

診療点数早見表 2018年4月版

(2018年4月24日第1版第1刷)

追補・正誤表 (7月12日更新版)

2018年7月12日 医学通信社

1. 疑義解釈 (事務連絡) (2018年4月25日, 5月25日, 7月10日発出)

疑義解釈資料の送付について (その3)

(平30.4.25)

(A 101「注6」／A 308-3「注5」) 在宅患者支援療養病床初期加算, 在宅患者支援病床初期加算

問 療養病棟入院基本料の「注6」の在宅患者支援療養病床初期加算及び地域包括ケア病棟入院料の「注5」の在宅患者支援病床初期加算の算定要件に『「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うこと」とあるが、具体的にどのような支援を行えばよいか。

答 人生の最終段階における医療・ケアに関する当該患者の意思決定について、当該患者の療養生活を支援していた関係機関（介護保険施設や在宅療養支援を行う医療機関等）と連携し、情報の共有を図ること。患者本人の意思決定やその支援に関する情報が得られない場合については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人や家族等のほか、必要に応じて関係機関の関係者とともに、話し合いを繰り返し行う等の支援を行うこと。ただし、ここでいう支援は、画一的に行うものではなく、患者の病状や社会的側面を考慮しながら支援の実施の必要性について個別に評価した上で行うことをいう。

A 101「注10」在宅復帰機能強化加算

問 疑義解釈資料の送付について (その1) (平成30年3月30日付け事務連絡) の問71 (編注:p.86右段「問6」) において、療養病棟入院基本料の「注10」の在宅復帰機能強化加算について、同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出するためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要があるとされたが、平成30年3月31日時点で当該加算を算定している病棟については経過措置が設けられているため、この場合は、平成30年9月30日まで、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があってもよいか。

答 よい。なお、平成30年10月1日以降も引き続き算定する場合は、同一入院料の病棟全体で加算の要件を満たしている必要があるため、同9月30日までに要件を満たしていることについて改めて届け出を行うこと。

A 300 / A 301-3 救命救急入院料・脳卒中ケアユニット入院医療管理料

問 救命救急入院料1並びに3及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の評価については、平成30年9月30日まで経過措置があるが、平成30年10月1日以降も引き続き当該入院料を算定するために届出を出す場合、実績が必要となるが、いつから評価すればよいか。

答 平成30年10月1日以降も引き続き算定する場合、救命救急入院料1及び3については、院内研修を受講したものが少なくとも平成30年9月1日より評価を行う必要があり、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、院内研修を受けたものが少なくとも平成30年7月1日より評価を行う必要があるが、当該病棟に院内研修を受けた者がいない場合は、9月30日までは院内研修受講前のものが評価して差し支えない。

A 301 特定集中治療室管理料

問 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームについて、①「集中治療に関する5年以上の経験を有する医師」とあるが、特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に規定する医師と同様に「関係学会が行う特定集中治療に係る講習会を受講していること」が必要か。②「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」とはどのようなものがあるか。

答 ①集中治療（集中治療部、救命救急センター等）での勤務経験を5年以上有する医師であればよく、関係学会が行う特定集中治療に係る講習会等の研修受講の必要はない。②当該加算の研修については「疑義解釈資料の送付について (その1)」(平成30年3月30日付け事務連絡) の問106と同様である。

A 308-3 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

問 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1及び3の施設基準において、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護等を提供している施設が「当該保険医療機関と同一の敷地内にあること」とされているが、当該保険医療機関が介護保険法における保険医療機関のみなし指定を受けて、施設基準で求められている訪問看護等を提供している場合

も、要件を満たすと考えてよいか。

答 保険医療機関がみなし指定を受けて、訪問看護等を提供している場合も、施設基準をみます。

(B 001-2「注4」／B 001-2-11「注4」) 小児抗菌薬適正使用支援加算

問 小児抗菌薬適正使用支援加算について、急性上気道炎とその他の疾患で受診した患者に対して、軟膏や点眼の抗菌薬を処方した場合は当該加算の対象となるか。

答 軟膏や点眼薬などの外用の抗菌薬を処方した場合は、当該加算を算定できる。

B 001「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料

問 B001「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料について、「乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師」が実施した場合に算定するとあるが、この医師及び助産師は、施設基準で配置が求められている医師及び助産師を指すと考えてよいか。

答 施設基準で規定する医師又は助産師が実施した場合に算定できる。

B 001-9 療養・就労両立支援指導料

問 B001-9 療養・就労両立支援指導料に係る相談体制充実加算について、「国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修」とあるが、具体的に何を指すのか。

答 現時点では、独立行政法人労働者健康安全機構の主催する両立支援コーディネーター基礎研修等を指す。

B 005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1

問 B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1 について、「原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) 等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること」とあるが、妊産婦が急性外傷等で救急外来を受診した場合や感冒等で内科外来を受診した場合についてもスクリーニングを実施する必要があるか。

答 産科又は産婦人科以外の診療科を受診した場合については、原則としてスクリーニングを実施する必要はない。

問 「原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) 等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること」とあるが、市町村等において妊産婦にメンタルヘルスのスクリーニングが実施されている場合についても、当該保険医療機関で重複してスクリーニングを実施する必要があるか。

答 妊娠中及び産後それぞれにおいて、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していることが必要であり、市町村等においてメンタルヘルスのスクリーニングが実施されている場合については、必ずしも当該保険医療機関で重

複してスクリーニングを実施する必要はないが、市町村等とメンタルヘルスのスクリーニングの結果に関して適切に情報共有することが望ましい。

C 001 在宅患者訪問診療料, C 002 在宅時医学総合管理料, C 002-2 施設入居時等医学総合管理料又は C 003 在宅がん医療総合診療料

問 平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービス利用中の患者に限る）について、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問診療を行った場合でも当該診療料等を算定できるか。

答 訪問診療については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合も、当該診療料等を算定できる。

C 005 在宅患者訪問看護・指導料, C 005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料, I 012 精神科訪問看護・指導料, 訪問看護療養費

問 平成 30 年 3 月 30 日付け医療保険と介護保険の給付調整に関する通知において、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者で宿泊サービス利用中に限る）について、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料又は訪問看護療養費を算定できるとあるが、宿泊サービスの利用日の日中に訪問看護を行った場合でも当該指導料等を算定できるか。

