理料 3		
	特定集中治療室管理料 4	1,000 点	2 対 1
	イ 特定集中治療室管理料		
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	500 点	5 対 1
	ハイケアユニット入院医療管理料 2		

4. その他の診療報酬の取扱い

問 1 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟について、簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定できることとされているが、具体的な報告事項は何か。また、報告に当たり、用いるべき様式はあるか。

答 救命救急入院料及び特定集中治療室管理料については、別紙 1 を参照のこと。また、ハイケアユニット入院医療管理料については、別紙 2 を参照のこと (別紙 1・2 の届出様式は医学通信社ホームページに掲載)。

なお、手続きに要する時間の短縮等の観点から、原則として別紙 1 及び別紙 2 の様式を用いて報告することが望ましい。

問 2 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟について、簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定できることとされているが、その際、記録及び保管しておくべき事項及び保管の方法等はどのようにすればよいか。

答 具体的には、以下の事項について記録及び保管しておく。
・報告に用いた書類 (別紙 1, 別紙 2 等の様式)

・配置職員の勤務実績

なお、保管の方法については問わない。

問3 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により、当該医療機関内の特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院できない場合には、「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」（令和2年3月5日付け保医発0305第1号厚生労働省保険局医療課長通知）第1章第2部第3節A300(3)の規定にかかわらず、患者の同意を得た上で、救命救急入院料を算定できるとされているが、その際、記録及び保管しておくべき事項及び保管の方法等はどのようにすればよいか。

答 具体的には、以下の事項について記録及び保管しておく。

・本来入院すべき病棟の種別

・本来入院すべき病棟に入院できない理由及びその期間

例：当該病棟において、○月○日から新型コロナウイルス感染症患者を受入れているため、○月○日以降は新型コロナウイルス感染症患者以外の患者を入院させていない。等

・当該病棟と同等の人員配置とした病棟に入院する必要性

なお、保管の方法については問わないが、当該患者の診療録等と併せて閲覧できる状態で保管していること。

その13（令和2年4月22日）

問1 対面診療において、精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに精神療法を継続的にを行い、通院・在宅精神療法を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても、当該計画に基づく精神療法を行う場合は、どのような取扱いとなるか。

答 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、精神疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに精神療法を継続的にを行い、通院・在宅精神療法を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても、当該計画に基づく精神療法を行う場合は、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）B000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の147点を月1回に限り算定できるとする。

問2 現在、保険医療機関において特別入院基本料を算定している間は、一部の特定入院料を除き、例えば特定集中治療室管理料やハイケアユニット入院医療管理料等の特定入院料は算定できない。

一方で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その12）」において、新型コロナウイルス感染症患者の受入れのために、特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟において、それぞれの入院料に係る簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定することができることとされている。

新規開設等のため特別入院基本料を算定している保険医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者の受入れに対応している場合について、簡易な報告を行うことにより、特定集中治療室管理料等を算定できるか。

答 算定できる。

その14（令和2年4月24日）

問1 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、6歳未満の乳幼児又は未就学児に対して、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合について、どのように考えればよいか。

答 初診料の注2に規定する214点を算定すること。なお、この場合において、診断や処方をする際は、「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の限定的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡）や別紙における留意点等を踏まえ、適切に診療を行うこと。また、その際、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定することができる。

問2 保険医療機関において検査等を実施し、後日、電話や情報通信機器を用いて、検査結果等の説明に加えて、療養上必要な指導や、今後の診療方針の説明等を行った場合、電話等再診料を算定できるか。

答 算定できる。

問3 新型コロナウイルスの感染症患者（新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者を含む）に対して、往診等を実施する場合にも、必要な感染予防策を講じた上で当該患者の診療を行った場合には、院内トリアージ実施料を算定できるか。

答 算定できる。なお、必要な感染予防策については、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第1版」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行う。特に、「5 院内感染防止」及び参考資料「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理（国立感染症研究所）」の内容を参考とする。

問4 前月に「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料（以下「在医総管等」という）を算定していた患者に対して、当月も診療計画に基づいた定期的な訪問診療を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、訪問診療を1回実施し、加えて電話等を用いた診療を実施した場合について、どのように考えればよいか。

答 当月に限り、患者等に十分に説明し同意を得た上で、診療計画に基づき「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在医総管等を算定しても差し支えない。なお、次月以降、訪問診療を月1回実施し、加えて電話等を用いた診療を実施する場合については、診療計画を変更し、「月1回訪問診療を行っている場合」の在医総管等を算定する。ただし、電話等のみの場合は算定できない。また、令和2年3月に「月1回訪問診療を行っている場合」を算定していた患者に対して、令和2年4月に電話等を用いた診療を複数回実施した場合は、「月1回訪問診療を行っている場合」を算定する。なお、令和2年4月については、緊急事態宣言が発令された等の状況に鑑み、患者等に十分に説明し同意を得た上で、訪問診療を行わず、電話等による診療のみの場合であっても、在医総管等を算定して差し支えない。

問5 新型コロナウイルスに関連して、自治体等の要請に基づき外出を自粛している者であって主治医の診察の結果、継続的な訪問看護が必要であるものとして指示書が発行され、訪問看護ステーションの看護師等が継続的に宿泊施設に訪問看護を行った場合、訪問看護療養費は算定できるか。

答 算定できる。なお、医療機関から訪問看護・指導を実施した場合についても同様に訪問看護・指導に係る報酬を算定できる。

問6 新型コロナウイルス感染症の利用者（新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ）に対する訪問看護を実施する場合について、当該利用者の状況を主治医に報告し、主治医から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該利用者の看護を行った場合は、どのような取扱いとなるか。

答 訪問看護ステーションにおいては特別管理加算（2,500円）

を、医療機関においては在宅移行管理加算（250 点）を、月に 1 回算定できる。また、特別管理加算を新型コロナウイルス感染症の利用者に対してのみ算定する訪問看護ステーションについては、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第 1 の 6 の（5）に規定する基準を満たしているものとみなすとともに、届出は不要とする。

なお、すでに特別管理加算又は在宅移行管理加算を算定している利用者については、当該加算を別途月に 1 回算定できる。

訪問看護ステーションにおいては、訪問看護記録書に、主治医の指示内容及び実施した感染予防策について記録を残す。また、訪問看護療養費明細書の「心身の状態」欄に、新型コロナウイルス感染症の対応である旨を記載する。

問 7 主治医の指示書及び訪問看護計画に基づき、訪問を予定していた訪問看護ステーションの利用者について、新型コロナウイルスへの感染を懸念した利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合であって、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合、訪問看護療養費を算定できるのか。

答 当該利用者に対して訪問看護の代わりに電話等による対応を行う旨について主治医に連絡し、指示を受けた上で、利用者又はその家族等に十分に説明し同意を得て、看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合について、訪問看護管理療養費のみを算定可能とする。ただし、当該月に訪問看護を 1 日以上提供していること。

なお、訪問看護記録書に、主治医の指示内容、利用者等の同意取得及び電話等による対応の内容について記録を残すこと。訪問看護療養費明細書には、「心身の状態」欄に新型コロナウイルス感染症の対応である旨を記載する。

