

『保険診療の手引』2014年4月版 正誤及び追補(2015.11.6現在)

※2014年4月下旬以降に新たに示された通知に基づく追補・正誤に関しては■印で示している。

頁	訂正箇所	誤	正																																																								
■24	記述部分右段上から1行目～4行目	編注 消費税を含めた総額表示が義務付けられており、院内掲示も総額表示で行う。ただし、評価療養は消費税非課税なので、費用の額を掲示すべし。	編注 ①消費税を含めた総額表示が義務付けられているが、平成29年3月31日までの間は税別表示でも良いとされている。(2014年4月23日厚労省事務連絡) ②評価療養については消費税非課税なので、費用の額を掲示すべし。																																																								
53	左段上から12行目～13行目	…投薬期間に上限がある医薬品については、第5章第6節参照。(⇒P. 650)	…投薬期間に上限がある医薬品については、第5章第6節参照。(⇒P. 660)																																																								
58	下部高額医療費(負担限度額までの徴収時)の窓口確認が必要な認定証等についての一覧表を右記のように訂正。(右記太字部分に下線を引く)	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">外来・入院</th> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療被保険者証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	外来・入院				被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証				被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証				被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証				被保険者証(保険証) + 高齢受給者証				後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証				後期高齢者医療被保険者証				<table border="1"> <tr> <th colspan="4">外来・入院</th> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療被保険者証</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	外来・入院				被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証				被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証				被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証				被保険者証(保険証) + 高齢受給者証				後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証				後期高齢者医療被保険者証			
外来・入院																																																											
被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 高齢受給者証																																																											
後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
後期高齢者医療被保険者証																																																											
外来・入院																																																											
被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
被保険者証(保険証) + 高齢受給者証																																																											
後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																																											
後期高齢者医療被保険者証																																																											
65	右段下部の70歳以上の高齢者(後期高齢者・高齢受給者)外来自己負担一覧表において右記下線部分を削除	<table border="1"> <tr> <td>高齢受給者</td> <td>一般(1割)</td> <td>12,000円 (2013年4月以降24,600円)</td> </tr> </table>	高齢受給者	一般(1割)	12,000円 (2013年4月以降24,600円)																																																						
高齢受給者	一般(1割)	12,000円 (2013年4月以降24,600円)																																																									
70	右段下から17行目	…、 健康保険法75条 でも「不払い一部負担…	…、 健康保険法74条の2 でも「不払い一部負担…																																																								
83	左段上から12行目の右記を削除	(9) 特に留意を要するの事例等を記載要領とともに掲載している。																																																									