答 訪問看護については、宿泊サービス利用中の患者に対して、サービス利用日の日中に行った場合は、当該指導料等は算定できない。

特別養護老人ホーム（特養）入所者に対する配置医師以外の保険医の診療

問 特養入所者に対する配置医師以外の保険医の診療については、緊急の場合を除き、配置医師の求めがあった場合のみ診療報酬を算定できるとされたが、文書による求めが必要か。

答 必ずしも文書によるものではない。例えば、入所者本人又は入所者の家族を通じ、配置医師が当該保険医による診療の必要性を認めていることが確認できる場合には、配置医師の求めがあったものとして取り扱う。

診療報酬明細書の記載要領

問 別表 I 『診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧』により示されている診療報酬明細書の「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平成 30 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、平成 30 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

り記載するのか。

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

疑義解釈資料の送付について（その4）

（平 30.5.25）

病院の入院基本料の施設基準等

問 病院の入院基本料等の施設基準における「平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者」について、自費の患者や労災保険等の他制度による給付を受ける患者等の医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいか。

答 対象としなくてよい。

重症度、医療・看護必要度Ⅱ

問 平成 30 年 3 月 30 日に発出された疑義解釈資料の送付について（その 1）問 29（[編注：p.955 右段下から 6 行目](#)、[「問 1」](#)）において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて A 項目の評価を行う場合、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となるとされたが、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤についてはどのようになるのか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて A 項目の評価を行う場合、EF 統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台（投薬）、30 番台（注射）、50 番（手術）及び 54 番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象とする。

A 249 精神科急性期医師配置加算、A 311 精神科救急入院料、A 311-2 精神科急性期治療病棟入院料、A 311-3 精神科救急・合併症入院料

問 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料において、「[「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう](#)」とあるが、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟後、当該保険医療機関への入院日から起算して 3 月以内に自宅等に退院した場合は、自宅等へ移行したものととしてよいか。

答 よい。なお、精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料については、当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、自宅等へ移行したものに該当しない。

データ提出加算

問 許可病床数 200 床以上の医療機関における療養病棟入院基本料について、データ提出加算に係る届出を行っていることが施設基準として追加されたが、医療機関を新規に開設し診療実績がない場合、データ提出加算に係る実績が認められなければ当該入院料を算定できないか。

答 新規に許可病床数 200 床以上の医療機関を開設し、療養病棟入院基本料を届け出る場合であって、データ提出加算

に係る様式 40 の 5 を届け出ている場合に限り、当該データの提出の有無にかかわらず、当該様式を届け出た日の属する月から最大 1 年の間は、療養病棟入院基本料のその他の施設基準を満たしていれば当該入院料を算定可能とする。なお、1 年を超えて様式 40 の 7 の届出がない場合には、他の入院料へ届出変更が必要である。

問 平成 30 年 3 月 31 日時点において、現に改定前の一般病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料・専門病院入院基本料の 10 対 1 入院基本料（看護必要度加算 1、2 又は 3 を算定している場合を含む）を届け出ている医療機関（一般病床の許可病床数が 200 床未満の医療機関に限る）が、4 月以降に急性期一般入院基本料の届出を行う場合、施設基準であるデータ提出加算の届出については、データ提出加算の経過措置が適用され、平成 31 年 3 月 31 日まではデータ提出加算を届け出なくても、急性期一般入院基本料を届け出ることとは可能か。

答 そのとおり。

問 平成 30 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関が、4 月以降に異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出が施設基準とされているものに限る）の届出を行う場合、データ提出加算の届出については、経過措置が適用されるという理解でよいか。

答 そのとおり。なお、療養病棟入院基本料についても同様の扱いとする。

B 001 「27」糖尿病透析予防指導管理料

問 B001 の 27 糖尿病透析予防指導管理料の留意事項通知（11）について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがあり、患者の同意を得て行う必要な協力には、日本糖尿病協会の「糖尿病連携手帳」を活用した情報提供も含まれるのか。

答 含まれる。

C 000 往診料

問 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるとあるが、可及的速やかにはどのくらいの期間をいうのか。

答 往診は、患家等からの依頼に応じて、医師が往診の必要性を認めた場合に行うものであり、往診の日時についても、依頼の詳細に応じて、医師の医学的判断による。

(C 002 「注 10」、C 002-2 「注 5」) 包括的支援加算

問 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に係る包括的支援加算について、「訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を受けている状態」とあるが、胃瘻又は腸瘻からの栄養投与についても該当するのか。

答 そのとおり。

K177 脳動脈瘤クリッピング

問 K177 脳動脈瘤クリッピングについて、「注2」に規定するローフローバイパス術併用加算と「注3」に規定するハイフローバイパス術併用加算とを、1回の手術において併算定することは可能か。

答 主たるもののみ算定する。

特定保険医療材料

問 自家培養の再生医療等製品について、培養不良等医学的理由により、自家組織採取を再度実施することが必要である場合においては、自家組織の採取等に係る点数等は改めて算定できるか。

答 医学的理由により、再度採取が必要となった場合には算定できる。ただし、再度採取が必要となった医学的理由について記載した症状詳記を添付すること。

医薬品の使用に係る技術料

問 コンドリアーゼを使用した技術料は、何により算定できるか。

答 日本脊椎脊髄病学会及び日本脊髄外科学会等が認定した施設において、コンドリアーゼを用いて後縦靭帯下脱出型の腰椎椎間板ヘルニアに治療を行った場合は、K126 脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）「2」その他のもの4,510点を準用して算定する。算定に当たっては、学会から認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

疑義解釈資料の送付について（その5）

（平30.7.10）

妊婦加算

問 妊婦加算について、異所性妊娠、稽留流産、不全流産、胎状奇胎の患者の場合について、算定可能か。

答 妊婦加算は、妊婦の外來診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価するものであることから、診療時に当該患者であることが分かっている場合については、算定不可。

機能強化加算

問 施設基準要件にある「地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること」について、当該対応の対象は、当該医療機関を継続的に受診している患者であり、当該保険医療機関において地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、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の算定を行っている患者に限定されない、という理解でよいか。

答 よい。

薬剤適正使用連携加算

問 地域包括診療料、地域包括診療加算等の薬剤適正使用連携加算における内服薬の種類数の計算に当たっては、1銘

柄ごとに1種類として計算するという理解でよいか。

答 よい。

地域包括診療加算、地域包括診療料

問 A001 再診料にかかる地域包括診療加算及び B001-2-9 地域包括診療料の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」について、平成26年7月10日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その8）」の間7～間9（編注：p.56、問27～問29）において、研修の取扱いが示されているが、この取扱いは今回改定後も引き続き必要となるのか。