問 8 4 月 10 日事務連絡により、電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を実施した場合、その他の要件を満たせば薬剤服用歴管理指導料等を算定することが可能とされた。在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定していた患者に対して、薬学的管理指導計画に基づいた定期的な訪問薬剤管理指導を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、訪問の代わりに電話等により必要な薬学的管理指導を実施した場合について、どのように考えればよいのか。

答 患者又はその家族等に十分に説明し同意を得た上で、薬剤服用歴管理指導料の「1」に掲げる点数を算定できることとする。ただし、当月又はその前月に、当該患者に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導料を 1 回以上算定している必要がある。

なお、この場合、「薬剤服用歴管理指導料」の点数については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週 2 回かつ月 8 回）まで算定できることとする。

問 9 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者について、当月において、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、患者又はその家族等に十分に説明し同意を得た上で、必要な薬学的管理指導を電話等により行った場合は薬剤服用歴管理指導料の点数を算定できるのか。

答 同一月内において一度も居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定しなかった場合は、算定できる。ただし、前月に、当該患者に対し、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を 1 回以上算定している必要がある。なお、この場合、「薬剤服用歴管理指導料」の点数については、月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週 2 回かつ月 8 回）まで算定できることとする。

問 10 保険医療機関が、新型コロナウイルス感染症に関する PCR 検査が必要と判断した患者について、当該患者の同意を得て、保健所（保健所等に設置される帰国者・接触者相談センターを含む。以下同じ）に、PCR 検査を実施する上で必要な情報を文書により提供するにあたって、保健所を、診療情報提供料（Ⅰ）注 2 の市町村に準ずるものと解して当該点数を算定することは差し支えないか。

答 差し支えない。

問 11 保険医療機関が、新型コロナウイルス感染症に関する PCR 検査が必要と判断した患者について、保健所に、PCR 検査を実施する上で必要な情報を文書により提供するに当たって、「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」（令和 2 年 4 月 15 日付厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）別紙 2 を用いた場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することは差し支えないか。

答 差し支えない。

問 12 現在、看護職員夜間配置加算、病棟薬剤業務実施加算等については、算定する保険医療機関の各病棟において配置要件を満たすことが求められているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により休棟していた病棟を改めて使用する場合にも、配置要件を満たす必要があるか。

答 現に患者を受け入れる場合には、配置要件を満たす必要がある。

問 13 現在、看護職員夜間配置加算、病棟薬剤業務実施加算等については、算定する保険医療機関の各病棟において配置要件を満たすことが求められているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により休棟となる病棟についても、配置要件を満たす必要があるか。

答 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために休棟となる場合には、当該病棟において配置要件を満たす必要はない。なお、病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間の要件についても同様である。

問 14 現在、月平均夜勤時間数については、同一入院基本料を算定する病棟全体で算出することとされているが、例えば、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12）」（以下「4 月 18 日事務連絡」という）により月の途中から病床数又は病棟数を変更した場合、月平均夜勤時間数の取扱いはどのようにすればよいか。

答 新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために月の途中から病床数又は病棟数を変更した場合については、診療報酬上の評価のための当該月における月平均夜勤時間数の算出をすることは困難であること、また、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和 2 年 2 月 14 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等により、当面、月平均夜勤時間数について 1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいとされていることから、勤務状況等について十分に把握するとともに、勤務実績に係る記録を保管しておくことで差し支えない。

問 15 病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない病棟があってはならないこととされているが、新型コロナウイルス感染拡大防止のため病棟での滞在時間を制限している場合等について、施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

答 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、病棟での滞在時間を制限している場合等により施設基準を満たさなくなった場合については、当面の間、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない。

（問 16：6 月 23 日付事務連絡により廃止）

問 17 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者のうち、急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者については21日まで、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者については35日まで、それぞれ特定集中治療室管理料等を算定できるとされたが、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料を算定する病棟において、同様の状態の新型コロナウイルス感染症患者については、どのような取扱いとなるか。

答 それぞれ、同様の取扱いとできることとする。

問 18 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者のうち、急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者については21日まで、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者については35日まで、それぞれ特定集中治療室管理料等を算定できるとされたが、この場合において、15日目以降は、どの点数を算定するか。

答 救命救急入院料及び特定集中治療室管理料については、「8日以上14日以内の期間」の点数を算定する。

問 19 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟について、簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定できるとされているが、この場合において、重症度、医療・看護必要度やSOFAスコアについては、どのような取扱いとなるか。

答 簡易な届出を行うことにより、特定集中治療室管理料等を算定する病棟であって、新型コロナウイルス感染症患者のみを受け入れる場合については、重症度、医療・看護必要度及びSOFAスコアの測定は不要である。

問 20 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟について、簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定できるとされているが、この場合において、それぞれの入院料の注に規定される加算及び入院基本料等加算については、どのような取扱いとなるか。

答 注加算については、それぞれの施設基準及び算定要件を満たせば、算定できるとし、施設基準に係る届出が必要な加算については、4月18日事務連絡における簡易な報告で差し支えない。

入院基本料等加算については、それぞれの施設基準及び算定要件を満たせば算定できるとするが、施設基準に係る届出が必要な加算については、従前と同様の取扱いとする。

問 21 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等のために特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟について、簡易な報告を行うことにより、該当する入院料を算定できるとされているが、この場合において、ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準における病床数の上限については、どのような取扱いとなるか。

答 特例的に、病床数の上限を超えてもよいものとする。

問 22 4月18日事務連絡では、新型コロナウイルス感染症患者に対する、医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価として、看護配置に応じて、二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定できるとされているが、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病棟については、どのような取扱いとなるか。

答 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病

棟における新型コロナウイルス感染症患者については、二類感染症患者入院診療加算の100分の300に相当する点数（750点）を、小児特定集中治療室管理料を算定する病棟における新型コロナウイルス感染症患者については、二類感染症患者入院診療加算の100分の400に相当する点数（1,000点）を、それぞれ算定できるとする。

問 23 新生児治療回復室入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟において、二類感染症患者入院診療加算を算定できるか。

答 算定できる。

問 24 新型コロナウイルス感染症患者であって宿泊療養又は自宅療養を行っている者に対し、保険医療機関の医師等が宿泊施設等に往診等を行い、宿泊療養又は自宅療養の解除が可能かどうかの判断を目的として新型コロナウイルス核酸検出を実施した場合はどのような取扱いとなるか。

答 退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合と同様に、新型コロナウイルス核酸検出に係る点数を算定できる。

その16（令和2年4月30日）

問 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に対し、患者側の希望により、患家を訪問して服薬指導することができないため、電話等により必要な薬学的管理指導を行い、薬剤服用歴管理指導料を算定する際、処方箋受付が「0回」の扱いになる場合、どのように請求を行えば良いか。

答 調剤報酬明細書の摘要欄に「訪問できなかったため電話等により実施」という記載を行う必要がある。なお、レセプトコンピュータの仕様上、電子レセプトの作成が困難な場合は紙レセプトにより請求する。

その17（令和2年5月14日）

問 1 新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に対する傷病手当金を支給することとなった市町村国保、国民健康保険組合又は後期高齢者医療広域連合の被保険者等が、当該傷病手当金の支給のために必要な意見書の交付を求めた場合、健康保険法第99条第1項に基づく傷病手当金に係る意見書を交付した場合と同様に、B012 傷病手当金意見書交付料を算定することとなるか。