99	患者への文書交付が求められる点数(外来)一覧表の一部を右記のように訂正。	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">医学管理</td> <td>外来栄養食事指導料</td> <td>食事計画案等(必要に応じて)</td> <td>不要</td> </tr> <tr> <td>入院栄養食事指導料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> </tr> </table>	医学管理	外来栄養食事指導料	食事計画案等(必要に応じて)	不要	入院栄養食事指導料			…	…	…	…	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">医学管理</td> <td>外来栄養食事指導料</td> <td>食事計画案等(初回指導時、計画変更時)</td> <td>不要</td> </tr> <tr> <td>入院栄養食事指導料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> </tr> </table>	医学管理	外来栄養食事指導料	食事計画案等(初回指導時、計画変更時)	不要	入院栄養食事指導料			…	…	…	…																																		
医学管理	外来栄養食事指導料	食事計画案等(必要に応じて)		不要																																																							
	入院栄養食事指導料																																																										
…	…	…	…																																																								
医学管理	外来栄養食事指導料	食事計画案等(初回指導時、計画変更時)	不要																																																								
	入院栄養食事指導料																																																										
…	…	…	…																																																								
109	別表上から5～6行目	(課長通知) 診療報酬の算定方法の 制定 に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日保医発0305第1号)	(課長通知) 診療報酬の算定方法の 一部改正 に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日保医発0305第3号)																																																								
109	別表下から9～8行目	(課長通知) 複数手術に係る費用の特例について(平成24年3月19日保医発0319第2号)	(課長通知) 複数手術に係る費用の特例について(平成26年3月19日保医発0319第2号)																																																								
109	別表下から2行目～1行目	(課長通知) 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて…最終改正平成24年3月28日保医発0328第2号)	(課長通知) 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて…最終改正平成26年3月28日保医発0328第2号)																																																								
115	右段上から8行目～9行目	…、同一日に他の傷病で別の 診療料 を再診として受診した場合の…	…、同一日に他の傷病で別の 診療料 を再診として受診した場合の…																																																								
133	左段下から20行目～19行目	…、患者の 医師 に基づき、別の診療科(医学法上の標榜診療科)…	…、患者の 意思 に基づき、別の診療科(医学法上の標榜診療科)…																																																								
147	「外来診療料に包括され算定できない検査項目一覧表」尿検査、区分番号D001、検査項目欄、15の下に右記を追加	17 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数																																																									
174	左段下から1行目	…食事計画等を必ず交付する必要がある。	…必ず交付する必要がある。(2012.4.20厚労省事務連絡)																																																								
214	下から7行目	血糖自己測定加算(年1回)	血糖自己測定 指導 加算(年1回)																																																								
249	上から3行目	がん治療連携 指導料 の施設基準	がん治療連携 管理料 の施設基準																																																								
256	左段上から3行目の右記を削除	編注 入院起算日が継続する再入院の場合でも要件を満たせば算定できる。																																																									
257	左段下から11行目	… 又は広範用熱傷特定集中室治療室管理料 のいずれ…	…のいずれかを算定している患者。																																																								
■282	左段上から20行目に右記を挿入し、以下番号を繰り下げ	④乾燥濃縮人血液凝固Ⅹ因子加活性化Ⅶ因子製剤(2014年9月2日厚労省告示第339号により追加)																																																									