答 継続的に2年間で通算20時間以上の研修の修了及び2年毎の届出は引き続き必要である。ただし、研修の受講経験が複数回ある医師が今後増えてくることに鑑み、受講に当たっては、下記のとおりとする。

(1) 座学研修は、出退管理が適切に行われていれば講習DVDを用いた研修会でも差し支えない。

(2) 2年毎の研修修了に関する届出を2回以上行った医師については、それ以後の「2年間で通算20時間以上の研修」の履修については、日本医師会生涯教育制度においては、カリキュラムコードとして29 認知能の障害、74 高血圧症、75 脂質異常症、76 糖尿病の4つの研修についても、当該コンテンツがあるものについては、e-ラーニングによる単位取得でも差し支えない。

〔例：平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなされていたため、平成27年4月1日から起算して2年ごとに研修修了の届出を行い、平成31年に3回目の研修修了に関する届出を行う場合は、e-ラーニングによる単位取得でも差し支えない（なお、現時点では、75 脂質異常症に該当するe-ラーニングのコンテンツはない）〕。

電話等による再診

問 電話等による再診の算定要件には、「電話、テレビ画像等による場合」とあるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いる場合を含むか。また、含む場合、情報通信機器の利用に要する費用は別途徴収可能か。

答 電話等による再診については、当該保険医療機関で初診を受けた患者であって、再診以後、当該患者又はその看護を行っている者から直接又は間接に治療上の意見を求められ、必要な指示をした場合に算定できるものであり、一定の緊急性が伴う予定外の受診を想定している。このような診療であって、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて行うものも、「電話、テレビ画像等による場合」に含めて差し支えない。

なお、電話等による再診や、オンライン診察における、電話やテレビ画像等の送受信に係る費用（通話料等）は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当適切な額の実費を別途徴収できるが、これは、「オンライン診療料」の算定における、計画的な医学管理

のための予約や受診等に係る総合的なシステムの利用に要する費用（システム利用料）とは異なるものであり、電話等による再診においてシステム利用料を徴収することはできないことに留意すること。

問 平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、引き続き「電話等による再診」を算定できるとされている。この場合、予約や受診等に係るシステム利用に要する費用（システム利用料）については、別途徴収可能か。

答 平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでに限り、オンライン診療料を算定する場合と同様に、予約や受診等に係るシステム利用に要する費用（システム利用料）として、社会通念上妥当適切な額の実費を別途徴収できる。

オンライン診療料

問 A003 オンライン診療料について、疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月30日付け事務連絡）の間15（**編注**：p.61「**問10**」）において、予約や受診等に係るシステム利用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当適切な額を別途徴収できるとされているが、この場合の「システム」とは、具体的にどのようなものを指すか。

答 患者が当該医療機関を受診するに当たって、計画的な医学管理のための受診予約や、リアルタイムでの音声・画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）、メール連絡等が可能な機能を有する情報通信機器を用いた総合的なシステムを指す。

オンライン診療料を算定する患者について、上記のような総合的なシステムを利用する場合に一定の費用がかかることから、社会通念上妥当適切な額の実費を徴収することを認めている。

問 対面診療とオンライン診察を同一月に行った場合は、オンライン診療料は算定できないとあるが、

① 対面診療を行った後に、同一月の別日にオンライン診察を開始した場合、オンライン診療料は算定できないが、オンライン診察において投薬の必要性を認めた場合は、オンライン診療料を算定しない場合であっても、処方料、処方箋料、薬剤料を算定することはできるか。

② オンライン診察を行った後に、同一月の別日に患者の状態悪化等の理由で対面診療を行った場合、既に行ったオンライン診療に係るオンライン診療料は遡って算定できなくなるのか。また、当該オンライン診察時に投薬を行った場合は、処方料、処方箋料、薬剤料の取扱いはどのようなになるのか。

答 同一月に対面診療とオンライン診察を行った場合は、その前後関係にかかわらず、オンライン診療料は算定できないが、オンライン診察において投薬を行った場合について

は、オンライン診療料が算定できない場合であっても、処方料、処方箋料、薬剤料を算定できる。なお、処方料等に係る加算・減算は適用されない。

問 オンライン診療料を算定する場合、オンライン診察時の被保険者証の確認はどのように行えばよいのか。

答 定期的な対面診療において被保険者証の実物を確認できている前提において、オンライン診察時の被保険者証の確認が必要な場合は、画面上への呈示をもって確認することで差し支えない。

問 難病の患者の外来診療において、患者が特定医療費の補助を受けている場合、医療機関が「特定医療費自己負担上限額管理票」に医療費を記載し、押印を行うが、当該患者にオンライン診療を行う場合、オンライン診療料はオンライン診療を行った月に算定するが、患者の管理票に医療費を記載・押印することができない。この場合、次回対面診療時に、オンライン診療時の医療費を記載・押印することとして差し支えないか。

答 次回対面診療時に管理票に記載・押印することで差し支えない。

急性期一般入院料1及び7対1入院基本料

問 疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月31日付け事務連絡）の間26（**編注**：p.78右段上から17行目「**問**」）において、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれることとされているが、同一の敷地内にある介護老人保健施設も含まれるという理解でよいか。

答 よい。

重症度、医療・看護必要度

問 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと」とされているが、「Ⅱ」の届出後も、毎月、直近3か月において「Ⅰ」との差が0.04を超えていないことを確認するため、「Ⅰ」を用いての評価をする必要があるか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅡとⅠの差は、届出時のみの確認でよく、継続してⅡで評価している間は、Ⅰの評価は必要ない。

問 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、平成30年3月5日に公開されたレセプト電算処理システム用コード一覧を用いて評価するが、この一覧に記載のない薬剤であって、記載のある薬剤の類似薬と考えられる薬剤を用いた場合については、どのように評価すればよいか。

答 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（平成30年3月5日保医発0305第2号）のレセプト電算処理システム用コード一覧（編注：p.979）に記載のない薬剤については、当該薬剤の類似薬が一覧に記載されている場合は、記載のある類似薬に準じて評価して差し支えない。この場合の類似薬とは、例えば、類似薬効比較方式で薬価算定された医薬品の場合、算定根拠となった類似薬のことを指す。

療養病棟入院基本料

問 疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月30日付け事務連絡）問66（編注：p.86左段下から11行目「問1」）において、療養病棟入院基本料の「注12」に規定される病棟を算定する場合、注に規定される加算及び入院基本料等加算は、特別入院基本料の例により算定するとされているが、入院料等の通則8に掲げる規定についても、特別入院基本料の例により減算しないものと考えてよいか。