答 当該傷病手当金は、健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金と同等のものであり、B012 傷病手当金意見書交付料を算定することとなる。

その18（令和2年5月22日）

1. 新型コロナウイルス核酸検出等の算定について

(1) DPC 対象病院（特定機能病院である DPC 対象病院を含む）の場合

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（平成20年厚生労働省告示第93号）に基づき療養に要する費用の額を算定する患者（特定機能病院ではない DPC 対象病院における、同告示別表19の診断群分類点数表に基づき療養に要する費用の額を算定する患者以外の患者を除く）に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びに SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できるものとする。

(2) 特定機能病院（DPC 対象病院を除く）の場合

① 基本的検体検査実施料について

特定機能病院（DPC 対象病院を除く）において入院中の患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び

SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合
にあっては、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及
びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出は基本的検体
検査実施料に含まれないものとし、別に算定することができる
ものとする。

②基本的検体検査判断料について

特定機能病院（DPC対象病院を除く）において入院中の患
者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び
SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合
にあっては、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出に
ついて実施した微生物学的検査判断料及びSARS-CoV-2（新
型コロナウイルス）抗原検出について実施した免疫学的検査判
断料は基本的検体検査判断料に含まれないものとし、別に算定
することができるものとする。

2. 診療報酬明細書の記載方法等について

1. に基づき算定した検査の費用を請求する場合における診療
報酬明細書の記載方法等の取扱いについては、次のとおりとする。
(1) 記載方法

自己負担に相当する金額の請求方法等については、「新型コ
ロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（令和2年
3月4日健感発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通
知。5月22日最終改正）において、保険医療機関において診療
報酬明細書を作成し、審査支払機関に請求を行い、診療報酬明
細書に基づき公費の補助を行うこととされていることから「新型
コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請
求に関する診療報酬明細書の記載等について」（令和2年5月13
日付保医発0513第2号厚生労働省保険局医療課長通知）に基づ
き記載する。

(2) 請求方法

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令
第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成
20年厚生労働省告示第126号）様式第2（一）〔診療報酬明細書
（医科入院）の様式〕を用いて、別途、書面により請求する。

3. その他の診療報酬の取扱いについて

別添のとおりとする。

(別添)

問1 微生物学的検査判断料は月1回に限り算定することがで
きる点数であるが、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核
酸検出を実施する以前に外来等で微生物学的検査判断料を算
定した患者については、当該判断料は別に算定することがで
きるのか。

答 同月に微生物学的検査を算定した患者については、別に算
定することができない。

問2 免疫学的検査判断料は月1回に限り算定することがで
きる点数であるが、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原
検出を実施する以前に外来等で免疫学的検査判断料を算定し
た患者については、当該判断料は別に算定することができる
のか。

答 同月に免疫学的検査判断料を算定した患者については、別
に算定することができない。

問3 2. に基づき作成する診療報酬明細書において、検体検査
実施料及び検体検査判断料（※）以外の算定項目（入院基本料
や検体採取料等）はどのように記載するのか。

答 検体検査実施料及び検体検査判断料以外の算定項目につ
いては、通常の手続きに則り診療報酬明細書を作成し、これと
は別途、2. に基づき作成する診療報酬明細書には、検体検査
実施料及び検体検査判断料のみを記載する。

（※）SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体
検査判断料のうち微生物学的検査判断料又はSARS-CoV-2
（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち

免疫学的検査判断料をいう。

その19（令和2年5月26日、6月23日）

（下線部：6月23日付事務連絡により追加）

1. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療

重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の入院診療に当
たっては、地域における医療機関ごとの役割分担を踏まえながら、
代替人員の確保等を含めて医療機関としての受入体制を整えた上
で対応している実情等を勘案し、以下の取扱いとする。

(1) 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症
患者の受入れを行う医療機関において、当該専用病床に入院す
る重症の新型コロナウイルス感染症患者について、救命救急入
院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理
料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室
管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治
療室管理料又は新生児治療回復室入院医療管理料（以下「特定
集中治療室管理料等」という）を算定する場合には、別表に示
す点数を算定できることとする。

(2) 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症
患者の受入れを行う医療機関において、当該専用病床に入院す
る中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者（入院基本料又は
特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現
に算定している患者に限る）については、14日を限度として1
日につき救急医療管理加算1の100分の300に相当する点数
（2,850点）を算定できることとする。

また、中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者のうち、
継続的な診療が必要な場合には、当該点数を15日目以降も算
定することとする。なお、その場合においては、継続的な診
療が必要と判断した理由について、摘要欄に記載する。

2. 重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い
における、重症・中等症の新型コロナウイルス感染症患者の範囲
について、以下の取扱いとする。

(1) 重症の新型コロナウイルス感染症患者には、人工呼吸器管理
等を要する患者のほか、これらの管理が終了した後の状態など、
特定集中治療室管理料等を算定する病棟における管理を要する
と医学的に判断される患者を含むものとする。

(2) 中等症の新型コロナウイルス感染症患者には、酸素療法が必要
な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が
終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、宿泊療養、自
宅療養の対象とすべきでない患者を含むものとする。

3. 転院を受け入れた医療機関に係る評価

新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理
が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策
を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、当該患者
について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染
症患者入院診療加算（250点）を算定できることとする。なお、
算定に当たっては、患者又はその家族等に対して、その趣旨等に
ついて、十分に説明する。

4. その他の診療報酬の取扱い

別添のとおりとする。

(別表)

特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院する新型コロ
ナウイルス感染症患者については、次に示す点数を算定できるこ
ととする。

別表 1 (編注：以下は 5 月 26 日以降の点数)

項目		点数
A300 救命救急入院料	救命救急入院料 1	イ 3 日以内の期間 30,669 点
		ロ 4 日以上 7 日以内の期間 27,750 点
		ハ 8 日以上 14 日以内の期間 23,691 点
	救命救急入院料 2	イ 3 日以内の期間 35,406 点
		ロ 4 日以上 7 日以内の期間 32,058 点
		ハ 8 日以上 14 日以内の期間 28,113 点
	救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料	(1) 3 日以内の期間 30,669 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間 27,750 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間 23,691 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間 30,669 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間 27,750 点
		(3) 8 日以上 60 日以内の期間 24,954 点
	救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料	(1) 3 日以内の期間 35,406 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間 32,058 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間 28,113 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 3 日以内の期間 35,406 点
		(2) 4 日以上 7 日以内の期間 32,058 点
		(3) 8 日以上 14 日以内の期間 28,113 点
		(4) 15 日以上 60 日以内の期間 24,954 点
A301 特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	イ 7 日以内の期間 42,633 点
		ロ 8 日以上 14 日以内の期間 37,899 点
	特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7 日以内の期間 42,633 点
		(2) 8 日以上 14 日以内の期間 37,899 点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7 日以内の期間 42,633 点
		(2) 8 日以上 60 日以内の期間 38,499 点
	特定集中治療室管理料 3	イ 7 日以内の期間 29,091 点
		ロ 8 日以上 14 日以内の期間 24,354 点
	特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料	(1) 7 日以内の期間 29,091 点
(2) 8 日以上 14 日以内の期間 24,354 点		
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	(1) 7 日以内の期間 29,091 点
	(2) 8 日以上 60 日以内の期間 24,954 点	
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1	20,565 点
	ハイケアユニット入院医療管理料 2	12,672 点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料		18,039 点
A301-4 小児特定集中治療室管理料	7 日以内の期間	48,951 点
	8 日以上 14 日以内の期間	42,633 点

