

『保険診療の手引』 2018年4月版 正誤(2019.1.10)

頁	訂正箇所	誤	正																														
68	2 患者負担割合(額)一覧 一般表内	(国保) <u>市町村</u>	都道府県																														
99	表中段 在宅患者訪問診療料	【訪問診療料(Ⅰ)の2、(Ⅱ)の <u>注口</u> を算定する場合】	【訪問診療料(Ⅰ)の2、(Ⅱ)の <u>注1の口</u> を算定する場合】																														
105	中段「褥瘡評価実施加算」欄を右のように訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">点数</th> <th>要カルテ記載事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">入院基本料</td> <td rowspan="2">褥瘡評価実施加算</td> <td>【ADL区分3の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】</td> </tr> <tr> <td>「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付(今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容)</td> </tr> </tbody> </table>	点数		要カルテ記載事項	入院基本料	褥瘡評価実施加算	【ADL区分3の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】	「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付(今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">点数</th> <th>要カルテ記載事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">入院基本料</td> <td rowspan="2">褥瘡対策加算1, 2</td> <td>【ADL区分3の患者で、「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。</td> </tr> </tbody> </table>	点数		要カルテ記載事項	入院基本料	褥瘡対策加算1, 2	【ADL区分3の患者で、「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。																	
点数		要カルテ記載事項																															
入院基本料	褥瘡評価実施加算	【ADL区分3の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】																															
		「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付(今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容)																															
点数		要カルテ記載事項																															
入院基本料	褥瘡対策加算1, 2	【ADL区分3の患者で、「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。																															
		110	【入院】表最下段	栄養サポートチーム加算	栄養サポートチーム加算																												
127	1 算定方法 (4)上から2行目	…(再診療・外来診療料の…	…(再診料・外来診療料の…																														
146	右段下から20行目	多忙等を理由に、 <u>ウ</u> に該当する	多忙等を理由に、 <u>イ</u> に該当する																														
217	右側4留意事項(4) 2つ目編注	編注 同一医療機関において、研修を受けた医師とそれ以外の医師が対応した場合、がん性疼痛緩和指導管理料の1と2を別々の患者に算定できる。 (2012.3.3厚労省事務連絡)	削除																														
281	下段 B005-1-2 介護支援等連携指導料 介連 1 算定点数	介護支援連携指導料(入院中2回を限度)	介護支援等連携指導料(入院中2回を限度)																														
355	24時間往診体制 上段 上から2行目	(単独型の場合は、自院で確保)	(単独型の支援診・支援病院、強化型以外の支援病院の場合は、自院で確保)																														
394	C002-2 施設入居時等医学総合管理料(施医総管) 1 算定点数 (B)施設入居時等医学総合管理料(月1回) 右のように訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="2">訪問診療の回数</th> <th colspan="3">単一建物診療患者数</th> </tr> <tr> <th>1人</th> <th>2~9人</th> <th>10人以上</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">3 上 記 以 外</td> <td rowspan="2">月2回以上</td> <td>別に定める状態の患者</td> <td>2,450</td> <td>2,025</td> <td colspan="2">1,800</td> </tr> <tr> <td>上記以外</td> <td>1,950</td> <td>1,025</td> <td colspan="2">750</td> </tr> <tr> <td>月1回</td> <td></td> <td>1,280</td> <td>725</td> <td colspan="2">560</td> </tr> </tbody> </table>			訪問診療の回数		単一建物診療患者数			1人	2~9人	10人以上			3 上 記 以 外	月2回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800		上記以外	1,950	1,025	750		月1回		1,280	725	560		
		訪問診療の回数			単一建物診療患者数																												
		1人	2~9人	10人以上																													
3 上 記 以 外	月2回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800																												
		上記以外	1,950	1,025	750																												
	月1回		1,280	725	560																												
448	左段上から6行目	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>300点</u>	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>320点</u>																														
584	右段上から4行目	・採血料 <u>25点</u>	・採血料 <u>30点</u>																														
594	左段下から17行目	〔3〕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。	〔3〕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。																														
597	左表中	17. HIV ジェノタイプ薬剤耐性 注 迅速微生物核酸同定・定量検査加算	17. HIV ジェノタイプ薬剤耐性 注 迅速微生物核酸同定・定量検査加算 5.6.8 百日咳菌核酸検出に限る)又は9(結核菌核酸検出に限る)に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に加算する。																														

598	左段上から 26 行目	嫌気性培養加算 (118 点)		嫌気性培養加算 (115 点)																																																																													
603	左最上段	(22) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出		(22) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 基準																																																																													
629	左 7 D237 終夜睡眠ポリグラフィー (1) ② 1 行目	鼻呼吸センサー、又は末梢動脈液センサー、…		鼻呼吸センサー、又は末梢動脈液センサー、…																																																																													
667	右最下段 明細書記載の要点枠内	(2) 時間内緊急院内画像診断加算を算定した		(2) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した																																																																													
1051	左段上から 22 行目	K133 黄色靭帯骨化症手術 眷 28,370 点		K133 黄色靭帯骨化症手術 眷 28,730 点																																																																													
1097	左中段 K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術	届(支)		削除																																																																													
1191	表中 I012-2 を訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">区分</th> <th colspan="2">特別養護老人ホーム(注)</th> <th colspan="2">短期入所生活介護</th> </tr> <tr> <th>配置医師</th> <th>それ以外</th> <th>配置医師</th> <th>それ以外</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">特掲診療料</td> <td rowspan="2">在宅医療</td> <td>在宅療養指導管理材料加算</td> <td colspan="4">○</td> </tr> <tr> <td>C200 薬剤 C300 特定保険医療材料</td> <td colspan="4">○</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リハビリ</td> <td>疾患別リハビリテーション</td> <td colspan="4">○(※6)</td> </tr> <tr> <td>上記以外</td> <td colspan="4">○</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">精神科専門療法</td> <td>I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法</td> <td colspan="4">○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)</td> </tr> <tr> <td>I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ</td> <td colspan="2">○(※7)</td> <td colspan="2">○(※8)</td> </tr> <tr> <td>I012 -2 精神科訪問看護指示料</td> <td colspan="2">○(※7)</td> <td colspan="2">○(※8)</td> </tr> <tr> <td>I016 精神科在宅患者支援管理料</td> <td colspan="4">○(「1」の「ハ」を除く)</td> </tr> <tr> <td>上記以外</td> <td colspan="4">○</td> </tr> <tr> <td colspan="2">検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断</td> <td colspan="4">○</td> </tr> </tbody> </table>		区分		特別養護老人ホーム(注)		短期入所生活介護		配置医師	それ以外	配置医師	それ以外	特掲診療料	在宅医療	在宅療養指導管理材料加算	○				C200 薬剤 C300 特定保険医療材料	○				リハビリ	疾患別リハビリテーション	○(※6)				上記以外	○				精神科専門療法	I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法	○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)				I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ	○(※7)		○(※8)		I012 -2 精神科訪問看護指示料	○(※7)		○(※8)		I016 精神科在宅患者支援管理料	○(「1」の「ハ」を除く)				上記以外	○				検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断		○																