答 通則8の栄養管理体制に関する基準を満たさない場合は、療養病棟入院基本料の注12に規定される病棟を算定する場合であっても、1日につき40点を減算する。ただし、注12の括弧書きにある通り、当該点数が586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を下回る場合には、586点（生活療養を受ける場合にあっては、572点）を算定する。

褥瘡対策加算

問 療養病棟入院基本料の「注4」に規定する褥瘡対策加算については、毎日評価が必要だが、①治療上、交換を要しない創傷被覆材を用いた際、褥瘡の状態が毎日評価できないが、評価はどのように行えばよいか。②褥瘡が複数箇所ある場合、それぞれの褥瘡の評価の点数は合算すればよいか。

答 ①治療の必要から褥瘡を創傷被覆材で覆い、1日のうちに状態が確認できない場合、創傷被覆材を用いている間の評価は、創傷被覆材を用いる直前の状態等、直近で確認した際の状態の評価すること。また、確認できない旨について、診療録等に記載すること。②複数の褥瘡がある場合は、重症度の高い褥瘡の点数を用いること。

精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料

問 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、同一の敷地内にある介護医療院又は介護老人保健施設に退院した場合も自宅等への退院に含まれるという理解でよいか。

答 よい。

抗菌薬適正使用支援加算

問 抗菌薬適正使用支援チームにおける「3年以上の病院勤

務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について、院内に細菌検査室がなく、微生物検査を外注している病院においては、微生物検査の外注管理を行っている院内の臨床検査技師は、微生物検査にかかわる臨床検査技師に該当すると考えてよいか。

答 よい。

入退院支援加算

問 入退院支援加算1の施設基準について、20以上の連携する保険医療機関等と年3回以上の頻度の面会等が必要であるが、新たな届出にあたり、過去1年間の実績が必要か。

答 新たに届け出る際、届出時に過去1年間の面会実績は届け出る必要があるが、届出時点では20以上の連携機関との年3回以上の面会を行っていないと、届出可能である。ただし、届出後に年3回以上の頻度で面会していること。

遠隔モニタリング加算

問 C103在宅酸素療法指導管理料及びC107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った結果、その時点で急を要する指導事項がなく、療養上の指導を行わなかった場合にも算定できるか。

答 遠隔モニタリング加算は、予め作成した診療計画に沿って、モニタリングにより得られた臨床所見に応じて、療養上の指導等を行った場合の評価であり、モニタリングを行っても、療養上の指導を行わなかった場合は、算定できない。

問 C103在宅酸素療法指導管理料及びC107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリング及び指導に用いたシステムの利用料は別途徴収できるか。

答 別途徴収できない。

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

問 C105-3在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料について、「胃瘻により体内に投与後、胃液等により液体状から半固形状に変化する栄養剤等」及び「市販時に液体状の栄養剤等を半固形化させるものを加え、半固形状に調整した栄養剤等」は、算定の対象となる薬価基準に記載されていない流動食に該当するか。

答 半固形栄養剤等を在宅での療養を行っている患者自らが安全に使用する観点から、いずれも該当しない。

小児鎮静下MRI撮影加算

問 E202の「注7」の小児鎮静下MRI撮影加算について、上肢と下肢をそれぞれ撮影した場合は、1回で複数の領域を一連で撮影したものとして加算を算定できるか。

答 四肢軟部については、上肢と下肢をそれぞれ撮影した場合は、1回で複数の領域を一連で撮影したものとして加算を算定できる。ただし、上肢・下肢ともに、両側で1部位とする。

リハビリテーション計画提供料1

問 留意事項通知に「リハビリテーション計画提供料1を算

定した場合、診療情報提供料（I）は算定できない」とあるが、リハビリテーションの計画の提供先と診療状況を示す文書の提供先が異なる場合であっても、診療情報提供料（I）の算定はできないのか。

答 同一月において、リハビリテーション計画の提供先と診療状況を示す文書の提供提出先が同一である場合は、算定不可。

救急患者精神科継続支援料

問 救急患者精神科継続支援料について、「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

答 現時点では、「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会（平成27～29年度厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施されたものに限る）」及び「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会（一般社団法人日本自殺予防学会が実施するものに限る）」が相当する。

疾患別等専門プログラム加算

問 I008-2 精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算について、精神科ショート・ケア（大規模）の届出を行っている保険医療機関であっても、精神科ショート・ケア（小規模）の届出をあわせて行っていれば、精神科ショート・ケア（小規模）において当該加算を算定することは可能か。

答 算定可能。

特定保険医療材料

問 特定保険医療材料の「195 体表面用電場電極」については、C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料に係る材料として在宅の部で算定できるか。

答 算定できる。

SpaceOAR システム

問 SpaceOAR システムの手技として D413 前立腺針生検法を準用した場合、A400 短期滞在手術等基本料3の算定対象となるか。

答 算定対象とはならない。

2. 厚生労働省の訂正事務連絡（2018年4月25日、6月21日、7月5日発出）

ページ・行	誤（または変更箇所）	正
-------	------------	---

■ A002 外来診療料

p.57 右段下から3行目	区分番号 D003 に掲げるもの	区分番号 D003 [9カルプロテクチン（糞便）を除く] に掲げるもの
---------------	------------------	-------------------------------------

■ A100 一般病棟入院基本料

p.76 右段上から5行目	「注2」の特別入院基本料等及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料については、（後略）	「注2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料については、（後略）
---------------	---	--

■ A106 障害者施設等入院基本料

p.100 右段の左欄 上から4行目	7 ドレイン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※3）	7 ドレイン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※3）
--------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

■ A218 地域加算（人事院規則で定める地域に準じる地域）

p.129 左段上から12行目の次（「備考」の冒頭）	右を挿入する	備考 平成28年3月31日においてA218地域加算の対象地域であったが、同年4月1日以降人事院規則9-49第2条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成32年3月31日までの間に限り、7級地とみなす。
----------------------------	--------	--

■ A227-2 精神科措置入院退院支援加算

p.134 右段下から5～4行目	同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合（後略）	同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合（後略）
------------------	--	---

■ A308 「別紙様式45」回復期リハ病棟入院料におけるリハ実績指数等に係る報告書

p.186 「3. リハビリテーション実績指数」欄の右4列	⑧	名	点	点	点	⑧	点	点	点	点
	⑨	名	点	点	点	⑨				
	⑩					⑩	点	点	点	点

p.186 「4. 除外患者について」欄の⑭の行	(⑫が有の場合のみ)	(⑬が有の場合のみ)
--------------------------	------------	------------