頁	訂正箇所	誤	正																		
■282	右段下から1行目	㉞ ph4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤	㉞ ph4 処理酸性人免疫グロアスホターゼン（皮下注射）製剤及びアスホターゼ アルファ製剤（2015年8月31日厚労省告示第353号により追加）																		
■283	左段上から4行目～5行目	…在宅血液透析患者に対して使用する場合及び①～㉞に掲げる注射薬…	…在宅血液透析患者に対して使用する場合及び①～㉞に掲げる注射薬…																		
■283	左段上から8行目	㉞注射用水（①～㉞）に掲げる注射薬…	㉞注射用水（①～㉞）に掲げる注射薬…																		
■286	右段下から3～1行目	…P.282の在宅療養指導管理に用いる注射薬に掲げる①～⑭、⑰～㉓、㉘～㉚、㉜、㉞、㉟～㉟の対象薬剤を…	…P.282の在宅療養指導管理に用いる注射薬に掲げる①～⑮、⑰～㉔、㉙～㉛、㉝、㉟、㊱～㊲の対象薬剤を…																		
312	右段下から13行目下に右記を追加	<u>⑧精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）</u>																			
327	左段＜参考（平日のケース）＞内での夜間加算の時間帯	19時～22時	18時～22時 <small>編注：同図「内円」の、夜間・早朝等加算「18～19時」は変更なし。</small>																		
327	左段＜参考（休日のケース）＞内での夜間加算の時間帯	19時～22時	18時～22時																		
■335	右段下から21行目	…症状詳記を添付する。	…症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。（2014年9月5日厚労省事務連絡）																		
■337	左段下から12行目	…別紙様式14（⇒P.338）に記載のうえ、添付する。	…別紙様式14（⇒P.338）に記載のうえ、添付又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。（2014年9月5日厚労省事務連絡）																		
337	右段下から15行目	…療及び住診を行った日を「摘要」欄に…	…当該訪問診療を行った日を「摘要」欄に…																		
339	左段下から4行目	同一建物居住者以外の場合 225点 同一建物居住者の場合 56点	同一建物居住者以外の場合 300点 同一建物居住者の場合 75点																		
340	左段下から9行目～7行目	…同一建物居住者以外の場合 225点、同一建物居住者の場合は 56点をそれぞれ所定点数に加算する。	…同一建物居住者以外の場合 300点、同一建物居住者の場合は 75点をそれぞれ所定点数に加算する。																		
346	在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料一覧表点数欄での在宅療養実績加算の点数を右記のように訂正（在医総管での点数を変更）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 30%; vertical-align: top;">… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">在医総管</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">同一建物居住者以外</td> <td style="text-align: center;">同一建物居住者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100点</td> <td style="text-align: center;">100点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">225点</td> <td style="text-align: center;">56点</td> </tr> </table>	… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）	在医総管		同一建物居住者以外	同一建物居住者	100点	100点	225点	56点	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 30%; vertical-align: top;">… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">在医総管</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">同一建物居住者以外</td> <td style="text-align: center;">同一建物居住者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100点</td> <td style="text-align: center;">100点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">300点</td> <td style="text-align: center;">75点</td> </tr> </table>	… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）	在医総管		同一建物居住者以外	同一建物居住者	100点	100点	300点	75点
… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）	在医総管																				
	同一建物居住者以外	同一建物居住者																			
	100点	100点																			
	225点	56点																			
… … … 在宅以降早期実績加算（3月を限度） 在宅療養実績加算（要届出）	在医総管																				
	同一建物居住者以外	同一建物居住者																			
	100点	100点																			
	300点	75点																			
348	左段下から3行目	…ターミナルケア加算を除き、診療に係る費用は…	…ターミナルケア加算及び看取り加算を除き、…																		
350	左段下から6行目	…ターミナルケア加算及び死亡診断加算…	…ターミナルケア加算、看取り加算及び死亡診断加算…																		
■359	右段下から8行目～6行目	チェーンストークス呼吸を呈する 心不全患者に対して ASVを使用し 、在宅人工呼吸器指導管理料、在宅人工呼吸器加算の2を算定している場合は、㉞に該当する。	慢性 心不全の患者で、在宅人工呼吸器指導管理料、人工呼吸器加算の2を算定している場合は、㉞に該当する。（2014.7.10厚労省事務連絡）																		
384	左段上から8行目～23行目	<p>② 算定の原則</p> <p>(1) 「1」については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者を除く）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p> <p>(2) 「2」については、在宅で療養を行っており通院が困難な者（同一建物居住者に限る）に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、「1」と「2」を合わせて患者1人につき月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ついては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、「1」と「2」を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>(3) 麻薬管理指導加算</p>	<p>② 算定の原則</p> <p>(1) 「1」については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者を除く）であって通院が困難なものに対して、「2」については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、「1」と「2」を合わせて患者1人につき月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ついては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、「1」と「2」を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>(2) 麻薬管理指導加算</p>																		