区分		特別養護老人ホーム(注)				短期入所生活介護																																																																											
		配置医師	それ以外	配置医師	それ以外																																																																												
特掲診療料	在宅医療	在宅療養指導管理材料加算	○																																																																														
		C200 薬剤 C300 特定保険医療材料	○																																																																														
	リハビリ	疾患別リハビリテーション	○(※6)																																																																														
		上記以外	○																																																																														
	精神科専門療法	I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法	○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)																																																																														
		I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ	○(※7)		○(※8)																																																																												
		I012 -2 精神科訪問看護指示料	○(※7)		○(※8)																																																																												
		I016 精神科在宅患者支援管理料	○(「1」の「ハ」を除く)																																																																														
		上記以外	○																																																																														
	検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断		○																																																																														
1309	上の表中、6 段目	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">入院基本料</th> <th>15~30 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>急性期一般入院基本料</td> <td>急性期一般入院料4</td> <td>1,597</td> </tr> </tbody> </table>		入院基本料		15~30 日	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4	1,597	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">入院基本料</th> <th>15~30 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>急性期一般入院基本料</td> <td>急性期一般入院料4</td> <td>1,579</td> </tr> </tbody> </table>		入院基本料		15~30 日	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4	1,579																																																																
入院基本料		15~30 日																																																																															
急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4	1,597																																																																															
入院基本料		15~30 日																																																																															
急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4	1,579																																																																															
1316	右段の下から 4 行目	(6) 褥瘡対策加算 1 又は 2 を算定した場合は、「摘要」欄に褥対 1 又は褥対 2 と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算の算定根拠となる評価(当該加算の基準に基づく ADL 得点又はランク)及び評価日を記載する。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載する。		(6) 褥瘡対策加算 1 又は 2 を算定した場合は、「摘要」欄に褥対 1 又は褥対 2 と表示する。																																																																													
1360	(2) 算定点数 障害者施設等入院基本料(1 日につき) 右のように訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">入院基本料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">10 対 1 入院基本料</td> <td rowspan="2">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td> <td>基本料算定患者※</td> <td>199</td> </tr> <tr> <td>特定患者</td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分 3</td> <td>199</td> </tr> <tr> <td>医療区分 2</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td>医療区分 1</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">13 対 1 入院基本料</td> <td rowspan="2">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td> <td>基本料算定患者※</td> <td>168</td> </tr> <tr> <td>特定患者</td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分 3</td> <td>168</td> </tr> <tr> <td>医療区分 2</td> <td>198</td> </tr> <tr> <td>医療区分 1</td> <td>178</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">15 対 1 入院基本料</td> <td rowspan="2">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td> <td>基本料算定患者※</td> <td>147</td> </tr> <tr> <td>特定患者</td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分 3</td> <td>147</td> </tr> <tr> <td>医療区分 2</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td>医療区分 1</td> <td>163</td> </tr> </tbody> </table>		入院基本料			10 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	199	特定患者	145 (129)	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	199	医療区分 2	220	医療区分 1	200	13 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	168	特定患者	145 (129)	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	168	医療区分 2	198	医療区分 1	178	15 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	147	特定患者	145 (129)	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	147	医療区分 2	183	医療区分 1	163	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">外泊点数</th> </tr> <tr> <th colspan="2">90 日超</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>199</td> </tr> <tr> <td></td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>199</td> </tr> <tr> <td></td> <td>220</td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> </tr> <tr> <td></td> <td>168</td> </tr> <tr> <td></td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>168</td> </tr> <tr> <td></td> <td>198</td> </tr> <tr> <td></td> <td>178</td> </tr> <tr> <td></td> <td>147</td> </tr> <tr> <td></td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>147</td> </tr> <tr> <td></td> <td>183</td> </tr> <tr> <td></td> <td>163</td> </tr> </tbody> </table>		外泊点数		90 日超			199		145 (129)		199		220		200		168		145 (129)		168		198		178		147		145 (129)		147		183		163