■ B001 「14」 高度難聴指導管理料

p.233 右段下から 23～22 行目	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関
----------------------	--	----------------------------

■ B001 「23」 がん患者指導管理料

p.240 左段上から 19 行目	それぞれ当該カウンセリングを実施した場合	それぞれ当該指導管理を実施した場合
-------------------	----------------------	-------------------

■ B001-2 小児科外来診療料

p.246 左段上から 5～7 行目	(3) 当該患者の診療に係る費用は、A000 初診料、A001 再診料及び A002 外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料(後略)	(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、A000 初診料、A001 再診料及び A002 外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、A000 初診料の機能強化加算、B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料(後略)
--------------------	---	--

■ B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

p.250 左段下から 27, 13 行目 [通知(3)(5)]	A000 初診料、A001 再診料又は A002 外来診療料(後略)	A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料又は A003 オンライン診療料(後略)
----------------------------------	------------------------------------	--

■ B001-2-8 外来放射線照射診療料

p.251 左段下から 29～27 行目 [通知(1), 2カ所]	A000 初診料、A001 再診料又は A002 外来診療料(後略)	A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料又は A003 オンライン診療料(後略)
-----------------------------------	------------------------------------	--

■ C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

p.309 右段下から 7 行目 [通知(9)ウ]	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーション	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーション
---------------------------	--	---

■ C005 在宅患者訪問看護・指導料 / C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

p.328 右段上から 30 行目	人工呼吸器を装着している患者	人工呼吸器を使用している状態
-------------------	----------------	----------------

■ C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

p.336 右段上から 17 行目 [通知(4)]	「1」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」を算定(後略)	「1」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注1」の「イ」を算定(後略)
---------------------------	------------------------------	-----------------------------------

■ C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

p.341 左段上から 18 行目	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、(後略)	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)の薬剤管理指導記録に、(後略)
-------------------	--	--

■ C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

p.358 左段下から 27 行目 [通知(2)]	「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」	「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」
---------------------------	-------------------------	-------------------------

■ 検査の部の「通則」に係る通知

p.385 左段上から 26 行目の次 (検査法の略号)	右を挿入する	C L E I A : Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法
------------------------------	--------	--

■ 検体検査実施料「外来迅速検体検査加算」

p.386 右段下から 22 行目	「6」の CA19-9 を行った場合、検体検査実施料の請求は(後略)	「8」の CA19-9 を行った場合、検体検査実施料の請求は(後略)
-------------------	------------------------------------	------------------------------------

■ D008 内分泌学的検査

p.402 左段下から 14 行目	「18」の脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)(後略)	「16」の脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)(後略)
-------------------	----------------------------	----------------------------

■ D025 基本的検体検査実施料

p.424 左段上から 9 行目	ニ 糞便検査	ニ 糞便検査 [カルプロテクチン(糞便)を除く]
------------------	--------	--------------------------

■ F100 処方料

p.492 右段上から 7 行目	70%以上、75%以上又は 85%	70%以上、75%以上又は 85%以上
------------------	-------------------	---------------------

■ F400 処方箋料

p.498 右段上から7行目	F100 処方料の(6)に準じる。	F100 処方料の(6)及び(7)に準じる。
----------------	-------------------	------------------------

■ 第7部リハビリテーションの（通則・通知）

p.543 右段上から10行目	以下の(1)から(3)までを	以下の(1)から(4)までを
-----------------	----------------	----------------

■ H004 摂食機能療法

p.567 右段下から28行目、 21行目、4行目 / p.568 左段上から7行目	[(6)(7)(8)(10)]「注2」に掲げる（後略）	[(6)(7)(8)(10)]「注3」に掲げる（後略）
--	-----------------------------	-----------------------------

■ I009 精神科デイ・ケア

p.603 左段上から20行目	(11)「注4」に掲げる長期入院患者とは、（後略）	(11)「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、（後略）
-----------------	---------------------------	---------------------------------

■ I016 精神科在宅患者支援管理料

p.618 左段下から13行目 〔通知(12)ウ〕	説明に用いた文書の写しを添付する。	説明に用いた文書の写しを診療録に添付する。
------------------------------	-------------------	-----------------------

■ 処置の部の「通則5」

p.623 右段上から1行目	(以下「時間外加算等」という)	(以下「時間外加算等2」という)
----------------	-----------------	------------------

■ K142 脊椎固定術, 椎弓切除術, 椎弓形成術

p.685 左段上から26～27 行目	右を削除する	ウ—「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数
------------------------	--------	-------------------------------

■ K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術

p.715 右段下から12～11 行目〔通知(2)〕	「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。	「心房内・心室内全域型」並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ベーシング機能付き」及び「体外式ベーシング機能付き・特殊型」については算定できない。
-------------------------------	---	--

■ K936 自動縫合器加算

p.755 左段上から25行目	(5) K511, (中略) K 529-2 及び K656-2 に（後略）	(5) K511, (中略) K 529-2, K529-3 及び K656-2 に（後略） （※上記訂正に伴い、p.706 右段下から11行目、(編注)の「(医学的に必要な数)」を「(6個限度)」に改める）
-----------------	--	---

■ L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

p.764 左段下から8行目	9,150 点	9,050 点
p.764 左段下から4行目	10,650 点	10,550 点

■ 材料価格基準 019 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

p.863 左段下から34行目、 30行目	硬膜外麻酔後における	神経麻酔後における
p.863 左段下から33行目、 29行目	硬膜外ブロックにおける	神経ブロックにおける

■ 基本診療料の施設基準「病院の入院基本料」に係る通知「16」（障害者施設等入院基本料の対象病棟）

p.965 右段上から18行目	イ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定医療機関	イ 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関
-----------------	---------------------------	----------------------------------

■ 基本診療料の施設基準等（障害者施設等入院基本料／夜間看護体制加算）

p.966 左段下から28行目 の次	右を挿入する	(8) (1)から(4)まで、(6)及び(7)の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様である。
-----------------------	--------	--

■ 基本診療料の施設基準等「別添6-別紙7」（18 開腹手術）

p.978 右段上から3行目 〔選択肢の判断基準〕	5日間を超えた場合をいう。	4日間を超えた場合をいう。
------------------------------	---------------	---------------

■ 基本診療料の施設基準等（感染防止対策加算「抗菌薬適正使用支援加算」）

p.1049 右段上から17行目	キ 1の(1)に規定する（後略）	キ 1の(12)に規定する（後略）
------------------	------------------	-------------------