頁	訂正箇所	誤	正
405	在宅療養指導管理料及び材料加算一覧の上から2行目、左から2列目	同一月算定不可の医学管理等 ①～⑭	同一月算定不可の医学管理等 ①～⑬
413	右段下から11行目	…及び 毒物 等に起因する…	…及び 薬物 等に起因する…
■414	左段上から13行目の下に右記を挿入	編注 数週間に1回の自己注射が必要な薬剤もあるが注射の回数に関わらず、週2回以上の外来等による教育期間を取り、指導を行う必要がある。(2014.4.23 厚労省事務連絡)	
416	左段下から1行目下に右記を追加	⑥遺伝子組み換え型血液凝固第IX因子製剤（ベネフィクス静注用500、1000及び2000）は注入器付の製品であるので、注入器加算は算定できない。	⑥遺伝子組み換え型血液凝固第IX因子製剤（ベネフィクス静注用500、1000及び2000）は注入器付の製品であるので、注入器加算は算定できない。 また、ベネフィクス静注用3000は、針及び注入器付の製品であるので、注入器加算及び注入器用注射針加算は算定できない。
■418	左段上から21行目下に右記挿入し、以下標記番号繰り下げ	⑦乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤 (2014年9月2日厚労省告示第339号により追加)	
■418	右段上から3行目	⑤⑧ ph4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤	⑤⑧ ph4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤 及びアスホターゼ アルファ製剤 (2015年8月31日厚労省告示第353号により追加)
■418	右段上から5行目	⑫ 注射用水（①～⑪）に掲げる注射薬…	⑬ 注射用水（①～⑫）に掲げる注射薬…
470	左段上から3～4行目	(a) 時間外緊急院内検査加算（1日につき） (110点)	(a) 時間外緊急院内検査加算（1日につき） (200点)
470	左段上から10行目	…に1日につき 110点 を加算する…	…に1日につき 200点 を加算する…
476	左段下から4行目～1行目	(6)クレアチニン（尿） （「 15.その他 」によるクレアチニン（尿）で算定） (11点) 蛋白質とクレアチニンの比を算定する目的で試験紙により実施した場合は、「 15.その他 」に…	(6)クレアチニン（尿） （「 17.その他 」によるクレアチニン（尿）で算定） (11点) 蛋白質とクレアチニンの比を算定する目的で試験紙により実施した場合は、「 17.その他 」に…
482	左段下から13行目	D006の「14」から「 26 」までの検査…	D006の「14」から「 31 」までの検査…
■495	右段上から17行目～20行目	赤血球増加症の鑑別診断及び重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断のために行った場合に算定する。 (2014年12月26日厚労省事務連絡)	以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。 ア 赤血球増加症の鑑別診断 イ 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断 ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定 (2014年12月26日厚労省事務連絡)
511	左段下から6行目	… (2013. 6.14 厚労省事務連絡)	… (2013. 3.28 厚労省事務連絡)
■521	右段下から4行目～1行目	(4) 抗シトルリン化ペプチド抗体定性・定量を実施した場合は、「摘要」欄に前回実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を「摘要」欄に記載する。	(4) 関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する。 (2014年3月26日保医発0326第3号、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について)
532	左段下から3行目	…検査の費用は所定点数の100分の90に相当…	…検査の費用は 所定 点数の100分の90に相当…
582	右段下から6行目～3行目	二 イからハまでにかかわらずA000初診料の 注7のただし書に規定する 医療機関において、入院外の患者に対して、その開始時間が 同注のただし書に規定する 時間である内視鏡検査…	二 イからハまでにかかわらずA000初診料の 時間外特例 医療機関において、入院外の患者に対して、その開始時間が 時間外特例に該当する 時間である内視鏡検査…
580	左段上から6～8行目	当該検査の所定点数（100点）は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類、回数にかかわらず所定点数（100点）を算定する。	当該検査の所定点数（100点）は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類、回数にかかわらず所定点数（100点） のみ を算定する。
584	右段下から20行目の右記下線部分を削除	…A000初診料の 注9 又はA001再診料の 注7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合には、「 通則5 」の休日加算、時間外加算、…	
603	左段上から21～23行目の右記を削除	(6) 写真診断に掲げる所定点数はフィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。	
611	下から1行目	(注) 造影剤は薬剤料として算定。(292.0円 ⇒ 29点)	(注) 造影剤、 造影補助剤 は薬剤料として算定。(292.0円+ 48.8円 ⇒ 34点)
618	下から18行目～27行目	編注 (算定例) 1回目：CT撮影（マルチスライス型の機器以外） 600 点 2回目：MRI撮影（1.5ステラ以上3ステラ未満の機器による場合以外）1330×80/100=1,064点 3回目：CT撮影（マルチスライス型の機器以外） 600×80/100=480点 600点+1,064点+480点	編注 (算定例) 1回目：CT撮影（マルチスライス型の機器以外） 580 点 2回目：MRI撮影（1.5ステラ以上3ステラ未満の機器による場合以外）1330×80/100=1,064点 3回目：CT撮影（マルチスライス型の機器以外） 580×80/100=464点 580点+1,064点+464点