A302 新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 1	31,617 点
	新生児特定集中治療室管理料 2	25,302 点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	22,143 点
	新生児集中治療室管理料	31,617 点
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料		17,091 点

(別添)

問 1 新型コロナウイルス感染症を疑う患者を入院させた場合の診療報酬上の取扱いはどのようなになるか。

答 新型コロナウイルス感染症の疑似症患者として入院措置がなされている期間については、新型コロナウイルス感染症患者と同様の取扱いとなる。

問 2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 12）」（以下「4 月 18 日事務連絡」という）の 1 に基づき、特定集中治療室管理料等について、急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者については 21 日まで、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者については 35 日まで、本事務連絡の別表の点数を算定できるか。

答 算定できる。

問 3 4 月 18 日事務連絡の 1 に基づき、特定集中治療室管理料等を 15 日目以降も算定する場合は、本事務連絡の別表の「8 日以上 14 日以内の期間」の点数を算定できるか。

答 算定できる。

問 4 4 月 18 日事務連絡の 3 に基づき、簡易な報告を行った上で救命救急入院料又は特定集中治療室管理料を算定している場合は、本事務連絡の別表の「8 日以上 14 日以内の期間」の点数を算定できるか。

答 算定できる。

問 5 4 月 18 日事務連絡の 1 に基づき、現に特定集中治療室管理料等の特例的な点数を算定している患者について、本事務連絡による取扱いはどのようなになるか。

答 専用病床の確保などを行った上で新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行う医療機関においては、本事務連絡の発出日以降、別表の点数を算定できる。

問 6 本事務連絡の 3「新型コロナウイルス感染症から回復した」とあるが、転院先医療機関においては、再発等がない限り新型コロナウイルス感染症の診療が行われないものと思料される。その場合については、傷病名として「新型コロナウイルス感染症」と記載されない事例もあり得るとの理解でよい。

答 貴見のとおり。なお、その場合においては、新型コロナウイルス感染症から回復した患者である旨、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

その 20 (令和 2 年 6 月 1 日)

問 1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 2）」（令和 2 年 2 月 28 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、新型コロナウイルスの感染が拡大している間の臨時的対応として、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合に、電話等再診料を算定可能とされた。この場合において、A001 再診料に係る加算は算定可能か。

答 A001 再診料の注 4 から注 7 までに規定する加算又は注 11 に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、この取扱いは、令和 2 年 2 月 28 日から適用される。

問 2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 3）」（令和 2 年 3 月 2 日厚生労働省保

険局医療課事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大している間の臨時的対応として、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合に、A002 外来診療料を算定可能とされた。この場合において、外来診療料に係る加算は算定可能か。

答 A002 外来診療料の注7から注9までに規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、この取扱いは、令和2年3月2日から適用される。

問3 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その10)」(4月10日事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、A000 初診料の注2に規定する214点を算定することとされた。この場合において、初診料に係る加算は算定可能か。

答 A000 初診料の注6から注9までに規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、この取扱いは、令和2年4月10日から適用される。

その21 (令和2年6月10日)

(別添1)

問1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その14)」(以下「4月24日事務連絡」という)の問6に示す、新型コロナウイルス感染症の患者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む)に対する訪問看護を実施する場合について、医療機関においては在宅移行管理加算を算定できるとされているが、精神科訪問看護・指導料についても、医師から感染予防の必要性についての指示を受けた上で、必要な感染予防策を講じて当該患者の看護を行えば、同様の取扱いとなるか。

答 そのとおり。この場合、在宅患者訪問看護・指導料を算定せずに、精神科訪問看護・指導料及び当該加算を算定する。

問2 4月24日事務連絡の問7に示す、新型コロナウイルスへの感染を懸念した訪問看護ステーションの利用者等からの要望等により、訪問看護が実施できなかった場合に、代わりに看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った場合について、訪問看護管理療養費のみを算定できるとされているが、医療機関における訪問看護・指導についてはどのような取扱いとなるか。

答 医療機関において在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定している患者については、訪問看護・指導体制充実加算のみを算定可能とする。ただし、4月24日事務連絡の問7の取扱いと同様に、医師による指示の下、患者又はその家族等に十分に説明し同意を得た上で実施するものとし、当該月に訪問看護・指導を1日以上提供していること。また、医師の指示内容、患者等の同意取得及び電話等による対応の内容について記録に残す。

なお、訪問看護ステーションにおける取扱いと同様に、看護職員が電話等で病状確認や療養指導等を行った日について、訪問看護・指導体制充実加算のみを算定することとし、訪問を予定していた日数に応じて、月1回に限らず、電話等による対応を行った日について算定できるものとする。すでに当該加算を算定している患者については、当該加算を別途算定できる。

加えて、精神科訪問看護・指導料を算定している患者についても、同様の取扱いとし、訪問看護・指導体制充実加算のみを算定できるものとし、この場合についても、精神科訪問看護・指導料を算定せずに、当該加算のみを算定する。

また、訪問看護・指導体制充実加算を、当該取扱いに係る患者に対してのみ算定する医療機関については、特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第4の4の3の

4に規定する施設基準を満たしているものとみなすとともに、第1に規定する届出は不要とする。

問3 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その18)」(5月22日事務連絡)に基づき算定した検査の費用を請求する場合は、書面により請求することとされているが、請求に当たっては、審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第7条第1項に規定する届出を行う必要があるか。

答 不要である。

(別添2)

問1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その4)」(3月5日事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大している間の臨時的対応として、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合に、電話等再診料を算定可能とされた。この場合において、別表第2 歯科診療報酬点数表のA002 再診料に係る加算は算定可能か。

答 A002 再診料の注3、注5、注6及び注9に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、この取扱いは、令和2年3月5日から適用される。

問2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その15)」(4月27日事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、別表第2 歯科診療報酬点数表のC000 歯科訪問診療3(注の加算を含む)を算定することとされたが、「注の加算」とは何を指すのか。

答 A000 初診料の注5、注7及び注8に規定する加算を指す。なお、この取扱いは、令和2年4月27日から適用される。

また、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている歯科保険医療機関にあっては、本加算の請求については、書面により請求する。書面による請求を行っている歯科保険医療機関にあっては、通常の手続に則り請求する。

問3 問2に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている歯科保険医療機関に係る書面による請求は、どのように行えば良いか。

答 A000 初診料の注5、注7及び注8に規定する加算の請求については、当該加算以外の項目については、通常の手続に則り診療報酬明細書を作成し、これとは別途、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の様式第3に基づき、当該加算のみを記載した診療報酬明細書を作成し、書面により請求する。

なお、請求に当たっては、審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第7条第1項に規定する届出は不要である。