■基本診療料の施設基準「後発医薬品使用体制加算の施設基準」に係る通知

p.1056 左段上から 16 行目	破倫除去ミルク配合散「雪印」	バリリン除去ミルク配合散「雪印」
--------------------	----------------	------------------

■基本診療料の施設基準等（入退院支援加算「入院時支援加算」）

p.1060 左段下から 31 行目	200 床未満の病院	200 床未満の保険医療機関
--------------------	------------	----------------

■基本診療料の施設基準等「別添 6- 別紙 18」（2 蘇生術の施行）

p.1073 右段下から 15 行目	人工呼吸器の装着	人工呼吸器の管理
--------------------	----------	----------

■基本診療料の施設基準等（地域包括ケア病棟入院料「地域包括ケア病棟入院料 1」）

p.1094 左段上から 29 行目	提供している施設（後略）	提供している事業所（後略）
--------------------	--------------	---------------

■基本診療料の施設基準等（地域包括ケア病棟入院料「夜間看護体制特定日減算」）

p.1095 左段下から 1 行目	看護補助者加算（後略）	看護補助者配置加算（後略）
-------------------	-------------	---------------

■基本診療料の施設基準等（精神科救急入院料「看護職員夜間配置加算」）

p.1099 右段上から 8 行目の次 〔通知③カ〕	右を挿入する	なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の ③と同様である。
-------------------------------	--------	---

■基本診療料の施設基準等（精神科救急・合併症入院料「看護職員夜間配置加算」）

p.1103 左段上から 7 行目の次 〔通知③カ〕	右を挿入する	なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の ③と同様である。
-------------------------------	--------	---

■基本診療料の施設基準「届出に関する手続き」

p.1122 左段上から 2～30 行目 〔通知「第 2」4〕	<p>（前略）届出前 1 か月の実績を有している。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、（中略）地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前 1 年間の実績を有している並びに急性期一般入院料 2 及び急性期一般入院料 3 については、届出前の直近 3 月以上急性期一般入院料 1 又は急性期一般入院料 1 若しくは急性期一般入院料 2 を算定している実績を有している。ただし、（中略）また、初診料の「注 12」に規定する機能強化加算については、実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</p>	<p>（前略）届出前 1 か月の実績を有している。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによる。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</p> <p>(1) 精神科急性期治療病棟入院料、（中略）地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前 1 年間の実績を有している。</p> <p>(2) 療養病棟入院基本料（許可病床数が 200 床以上の病院に限る）を届け出る場合であって、データ提出加算に係る様式 40 の 5 を届け出ている場合は、当該様式を届け出た日の属する月から起算して 1 年以内の間は、様式 40 の 7 の届出を要しない。</p> <p>(3) 並びに急性期一般入院料 2 又は急性期一般入院料 3 については、届出前の直近 3 月以上急性期一般入院料 1 又は急性期一般入院料 1 若しくは急性期一般入院料 2 を算定している実績を有している。ただし、（中略）また、初診料の「注 12」に規定する機能強化加算については、実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</p>
------------------------------------	--	--

■基本診療料の施設基準等（第 4 経過措置等）

p.1126 左段上から 8 行目の次	右を挿入する	特定集中治療室管理料 1, 2（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る）
---------------------	--------	--

■基本診療料の施設基準等「別添 7」様式 40 の 9

p.1176 様式 40 の 9 上から 3 行目 （様式名の直下）	※届出に係る退院支援加算の区分	※届出に係る入退院支援加算の区分
p.1176 様式 40 の 9 上から 7 行目の次	右を挿入する	（ ） 入退院支援加算（注 5 の届出医療機関）

■特掲診療料の施設基準「乳腺炎重症化予防ケア・指導料」

p.1211 左段上から3行目の次	右を挿入する	(3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしている。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様である。
p.1211 左段上から8行目の次	右を挿入する	(3) 1の(3)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はない。

■特掲診療料の施設基準「外来後発医薬品使用体制加算」

p.1247 右段下から27行目	破倫除去ミルク配合散「雪印」	パリン除去ミルク配合散「雪印」
------------------	----------------	-----------------

■特掲診療料の施設基準等「別添2」様式49の9

p.1392 様式49の9	医療機器届出番号 (表中に5カ所)	医療機器承認(認証)番号
---------------	----------------------	--------------

■特掲診療料の施設基準等「別添2」様式87の4

p.1433 様式87の4 中ほど	透析用監視装置1台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数(①/②)(③)	透析用監視装置1台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数(②/①)(③)
p.1433 様式87の4 最下欄	(1) ①が26台未満(後略) ①が26台以上(後略)	(1) ①を上記期間の月数で除した値が26台未満(後略) ①を上記期間の月数で除した値が26台以上(後略)

■特掲診療料の施設基準等「別添2」様式87の15

p.1437 様式87の15 「3」の左から2段目	内科又は消化器内科の経験年数	内科又は消化器内科の経験年数
------------------------------	----------------	----------------

■医療保険と介護保険の給付調整「別紙2」

p.1480 下から1行目の次	訪問看護療養費 ×	訪問看護療養費 × ○ 退院時共同指導加算 ※4又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者
p.1481 上から17行目の次	右を挿入する	※4 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

■明細書の記載要領「別表I」摘要欄への記載事項等一覧(医科)

p.1596 「B001の2」特定薬剤治療管理料1 「記載事項」欄の2行目	アの(イ)から(ソ)までに規定するものの中から(後略)	アの(イ)から(ソ)まで及びオに規定するものの中から(後略)
同「レセプト電算処理システム用コード」と「レセプト表示文言」	最下行[(ソ)の下]に右を追加	820100391 オ 留意事項通知に規定する患者で抗生物質等を数日間以上投与
p.1616 「N000」病理組織標本作製「記載事項」欄	右を削除する	算定した理由を記載する
p.1616 「N002」免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製「記載事項」欄	右を削除する (肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合)組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載する	算定した理由を記載する セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色について、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載する
p.1628 左段下から4つ目の欄	I016 精神科重症患者早期集中支援管理料 精早支	I016 精神科在宅患者支援管理料 精在支

3. その他の告示・通知

(2018年4月17日告示206号/5月21日告示229号/5月29日告示235号/4月17日
保医発0417・3/5月21日保医発0521・8/5月31日告示238号・239号/5月31日保
医発0531・1, 0531・3/5月31日事務連絡/6月29日保医発0629・1 発出)