頁	訂正箇所	誤	正
■636	別紙36一覧表に右記薬剤を追加	(睡眠薬) <u>フェノバルビタールナトリウム (2014年10月17日厚労省事務連絡)</u> (定型薬) <u>ペルフェナジンマレイン酸塩 (2014年10月17日厚労省事務連絡)</u> <u>レボメプロマジンマレイン酸塩 (2014年10月17日厚労省事務連絡)</u>	
641	右段上から27行目	(2)の(イ)～(ニ)に定める内容に該当する場合…	(2)の(ア)～(エ) (⇒P632 (g) 留意事項 (2)) に定め…
819	左段上から1行目	(3) <u>胸腔内出血</u> 排除 (非開胸的) については…	(3) <u>胸腔内出血</u> 排除 (非開胸的) については…
890	下から4行目	…を有する常勤の <u>専門医</u> が2名以上…	…を有する常勤の <u>医師</u> が2名以上…
892	下から14行目	…を有する常勤の <u>専門医</u> が2名以上…	…を有する常勤の <u>医師</u> が2名以上…
1028	右段上から4行目の右記を削除	サ. 短期滞在手術基本料3	
1028	右段上から14行目	カ. ①ア～ <u>サ</u> 以外の特定入院料	カ. ①ア～ <u>コ</u> 以外の特定入院料
1035	左段上から19行目～23行目の右記を削除、以下番号繰り上げ。	①細胞診検査で、頸管と膈より検体を採取検査しても一回しか算定できないが、検体採取料のD418「2」の子宮腔部組織採取 (200点) とD418「1」の子宮頸管粘液採取 (40点) は算定できる。	
1035	下から10行目	A L K融合遺伝子標本作製 6,500点	A L K融合遺伝子標本作製 6,520点
1046	左段下から6行目	診療については、 <u>1～5</u> (1) の取扱いの…	診療については、 <u>2及び5</u> (1) の取扱いの…
1047	左段上から5行目	…配置医師ない医師が往診を行うことを妨げる…	…配置医師 <u>で</u> ない医師が往診を行うことを妨げる…
1074	右段上から3行目	…皮膚欠損要創傷被覆材の取扱いは <u>P.391</u> を…	…皮膚欠損要創傷被覆材の取扱いは <u>P.284</u> を…
1075	左段上下から19～17行目	107 <u>経皮的冠動脈形成術用</u> 穿刺部止血剤料 27,900円 <u>経皮的冠動脈形成術用</u> 穿刺部止血剤料は、経皮的冠動…	107 <u>経皮的血管形成術用</u> 穿刺部止血剤料 27,900円 <u>経皮的血管形成術用</u> 穿刺部止血剤料は、経皮的冠動…
1107	左段下から17行目下に右記を挿入	(2)-2 (2)のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。 (2)-3 入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報 (当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。) を文書により提供する (これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。) とともに、診療録にその写しを添付すること。	
1112	左段上から16行目	(2)管理栄養士をはじめとして、医師、 <u>看護職員</u> 、…	(2)管理栄養士をはじめとして、医師、 <u>看護師</u> 、…
1120	右下部分【栄養計画管理の内容】表内	… (計画書⇒P. ●●)	… (計画書⇒P. <u>1119</u>)
1123	右段下から18～19行目	…週4日以上 <u>状態</u> として勤務し、かつ所定労働…	…週4日以上 <u>常態</u> として勤務し、かつ所定労働…
1154	左段下から14～12行目	…別に厚生労働大臣が定める施設基準 <u>4</u> の <u>(5)</u> を満たす病床に入院しており…	…別に厚生労働大臣が定める施設基準 <u>4</u> の <u>(6)</u> を満たす病床に入院しており…
1154	右段下から9～8行目	…10対1以上の医師配置、自宅等 <u>限</u> 院患者割合 (75%以上)、…	…10対1以上の医師配置、自宅等 <u>退</u> 院患者割合 (75%以上)、…
1156	左段下から5～4行目	…日曜日の入院基本料は <u>特</u> 定点数の100分の92に相当する点数…	…日曜日の入院基本料は <u>所</u> 定点数の100分の92に相当する点数…
1158	右段上から9行目下に右記を挿入	(4) 90日を超える期間とは、一般病棟における入院期間の通算であり、一般病棟以外の病棟における入院期間は含まれない。 <u>編注</u> 以下のような患者の場合は、通算入院期間が190日となるが、一般病棟での入院期間を超えた日 (181日目) から90日超入院患者となる。	
		(5) 入院基本料の起算日が変わらない再入院の場合も、前回の一般病棟における入院期間は通算される。	
1169	右段上から21行目	(2014年 6.2 厚労省事務連絡)	(2014年 4.23 厚労省事務連絡)
1220	左段下から7行目～8行目	… (許可病床数200床 <u>未</u> 満に限る) と連携する…	… (許可病床数200床 <u>以</u> 上に限る) と連携する…
1221	上から3行目	…重症筋無力症、スモン、 <u>氣に肅清側索硬化症</u> …	…重症筋無力症、スモン、 <u>筋萎縮性側索硬化症</u> …
1251	下から9行目	④医療法施行規則 (昭和23年厚労省令第50号) 第19条第1項第1号、 <u>第4号及び第5号</u> に…	④医療法施行規則第19条第1項第1号、 <u>並びに第2項第2号及び第3号</u> に定める…
1296	右段上から17行目～19行目の右記を削除	<u>編注</u> 地域連携加算 (300点) の算定対象は、7対1、10対1を除く一般病棟入院基本料算定病棟である。	