問4 研修が届出基準の1つとなっている施設基準について、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、歯科外来診療環境体制加算、在宅療養支援歯科診療所及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準である研修について集合研修ではなくeラーニング等のWEB配信による受講でも該当する研修として認められるか。

答 医療関係団体が実施し、必要な内容が網羅されたのであれば、認められる。

1. 新型コロナウイルス核酸検出等の算定

(1) 療養病棟入院基本料等を算定する場合

次に掲げる入院料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びにSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できるとする。

なお、検査を実施した日時及び検査実施の理由等について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 療養病棟入院基本料

イ 障害者施設等入院基本料（注5に規定する特定入院基本料又は注6に規定する点数を算定する場合に限る）

ウ 有床診療所療養病床入院基本料

エ 救命救急入院料

オ 特定集中治療室管理料

カ ハイケアユニット入院医療管理料

キ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

ク 小児特定集中治療室管理料

ケ 新生児特定集中治療室管理料

コ 総合周産期特定集中治療室管理料

サ 新生児治療回復室入院医療管理料

シ 特殊疾患入院医療管理料

ス 小児入院医療管理料

セ 回復期リハビリテーション病棟入院料

ソ 地域包括ケア病棟入院料

タ 特殊疾患病棟入院料

チ 緩和ケア病棟入院料

ツ 精神科救急入院料

テ 精神科急性期治療病棟入院料

ト 精神科救急・合併症入院料

ナ 児童・思春期精神科入院医療管理料

ニ 精神療養病棟入院料

ノ 認知症治療病棟入院料

ネ 特定一般病棟入院料

ハ 地域移行機能強化病棟入院料

ヘ 短期滞在手術等基本料

(2) 介護老人保健施設等に入所している場合

介護老人保健施設又は介護医療院に入所（これらにおいて短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合を含む）する患者に対し、保険医療機関がSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並びにSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定できるとする。

なお、検査を実施した日時及び検査実施の理由等について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(3) 入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合

入院中以外において、小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合にあっては、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料並び

にSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料を算定することができることとする。

なお、検査を実施した日時及び検査実施の理由等について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

2. 診療報酬明細書の記載方法等について

1. に基づき算定した検査の費用を請求する場合における診療報酬明細書の記載方法等の取扱いについては、次のとおりとする。

(1) 記載方法

自己負担に相当する金額の請求方法等については、「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（令和2年3月4日健康発0304第5号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。6月2日最終改正）において、保険医療機関において診療報酬明細書を作成し、審査支払機関に請求を行い、診療報酬明細書に基づき公費の補助を行うこととされていることから「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」（令和2年5月13日付保医発0513第2号厚生労働省保険局医療課長通知）に基づき記載する。

(2) 請求方法

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（平成20年厚生労働省告示第126号）を用いて、別途、書面により請求する。

3. その他の診療報酬の取扱い

別添のとおりとする。

(別添)

問1 1. (1)を算定するに当たって、2. に基づき作成する診療報酬明細書において、検体検査実施料及び検体検査判断料（※）以外の算定項目（入院料等）はどのように記載するのか。

答 検体検査実施料及び検体検査判断料以外の算定項目については、通常の手続きに則り診療報酬明細書を作成し、これとは別途、2. に基づき作成する診療報酬明細書には、検体検査実施料及び検体検査判断料のみを記載する。

また、次に掲げる事項について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 検査を実施した日時

イ 検査実施の理由

ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠（診断を目的とする場合に限る）

エ 検査の結果（退院可能かどうかの判断を目的とする場合に限る）

オ 当該患者が算定する入院料

なお、請求に当たっては、審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第7条第1項に規定する届出は不要である。

問2 1. (2)を算定するに当たって、2. に基づき作成する診療報酬明細書はどのように記載するのか。

答 2. に基づき作成する診療報酬明細書には、検体検査実施料及び検体検査判断料のみ（※）を記載する。

また、次に掲げる事項について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 検査を実施した日時

イ 検査実施の理由

ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠

エ 当該患者が入所している施設の別

なお、請求に当たっては、審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第1項に規定する届出は不要である。

問3 1. (3)を算定するに当たって、2.に基づき作成する診療報酬明細書において、検体検査実施料及び検体検査判断料(※)以外の算定項目(医学管理料等)はどのように記載するのか。

答 検体検査実施料及び検体検査判断料以外の算定項目については、通常の手続きに則り診療報酬明細書を作成し、これとは別途、2.に基づき作成する診療報酬明細書には、検体検査実施料及び検体検査判断料のみを記載する。

また、次に掲げる事項について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 検査を実施した日時

イ 検査実施の理由

ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠

エ 当該患者が算定する医学管理料等

なお、請求に当たっては、審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第1項に規定する届出は不要である。

(※) SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出及び検体検査判断料のうち微生物学的検査判断料又はSARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出及び検体検査判断料のうち免疫学的検査判断料をいう。

12. 新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について (2020年5月13日, 保医発0513第2号)

1 公費負担者番号欄

(1) 本請求に関する法別番号は「28」とすることとし、保険医療機関の所在地に応じて該当する公費負担者番号(8桁)を記載する(別紙略)。

(2) 他の公費負担医療制度による給付が行われる場合の記載順については、既存の法別番号28の公費負担医療〔感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による一類感染症等の患者の入院(同法第37条)(以下「一類感染症等の患者の入院」という))と同様の取扱いとする。

なお、既存の法別番号28の公費負担医療と同時に記載する場合は、一類感染症等の患者の入院の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に、本請求の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に記載する。

また、「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供について」(令和2年4月30日健感発0430第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)に基づき請求される法別番号28の公費負担医療(以下「軽症者等に係る法別番号28の公費負担医療」という)と同時に記載する場合は、本請求の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に、軽症者等に係る法別番号28の公費負担医療の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に記載する。

2 公費負担医療の受給者番号

公費負担医療の受給者番号は、「9999996(7桁)」を記載する。

3 「療養の給付」欄

本請求に係る「請求」の項には、実際に算定したPCR検査料等並びに抗原検査料等の合計点数を記載する。また、本請求に係る「負担金額」又は「一部負担金額」の項には「0円」と記載する。

記載例:「療養の給付」欄

(1) 1の(2)なお書きに該当する場合

抗原検査の結果、陽性であったため、新型コロナウイルス感染症に係る入院医療を実施(急性期一般入院料1(一般病棟入院期間加算を含めた2,100点)を算定する病棟に10日間入院)した場合。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円
		21,744		減額割(円)免除・支払猶予	
	公費①	点	※点		円
	21,000			0	
	公費②	点	※点		円
	744			0	

※公費①: 新型コロナウイルス感染症に係る入院医療

公費②: 抗原検査料及び免疫学的検査判断料

(2) 1の(2)また書きに該当する場合

初診(282点)時に抗原検査を実施したところ陰性、その後PCR検査を実施した結果、陽性であったため、宿泊療養又は自宅療養となった患者に対して、新型コロナウイルス感染症に係る医療を実施(往診料(720点)、再診料(73点)及び外来管理加算(52点)を算定)した場合。

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額	円
		3,821		減額割(円)免除・支払猶予	
	公費①	点	※点		円
	2,694			0	
	公費②	点	※点		円
	845			0	