ページ・行

追加・訂正（下線部が変更部分）

■特掲診療料の施設基準等

p.351 右段下から5行目の次に下線部を挿入	別表第9 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬 インスリン製剤 ∴ ゴリムマブ製剤 エミシズマブ製剤
-------------------------	--

■C200 薬剤の通知（厚生労働大臣の定める注射薬）

p.370 右段上から1行目に下線部を挿入	イクセキズマブ製剤、 <u>ゴリムマブ製剤</u> 及び エミシズマブ製剤
-----------------------	--

■在宅

p.374 右段上から10行目 下線部を訂正	在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記3の 040 に準じる。
------------------------	--

■D006-2 造血管腫瘍遺伝子検査

p.394 右段下から28行目の次に挿入	(3) BRACAnalysis 診断システムは、D006-2 造血管腫瘍遺伝子検査の所定点数2回分、D006-4 遺伝学的検査「3」処理が極めて複雑なものの所定点数2回分を合算した点数を準用して算定できる。 ア 転移性又は再発乳癌患者の全血を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法を選択を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の生殖細胞系列の変異の評価を行った場合に限り算定する。 イ 本検査は、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関で実施する。 ウ 本検査は、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施する。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。
----------------------	--

■D007 血液化学検査

p.400 左段下から20行目の次に挿入	→オートタキシン ア オートタキシンは、D007 血液化学検査「48」Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、サンドイッチ法を用いた蛍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。 ウ 本検査とD007 血液化学検査「37」のプロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）、「38」のⅣ型コラーゲン、「40」のⅣ型コラーゲン・7S、「44」のヒアルロン酸又は「48」のMac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。（平30保医発0531・1）
----------------------	--

■D413 前立腺針生検法

p.465 左段上から13行目の次に挿入	→前立腺針生検法 放射線治療用合成吸収性材料を用いる処置については、D413 前立腺針生検法の所定点数により算定する。（平30保医発0531・3）
----------------------	---

■材料価格基準

p.913 左段上から36行目、37行目 下線部を訂正	→植込型心電図記録計の意義【機能区分の定義】 ②特殊型 カ 心房細動の有無の判定を心電図波形の形態分析によって行うアルゴリズムを有している。
p.916 左段上から15行目に下線部を挿入	→経カテーテル人工生体弁セットの算定 自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄又は 外科的に留置した大動脈生体弁の機能不全による症候性の弁膜症 を有し、かつ、外科的手術を施行することができず、（後略）

p.916 左段の上から 23 行目の下線部を訂正	→ <u>経カテーテル人工生体弁セットの定義</u> ② 狭窄した自己心臓弁又は機能不全に陥った外科的に留置した大動脈生体弁に対し、経皮的又は経心尖的に人工弁を留置することを目的とした人工生体弁セットである。						
p.917 左段下から 16～13 行目に下線部を挿入	→ <u>末梢血管用ステントグラフトの算定</u> 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、(中略) 1本を上限として算定できる。また、TASC II C/D 病変の、大動脈分岐部病変に対してキッキングステント法が適用される場合にあっては、1回の手術につき、標準型については4本を上限とする。 エ 浅大腿動脈の TASC II D 病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用(後略) オ 腸骨動脈の TASC II A/B 病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載もしくは症状詳記に添付する。						
p.917 右段の上から 2 行目の次に挿入	→ <u>末梢血管用ステントグラフトの定義</u> ウ 腸骨動脈に新規又は再狭窄病変がある症候性末梢動脈疾患に対し、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。						
p.918 右段上から 5 行目の次に挿入	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">199 甲状軟骨固定用器具</td> <td style="text-align: right;">190,000 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(18.6～20.3)</td> <td style="text-align: right;">200,000 円</td> </tr> </table> <p>→<u>甲状軟骨固定用器具の算定</u> 甲状軟骨固定用器具の使用にあたっては、関係学会の定める診療に関する指針に沿って使用した場合に限り算定できる。</p> <p>→<u>甲状軟骨固定用器具の定義</u> 次のいずれにも該当すること。</p> <p>(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、一般的名称が「甲状軟骨固定用器具」である。</p> <p>(2) 喉頭形成手術に用いるものである。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">200 放射線治療用合成吸収性材料</td> <td style="text-align: right;">192,000 円</td> </tr> </table> <p>→<u>放射線治療用合成吸収性材料の算定</u> (1) 放射線治療用合成吸収性材料は、前立腺癌の放射線治療に際し、直腸の吸収線量を減少させることを目的として使用した場合に限り算定できる。 (2) 当該材料は、関係学会の定める診療に関する指針に従って使用した場合に限り算定できる。 (3) 当該材料を Stage I 又は II 以外の前立腺癌患者に使用した場合には、本品の対象とならない患者ではないことについて診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>→<u>放射線治療用合成吸収性材料の定義</u> 次のいずれにも該当すること。</p> <p>(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、一般的名称が「放射線治療用吸収性組織スパーサ」である。</p> <p>(2) 前立腺癌の放射線治療に際し、直腸の吸収線量を減少させる目的に前立腺と直腸の間の組織に対して注入して使用されるものである。</p>	199 甲状軟骨固定用器具	190,000 円	(18.6～20.3)	200,000 円	200 放射線治療用合成吸収性材料	192,000 円
199 甲状軟骨固定用器具	190,000 円						
(18.6～20.3)	200,000 円						
200 放射線治療用合成吸収性材料	192,000 円						

■**特掲診療料の施設基準等(別表第9)**

p.1314 左段上から 5 行目の次に下線部を挿入	ギリムマブ製剤 <u>エミシズマブ製剤</u>
----------------------------	----------------------------

■**保険医の使用医薬品**

p.1520 右段上から 16 行目の次に挿入	第4部 追補(1) 外用薬(お) オラネジン液 1.5% OR 消毒用アプリーケータ 10mL 1.5% 10mL 1管 オラネジン液 1.5% OR 消毒用アプリーケータ 25mL 1.5% 25mL 1管 オラネジン消毒液 1.5% OR 1.5% 10mL
-------------------------	--

■**厚生労働大臣が定める注射薬等**

p.1521 右段下から 20 行目に下線部を追加〔第10「1」〕	(前略) イキセキズマブ製剤、 <u>ギリムマブ製剤</u> 及び <u>エミシズマブ製剤</u>
p.1521 右段最下行を訂正〔第10「2」〕	(前略) コムクロシヤンプー 0.05%、 <u>カナリア配合錠</u> 、 <u>アトーゼット配合錠 HD</u> 、 <u>アトーゼット配合錠 LD</u> 、 <u>アイセントレス錠 600mg</u> 及び <u>スージャヌ配合錠</u>