頁	訂正箇所	誤	正																																
1366	上から 9 行目	…入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち 自宅 等に退院するものの数	…入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち 在宅 等に退院するものの数																																
1406	左段上から 15 行目	② 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜に掲げる手術又は検査の中から2以上を実施した場合。 ③ 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜に掲げる手術又は検査に加えて、手術を実施した場合。 ④ 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜に…	② 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜②に掲げる手術又は検査の中から2以上を実施した場合。 ③ 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜②に掲げる手術又は検査に加えて、手術を実施した場合。 ④ 入院した日から起算して5日以内に (3) の①〜②に…																																
1413	右段、上から 15 行目	⇨P. 987	⇨P. 1105																																
1422	左段上から 6 行目の注を右記に差し替え	<p>編注 具体的には、下記を満たす必要がある。</p> <p>① 有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者については、届け出ている有床診療所療養病床入院基本料で定めた患者対看護要員比率を満たす看護要員を配置している。</p> <p>② 残った看護職員数に見合った有床診療所入院基本料を算定する(届け出た有床診療所入院基本料と同じか、それより低い有床診療所入院基本料を算定する場合に限って、届出は不要)</p> <p>③ 一般病床において有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者の1人当たりの床面積は、医療法に規定する療養病床の床面積と同等のものを満たす。</p>																																	
1424	有床診療所入院基本料に対する注の加算一覧表内を右記のように訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>単位</th> <th>点数</th> <th>施設基準等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td>看護配置加算</td> <td>1 1日につき</td> <td>25点</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>10点</td> <td>…</td> </tr> </tbody> </table>	項目	単位	点数	施設基準等	…	…	…	…	看護配置加算	1 1日につき	25点	…		2	10点	…	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>単位</th> <th>点数</th> <th>施設基準等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td>看護配置加算</td> <td>1 1日につき</td> <td>40点</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>20点</td> <td>…</td> </tr> </tbody> </table>	項目	単位	点数	施設基準等	…	…	…	…	看護配置加算	1 1日につき	40点	…		2	20点	…
項目	単位	点数	施設基準等																																
…	…	…	…																																
看護配置加算	1 1日につき	25点	…																																
	2	10点	…																																
項目	単位	点数	施設基準等																																
…	…	…	…																																
看護配置加算	1 1日につき	40点	…																																
	2	20点	…																																
1497	右段上から 6 行目	「 診療料 」、受診した他医療機関の名称等を記載し、…	診療料 」、受診した他医療機関の名称等を記載し、…																																
■1562	右段下から 15 行目～14 行目	…又は別紙様式 14 の通りの内容が記載された症状詳記を添付する。	…又は別紙様式 14 の通りの内容が記載された症状詳記を添付 若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により請求を行う場合にあっては、原則として、電子レセプトに記録すること。																																
1583	右段下から 20 行目	…と表示し、その必要性を認めた理由を記載する。	…と表示し、 精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精神科特別指示」と表示したうえで、 その必要性を認めた理由を記載する…																																
1672	特定疾患療養管理料一覧表、右列下から 6 段目を右記のように訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾患名</th> <th>算定可否</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>…</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td>原発性胆汁性肝硬変</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	疾患名	算定可否	…	…	原発性胆汁性肝硬変	○	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾患名</th> <th>算定可否</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>…</td> <td>…</td> </tr> <tr> <td>原発性胆汁性肝硬変</td> <td>難外 ○</td> </tr> </tbody> </table>	疾患名	算定可否	…	…	原発性胆汁性肝硬変	難外 ○																				
疾患名	算定可否																																		
…	…																																		
原発性胆汁性肝硬変	○																																		
疾患名	算定可否																																		
…	…																																		
原発性胆汁性肝硬変	難外 ○																																		
1681	特定疾患療養管理料一覧表、右列下から 17 段目を右記のように訂正	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>副腎腫瘍</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	副腎腫瘍	○	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>副腎腫瘍(悪性)</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>	副腎腫瘍(悪性)	○																												
副腎腫瘍	○																																		
副腎腫瘍(悪性)	○																																		
1698	一覧表「実績」欄、上から 8～10 行目、「地域包括ケア病棟入院料」、「看護職員配置加算」、「看護補助者配置加算」	6 カ月	1 カ月																																
1705	下から 10 行目	…他の保険医療機関から紹介された患者で あて …	…他の保険医療機関から紹介された患者で あつて …																																
1707	下から 5 行目	胃瘻 増設 術(経皮的…	胃瘻 造設 術(経皮的…																																

最新の正誤表については、保団連 HP(<http://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介していきますので、ご確認下さい。

保団連正誤表

検索

<http://hodanren.doc-net.or.jp/>