※公費①: 抗原検査料及び免疫学的検査判断並びにPCR検査料及び微生物学的検査判断料

公費②: 軽症者等が宿泊療養中又は自宅療養中に医療機関等を受診した(往診、訪問診療等による受診を含む)新型コロナウイルス感染症に係る医療

4 その他

その他の記載方法については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)による。

5 実施時期

PCR検査料等については、令和2年4月診療分(5月請求分)から、また、抗原検査料等については、令和2年5月診療分(6月請求分)から実施する。

新型コロナ「診療報酬の臨時・特例措置」総まとめ (2020年7月1日現在)

※ 医学通信社ホームページにて、「新型コロナ『臨時・特例措置』総まとめ」を掲載し、毎週更新しています。

新型コロナウイルス感染拡大 —診療報酬の臨時・特例措置

入院外

【新型コロナウイルス感染防止措置】(新型コロナウイルス感染に

関わりなく適用)

(1) 電話・情報通信機器を用いた初診

電話や情報通信機器を用いた診療による診断や処方(麻薬・向精神薬・ハイリスク薬を除く)を、初診から行うこと

を可とする（A000 初診料「注2」の点数214点を算定。乳幼児加算、時間外等加算も算定可）。

※ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の届出医療機関において、6歳未満の乳幼児又は未就学児に対して、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断と処方をする場合も、初診料「注2」214点を算定。

(2) 定期受診患者等に対する電話・情報通信機器を用いた再診

慢性疾患等の定期受診患者等に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合、電話等再診料73点又は外来診療料74点が算定できる（乳幼児加算、時間外等加算も算定可）。別の疾患に対する初診を電話や情報通信機器を用いて行った場合も、電話等再診料又は外来診療料が算定できる。

※ 医療機関において検査等を実施し、後日、電話や情報通信機器を用いて、検査結果等の説明に加えて療養上必要な指導や説明等を行った場合も、電話等再診料又は外来診療料が算定できる。

(3) 定期受診患者等に対する電話・情報通信機器を用いた医学管理等

慢性疾患や精神疾患の定期受診患者等で、「情報通信機器を用いた場合」が「注」に規定されている管理料等（B000 特定疾患療養管理料等）を算定する患者及び1002 通院・在宅精神療法を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び管理を行う場合は、（電話等再診料又は外来診療料と別に）B000 特定疾患療養管理料「2」の点数147点を月1回算定できる。

(4) 定期受診患者等に対する電話・情報通信機器を用いた在宅療養指導管理

過去3カ月以内に在宅療養指導管理料（C100～C120）を算定した慢性疾患等の定期受診患者等に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び指導を行い、衛生材料又は保険医療材料を支給した場合は、（電話等再診料又は外来診療料と別に）在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算が算定できる。

(5) 電話・情報通信機器を用いた診療時の処方

電話や情報通信機器を用いた診療を行い、医薬品を処方、あるいはファクシミリ等で処方箋を出す場合、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、薬剤料が算定できる。患者が薬局において電話や情報通信機器による服薬指導等を希望する場合は、処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載し、ファクシミリ等で薬局に送付する。

定期受診患者等に対する電話や情報通信機器を用いた診療において、当該患者の疾患から発症が容易に予測される症状の変化に対して、これまで処方されていない医薬品を処方しても可。

(6) 電話・情報通信機器を用いた診療に係る領収証・明細書の交付

電話や情報通信機器を用いた診療においても、原則として医療機関には領収証及び明細書を無償交付する義務があるため、後日、ファクシミリ、電子メール、郵送等により無償で送付する。

(7) オンライン診療の施設基準（算定回数1割以下）の取扱い

オンライン診療料について、算定回数の割合1割以下という施設基準は当面適用しない。

(8) 「在医総管等」の定期的な訪問診療を電話・情報通信機器を用いた診療で代替した場合

前月に「月2回以上訪問診療を行っている場合」のC002 在宅時医学総合管理料又はC002-2 施設入居時等医学総合管理料（以下「在医総管等」）を算定していた患者に対して、

新型コロナウイルス感染を懸念した患者等からの要望で、訪問診療を1回実施し、加えて電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合は、当月に限り、患者等に説明し同意を得た上で、「月2回以上訪問診療を行っている場合」の在医総管等が算定可。次月以降、月1回の訪問診療と電話等を用いた診療を行う場合は、診療計画を変更し、「月1回訪問診療を行っている場合」の在医総管等を算定する。なお、電話等のみの場合は算定できない。

【新型コロナウイルス感染症・疑い患者に対する診療】

(9) 宿泊施設等への往診・訪問診療

新型コロナウイルス感染に関連して外出自粛している者の求めに応じて、その宿泊施設等に往診・訪問診療を行った場合も、往診料、訪問診療料が算定可。

(10) 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の外来診療

新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の外来診療を行った場合、受診時間にかかわらず、B001-2-5 院内トリアージ実施料300点を初・再診料等と別に算定可（同実施料の届出不要）。

※ 新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者含む）に往診等を実施する場合も院内トリアージ実施料が算定可。

(11) 自宅・宿泊施設等の軽症者等に対する電話・情報通信機器を用いた診療・処方

自宅や宿泊施設等で療養する新型コロナウイルス感染者（軽症者等）に対して、医学的に可能と判断した場合は、電話や情報通信機器を用いた診療による診断と処方が可。その際、処方箋の備考欄には「CoV 自宅」「CoV 宿泊」と記載する。

(15) 検査料を包括する医学管理等と新型ウイルス検査の算定

B001-2 小児科外来診療料、B001-2-9 地域包括診療料、B001-2-10 認知症地域包括診療料、B001-2-11 小児かかりつけ診療料、B001-3 生活習慣病管理料、B001-4 手術前医学管理料又はC003 在宅がん医療総合診療料を算定する患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び微生物学的検査判断料、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び免疫学的検査判断料が算定できる。その場合、レセプト摘要欄に、①実施日時、②実施理由、③本検査を必要とした医学的根拠、④算定する医学管理料等を記載する。

《介護老人保健施設・介護医療院の入所患者に対するPCR検査と抗原検査》

介護老人保健施設・介護医療院に入所（これらにおいて短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合を含む）する患者に対し、医療機関がSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及びSARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合も、上記と同様、当該検査料・判断料が算定できる。その場合、レセプト摘要欄に、検査の①実施日時、②実施理由、③本検査を必要とした医学的根拠、④入所施設の別——を記載する。

入院

(1) 新型コロナウイルス感染症患者の入院

新型コロナウイルス感染症患者を入院させる場合、以下の診療報酬が入院基本料等と別に算定可。

《一般病棟入院基本料（以下の加算が算定できる病棟）》

① A205 救急医療管理加算1（最長14日間）：950点（同加算1の届出不要）

※ 中等症以上（酸素吸入が必要な状態、免疫抑制状態にあ

る患者の酸素療法終了後の状態など)の患者については3倍の2,850点(2020年5月26日以降)が算定できる。継続的な診療が必要な場合は15日目以降も算定可(継続的な診療が必要と判断した理由をレセプト摘要欄に記載する)

- ② A210 難病等特別入院診療加算「2」二類感染症患者入院診療加算:250点(第二種感染症指定医療機関以外でも算定可)