■療養担当規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等

p.1523 左段下から 22 行目の次に挿入	<p>→揭示事項等告示の一部改正</p> <p>新医薬品（医薬品医療機器等法第 14 条の 4 第 1 項第 1 号に規定する新医薬品をいう）については、揭示事項等告示第 10 第 2 号(1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14 日分を限度とする）が適用されるが、揭示事項等告示の改正によって、新たにアトーゼット配合錠 LD 及び同配合錠 HD が当該制限の例外とされた。（平 30 保医発 0417・3）</p> <p>→揭示事項等告示の一部改正</p> <p>(1) エミシズマブ製剤について、揭示事項等告示第 10 第 1 号の「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」として定めたものである。</p> <p>(2) 新医薬品（医薬品医療機器等法第 14 条の 4 第 1 項第 1 号に規定する新医薬品をいう）については、揭示事項等告示第 10 第 2 号(1)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限（14 日分を限度とする）が適用されるが、揭示事項等告示の改正によって、新たにスーリヤ配合錠及びアイセントレス錠 600mg が当該制限の例外とされた。（平 30 保医発 0521・8）</p>
-------------------------	---

■告示 129 先進医療及び患者申出療養並びに施設基準「第 3」

p.1556 右段下から 22 行目の次に挿入	64 重粒子線治療 〔直腸がん（術後に再発したものであって、骨盤内に限局するものに限る）〕
-------------------------	--

■手術基幹コード（STEM7）

p.1630～1663	厚労省より、「医科点数表第 10 部の区分番号（K コード）に対する手術基幹コード（STEM7）について」の更新版が公開されています。本書掲載時からの変更部分については、弊社 HP にてご案内しております。
-------------	---

4. 正誤

ページ・行	誤	正
-------	---	---

■医療費の内容の分かる領収証

p.33「別紙様式 7」の下から 8～7 行目	右を削除する	発行を希望される方は、会計窓口にてその旨お申せ付けてください。
p.33「別紙様式 7」の下から 2 行目	右（取消し線部分）を削除する	自己負担のある方で明細書の発行を希望されない方（後略）

■事務連絡

p.87 左段上から 4～8 行目「問 12」	右を削除する	問 12 在宅復帰機能強化加算（中略）算定すべきか。 答 病棟単位（中略）病棟が混在することができる。
p.87 左段下から 6～1 行目「問 22」	右を削除する	問 22 「医療区分→ADL（中略）算定できないのか。 答 療養病棟入院基本料（中略）必須ではない。

■B009 診療情報提供料（I）

p.288 右段「参考」 「注 4」「注 5」の「情報提供先」	注 4	精神障害者施設 介護老人保健施設（併設除く） 介護医療院	注 4	精神障害者施設 介護老人保健施設（併設除く） 介護医療院
	注 5	介護老人保健施設（併設除く）	注 5	介護老人保健施設（併設除く） 介護医療院

■略号

p.325 右段上から 25, 29, 34, 40 行目 p.327 右段下から 20 行目	訪問看看, 訪問看准, 訪問看補 ^ハ , 訪問看補 ^ニ	複訪看看, 複訪看准, 複訪看補 ^ハ , 複訪看補 ^ニ
p.488 右段下から 34 行目 p.497 右段下から 5 行目	内調連	向調連

■内服薬の保険適用上の取扱い等

p.508 右段下から 17 行目	右段上から 27 行目と 28 行目の間に移動	→タフィンラーカプセル 50mg 及び同 75mg（上記と同様） →メキニスト錠 0.5mg 及び同 2mg（上記と同様） →リネゾリド錠 600 mg 「明治」
-------------------	-------------------------	---

■点数一覧表

p.798 「特別入院基本料」の「初期加算」	14日以内：+ 450点 15～30日：+ 192点	14日以内：+ 300点 15～30日：+ 155点
------------------------	-------------------------------	-------------------------------

■参照ページ

p.553 (別紙：疾病分類表)	「別紙様式 22」 (p.523)	「別紙様式 22」 (p.552)
------------------	-------------------	-------------------

■編注

p.597 左段上から 1～2 行目	右を削除する	(編注)「1」は、(中略) 専任医 1 名以上が要件。
--------------------	--------	-----------------------------

■別紙様式 17

p.612 別紙様式 17 「現在の状況」欄	右を挿入する	短時間訪問の必要性	あり・なし
		複数回訪問の必要性	あり・なし

■参考

p.766 「参考」表中 (「2時間以内」「その他」の欄)		その他		その他
	1	18,300	1	18,200
	2	12,200	2	12,100
	3	9,150	3	9,050
	4	6,710	4	6,610
	5	6,100	5	6,000

■点数一覧表

p.796, p.797 (「加算」欄) A001, A002 「小児科標榜の6歳未満特例加算」	夜間・休日・深夜に初診が行われた場合	夜間・休日・深夜に再診が行われた場合
p.809 A308 【包括】	〔入院栄養食事指導料 (「1」) にのみ包括) (後略)	〔入院栄養食事指導料 (「1」) にのみ該当) (後略)

■材料価格基準

p.908 左段上から 27 行目 〔136〕(2)①)	32,000 円	32,100 円
---------------------------------	----------	----------

■特定疾患療養管理料等の対象疾患及び対象外疾患

p.1447～1456	Q T 延長症候群	I490	特	Q T 延長症候群	I458	×
	外頸動脈海綿静脈洞瘻	I678	特	外頸動脈海綿静脈洞瘻	I770	×
	椎骨動脈瘤	I671	特	椎骨動脈瘤	I726	×
	内頸動脈海綿静脈洞瘻	I671	特	内頸動脈海綿静脈洞瘻	I770	×
	封入体筋炎	M332	難リ	封入体筋炎	G724	×

■療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等

p.1511 右段上から 2 行目の次	右を挿入する	・特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合
---------------------	--------	---

■明細書の記載要領

p.1567 左段上から 18 行目	<input type="checkbox"/> 囲みについては、 <input type="checkbox"/> 囲みでもよい。	<input type="checkbox"/> 囲みについては、 <input type="checkbox"/> 囲みでもよい。
--------------------	--	--

■索引

p.1665 以降 (索引)	本書の p.1330～1440 (「別添 2」特掲診療料の施設基準に係る届出書) に係る索引のページに誤りがございました。(詳細は弊社 HP でご確認ください)
----------------	--

— 以上につき訂正・追加いたします。