※ 新型コロナウイルス感染症から回復後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、二類感染症患者入院診療加算(250点)が算定できる。

※ A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料又は A307 小児入院医療管理料を算定する病棟においても、二類感染症患者入院診療加算(250点)が算定できる。

《A101 療養病棟入院基本料》

「注6」在宅患者支援療養病床初期加算:350点

《A308-3 地域包括ケア病棟入院料》

「注5」在宅患者支援病床初期加算:300点

(2) 新型コロナウイルス感染症を疑う患者の入院

新型コロナウイルス感染症を疑う患者を入院させた場合、疑似症患者として入院措置がなされている期間については、新型コロナウイルス感染症患者と同様の取扱いとなる。

(3) 重症の新型コロナウイルス感染症患者の特定入院料

重症の新型コロナウイルス感染症患者(人工呼吸器管理等を要する患者、その終了後の状態の患者など)については、A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4 小児特定集中治療室管理料、A302 新生児特定集中治療室管理料、A303 総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料——を算定する病棟において、別表1(本表p.17「別表1」)の点数(所定点数の3倍の点数)及び各入院料の看護配置に応じて別表2(本表p.12「別表2」)の点数(医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価)が算定できる。

《算定上限日数》

- ① 急性血液浄化(腹膜透析を除く)を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者:21日

- ② 体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の患者:35日

※ 特定集中治療室管理料等での15日目以降は「8日以上14日以内の期間」の点数を算定する

(4) DPC対象病院における重症の新型コロナウイルス感染症患者の特定入院料加算

DPC対象病院において、医療資源を最も投入した傷病名として「U07.1 COVID-19」を選択した患者等について、医科点数表(出来高点数)により算定する場合は、5月26日付事務連絡の別表1、別表2と同様の取扱いとなる。

DPC/PDPSにより算定する患者のうち、新型コロナウイルス感染症患者として入院措置がなされている期間については、DPC病院算定告示の別表4から6までに規定する点数に代えて、別表3(後掲)に示す点数を算定する。

(5) 感染症患者受入れ等のため特定集中治療室管理料等と同等の人員配置とした病棟

新型コロナウイルス感染症患者受入れのために、特定集中治療室管理料等(A300, A301, A301-2)と同等の人員配置とした病棟において、同感染症患者又は本来当該入院料を算定する病棟において受け入れるべき患者を受け入れた場合に

は、各入院料に係る簡易な報告(※)を行うことで、該当する入院料を算定することができる(新規開設等のため特別入院基本料を算定している医療機関においても算定可)。その場合、注加算、入院基本料等加算についても、それぞれの施設基準及び算定要件を満たせば算定できる。

また、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準における病床数の上限については、特例的に、病床数の上限を超えてもよいものとする。

※ 重症度、医療・看護必要度及びSOFAスコアの測定は不要。当該運用の開始に当たっては、運用開始日及び人員配置等について各地方厚生(支)局に報告する。

(6) 感染症患者受入れ等のため特定集中治療室管理料等の算定病棟に入院できない場合

新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により特定集中治療室管理料等(A300, A301, A301-2)の算定病棟に入院できない場合は、A300の保医発通知③の規定にかかわらず、(他病棟に転棟した患者又は他病棟からの転棟患者について)患者の同意を得た上で、A300 救命救急入院料が算定できる。

(7) 感染症患者受入れ等による定数超過入院

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことで定数超過入院になった場合は、当面の間、減額措置は適用しない。また、DPC入院料も算定可。

(8) 感染症患者受入れ等により施設基準を満たさなくなった場合

新型コロナウイルス感染症患者等受入れによる入院患者増、新型コロナウイルス感染症患者等受入れ医療機関に職員を派遣したことによる職員の不足、あるいは職員が感染又は濃厚接触者となったことによる職員の不足によって、①月平均夜勤時間数の1割以上の変動、②看護要員数・看護配置・看護師比率の1割以上の変動、③DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合——については、当面の間、変更の届出を行わなくてもよい。

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたこと等で、①平均在院日数、②重症度、医療・看護必要度、③在宅復帰率、④医療区分2・3の患者割合——等の要件を満たさなくなった場合、当面の間、変更の届出を行わなくてもよい。

また、月平均夜勤時間数について、新型コロナウイルス感染症患者受入れ等のため月の途中から病床数又は病棟数を変更した場合は、当該月における月平均夜勤時間数の算出は困難であるため、勤務状況等について把握するとともに勤務実績に係る記録を保管しておくことで差し支えない。

(9) 感染症患者等を医療法上の許可病床数を超えて入院させた場合

新型コロナウイルス感染症患者等を医療法上の許可病床数を超えて入院させた場合は、当面の間、原則として実際に入院した病棟(病室)の入院基本料・特定入院料を算定する。会議室など病棟以外に入院する場合は、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定する。施設基準要件を満たさない患者が特定入院料算定病棟に入院する場合は、当該特定入院料が求めている看護配置と同等の入院基本料を算定する。

(10) 感染症患者の受入れ等により休棟していた病棟を使用した場合等

A207-4 看護職員夜間配置加算、A244 病棟薬剤業務実施加算等については医療機関の各病棟において配置要件を満たすことが求められているが、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により休棟していた病棟を改めて使用して患者を受け入れる場合、その配置要件を満たす必要がある。

逆に、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ等により休棟となる病棟については、当該病棟において配置要件を満た

す必要はない。A244 病棟薬剤業務実施加算における病棟薬剤業務の実施時間の要件についても同様である。

(11) 病棟での滞在時間を制限しているために施設基準を満たさなくなった場合

A244 病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1カ月の実施時間が合算して1週間20時間相当に満たない病棟があってはならないとされているが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、病棟での滞在時間を制限している場合等により施設基準を満たさなくなった場合、当面の間、直ちに施設基準の変更の届出を行う必要はない。

(12) DPC 対象病院での PCR 検査と抗原検査の算定

DPC 対象病院で、DPC/PDPS により算定する患者に対し、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出を実施した場合、別途、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び微生物学的検査判断料、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び免疫学的検査判断料が算定可とする。

検査実施前に外来等で検査判断料を算定した患者については、当該判断料は別に算定不可。

(13) 特定機能病院での PCR 検査と抗原検査の算定

特定機能病院（DPC 対象病院を除く）の入院患者については、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び微生物学的検査判断料、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び免疫学的検査判断料は基本的検体検査実施料に含まれないものとし、別に算定可とする。

検査実施前に外来等で検査判断料を算定した患者については、当該判断料は別に算定不可。

(14) 療養病棟入院基本料等を算定する場合の PCR 検査と抗原検査

次に掲げる入院料の算定患者についても、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出及び微生物学的検査判断料、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出及び免疫学的検査判断料が別途算定できる。その場合、レセプト摘要欄に、①実施日時、②実施の理由、③本検査を必要とした医学的根拠（診断を目的とする場合）、④検査結果（退院の判断を目的とする場合）、⑤算定入院料——を記載する。

A101 療養病棟入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料（注5の特定入院基本料又は注6の点数を算定する場合に限る）

A109 有床診療所療養病床入院基本料

A300 救命救急入院料

A301 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

A301-4 小児特定集中治療室管理料

A302 新生児特定集中治療室管理料

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A307 小児入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

A309 特殊疾患病棟入院料

A310 緩和ケア病棟入院料

A311 精神科救急入院料

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

A311-3 精神科救急・合併症入院料

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症治療病棟入院料

A317 特定一般病棟入院料

A318 地域移行機能強化病棟入院料

A400 短期滞在手術等基本料

入院／入院外共通

(1) SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出（PCR 検査）の保険適用

新型コロナウイルス感染症を疑い、SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出（PCR 検査）を行った場合、診断が確定するまでの間に1回に限り、以下の点数を算定できる（2020年3月5日保険適用）。ただし、本検査が陰性であったものの、新型コロナウイルス感染症以外の診断が付かない場合は、さらに1回に限り算定可。本検査が必要と判断した医学的根拠をレセプト摘要欄に記載する。

①検体採取した指定感染症医療機関等以外の施設へ輸送し検査を実施した場合：1,800 点

〔D023「14」SARS コロナウイルス核酸検出（450点）の4回分の点数〕

②それ以外の場合：1,350 点

〔D023「14」SARS コロナウイルス核酸検出（450点）の3回分の点数〕

検体採取を行った医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名をレセプト摘要欄に記載する。

上記に加え、新型コロナウイルス感染症の治療を目的とした入院患者に対し、**退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は**、「退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記の点数を算定する。検査の実施日時とその結果をレセプト摘要欄に記載する。

〔PCR 検査〕PCR はポリメラーゼ連鎖反応（polymerase chain reaction）の略。DNA ポリメラーゼという酵素の働きを利用して、ウイルスに含まれる特定の遺伝子を増やして調べる核酸増幅検査。感染が疑われる者に対して、唾液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、鼻咽頭ぬぐい液ならびに剖検材料などを用いて、PCR 法による病原体遺伝子検出を行い、陽性となった場合に確定診断となる（6月2日付事務連絡により、発症から9日間までの唾液を検体とした PCR 検査が保険適用された）。

(2) SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出（抗原検査）の保険適用

新型コロナウイルス感染症を疑い、「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出」（抗原検査）を行った場合、D012「25」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）の4回分の点数：600 点を、診断が確定するまでの間に1回に限り算定する（2020年5月13日保険適用）。ただし、本検査が陰性であったものの、新型コロナウイルス感染症以外の診断が付かない場合は、さらに1回に限り算定可。本検査が必要と判断した医学的根拠をレセプト摘要欄に記載する。

また、上記に加え、新型コロナウイルス感染症の治療を目的として入院している者に対し、**退院可能かどうかの判断を目的として化学発光酵素免疫測定法（定量）による SARS-CoV-2 抗原検出を実施した場合は**、「退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記の点数を算定する。検査の実施日時とその結果をレセプト摘要欄に記載する。

〔抗原検査〕抗原検査は、ウイルスに感染した細胞が特異的に産生する抗原を検知し、診断に導く検査であり、PCR 検査とともに確定診断として用いることができる。帰国者・接触者外来等での検査手順としては、まずは抗原検査を行い、

陰性の場合にPCR 検査を行うとしている（6月16日付事務連絡により、新型コロナウイルス感染症を疑う症状発症後2日目から9日目以内の者については、抗原検出用キットで陰性となった場合、追加の検査を必須とはしないとされた）。

【抗原検査陽性】→新型コロナウイルス感染症の確定診断

【抗原検査陰性】→医師がPCR 検査を行うかどうか判断

(3) 保健所等にPCR 検査等を実施する上で必要な情報を提供した場合

医療機関が、新型コロナウイルス感染症に関するPCR 検査等が必要と判断した患者の同意を得て、保健所（帰国者・接触者相談センターを含む）又は「地域外来・検査センター」に、PCR 検査等を実施する上で必要な情報を文書で提供した場合、診療情報提供料（Ⅰ）が算定可。

(4) 宿泊施設・自宅療養の患者に解除の判断のためPCR 検査を実施した場合

宿泊療養又は自宅療養を行う新型コロナウイルス感染症患者に対し往診等を行い、宿泊療養又は自宅療養の解除が可能

かどうかの判断を目的として新型コロナウイルス核酸検出を実施した場合は、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合と同様、**新型コロナウイルス核酸検出に係る点数（D023「14」SARS コロナウイルス核酸検出 450 点の4回分もしくは3回分）**が算定可。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠をレセプト摘要欄に記載する。

(5) 新型コロナウイルス感染疑い患者等に対する傷病手当金の支給

①被保険者が「新型コロナウイルス陽性」と判定され療養のため労務に服することができない場合、②被保険者が発熱などの自覚症状があり自宅療養のため労務に服することができない場合、いずれも**傷病手当金の支給対象**となりうる（国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合の被保険者も対象となる）。当該被保険者等が、当該傷病手当金の支給のために必要な意見書の交付を求めた場合、**B012 傷病手当金意見書交付料**を算定する。

正誤

ページ・行	誤	正
p.10 左段「開放型病院」	開放病床を5床以上有する	開放病床を3床以上有する
p.17 A100 急性期一般入院料1～6	許可病床400床未満の医療機関	許可病床400床以上の医療機関
p.80 左段経過措置（4）	許可病床400床未満の医療機関	許可病床400床以上の医療機関
p.118 一覧 A245 データ提出加算	（入院中1回／退院時）	（入院中1回）
p.188 左段「問10」の回答	（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る）	（削除）
p.273 右段「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について」	1 目的：腋窩、骨盤内の広範なリンパ節郭清術を（中略）四肢のリンパ浮腫の重篤化予防を目的とした（後略） 2 上記悪性腫瘍後の四肢のリンパ浮腫（以下略）（平20保発 0321002）	1 目的：鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清術を（中略）四肢のリンパ浮腫又は原発性の四肢のリンパ浮腫の重篤化予防を目的とした（後略） 2 上記の四肢のリンパ浮腫（以下略）（令2保発 0327・4）
p.273 右段「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項について」	1 支給対象となる疾病 リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍（悪性黒色腫、乳腺をはじめとする腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍及び膀胱をはじめとする泌尿器系の骨盤内のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍）の術後に発生する四肢のリンパ浮腫（平20保発 0321001）	1 支給対象となる疾病 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫又は原発性の四肢のリンパ浮腫（令2保発 0327・7）
p.420 左段 FLT3 遺伝子検査(1)	PCR 法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤	PCR 法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤
p.491 左段 事務連絡	小腸内視鏡検査「3」のカプセル型内視鏡による	小腸内視鏡検査「2」のカプセル型内視鏡による
p.696 左段編注「低新」	「通則7」の施設基準に適合する医療機関で、手術時体重（以下略）	「通則7」手術時体重（以下略）
p.721 右段 K126 の事務連絡	問—コンドリアーゼ（以下略） 答—日本（中略）写しを添付すること。	（削除）
p.739 右段 K476 「8」「9」	（腋窩郭清を伴わないもの）	（腋窩郭清を伴わないもの）
p.1394 右段第3条の2	第7条第5項に規定する居宅サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、	第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、

——以上、謹んでお詫びし訂正いたします。