入院基本料																																																																																	
10 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	199																																																																														
		特定患者	145 (129)																																																																														
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	199																																																																														
		医療区分 2	220																																																																														
		医療区分 1	200																																																																														
13 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	168																																																																														
		特定患者	145 (129)																																																																														
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	168																																																																														
		医療区分 2	198																																																																														
		医療区分 1	178																																																																														
15 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※	147																																																																														
		特定患者	145 (129)																																																																														
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3	147																																																																														
		医療区分 2	183																																																																														
		医療区分 1	163																																																																														
外泊点数																																																																																	
90 日超																																																																																	
	199																																																																																
	145 (129)																																																																																
	199																																																																																
	220																																																																																
	200																																																																																
	168																																																																																
	145 (129)																																																																																
	168																																																																																
	198																																																																																
	178																																																																																
	147																																																																																
	145 (129)																																																																																
	147																																																																																
	183																																																																																
	163																																																																																

1364 ～ 1367	図表の該当部を別表① に差し替え	別表①参照																	
1367	図表下※部分	<p>※4 <u>7対1入院基本料、10対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。</u></p> <p>※7 <del>13対1入院基本料</del>、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。</p> <p>※9 <u>18対1入院基本料、20対1入院基本料を算定するものを除く。</u></p> <p>※10 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・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。</p> <p>※11 10対1入院基本料、13対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。</p>	<p>※4 <u>特別入院基本料等を算定するものを除く。また急性期一般入院料7については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。</u></p> <p>※7 15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。</p> <p>※9 <u>特別入院基本料等を算定するものを除く。また地域一般入院料1及び2については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。</u></p> <p>※10 <u>13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。</u></p> <p>※11 <u>10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料のみ算定可能。</u></p> <p>※12 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・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。</p> <p>※13 10対1入院基本料、13対1入院基本料 <u>又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟</u>のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。</p>																
1393	上から 24 行目	医師事務作業補助体制加算 1 の(1)から(4)まで	医師事務作業補助体制加算 1 の①から④まで																
1401	上から 24 行目	⑦ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備 <u>されている</u> 。当該体制については、急性期看護補助体制加算の⑨（⇨P. 1397）と同様とし、 <u>看護職員に関する体制については、これに準じる。</u>	⑦ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を <u>整備している</u> 。当該体制については、急性期看護補助体制加算の⑨（⇨P. 1397）の例による。																
1402	上から 17 行目	平成 <u>28</u> 年3月 31 日において…	平成 <u>30</u> 年3月31日において…																
1411	右段上から 2 行目	③ 看護 <u>配置</u> 加算1は、…	③ 看護 <u>補助</u> 加算1は、…																
1412	下から 15 行目	<u>15</u> 対1入院基本料を算定する病棟に限る)	<u>13</u> 対1入院基本料を算定する病棟に限る)																
1413	上から 26 行目の下に挿入	<u>(5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者である。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えない。なお、院内研修の内容については、療養病棟入院基本料の施設基準〔通知〕の9の(4)（⇨P. 1322）による。</u>																	
1413	下から 18 行目	<u>(5)</u> 当該病棟において、…	<u>(6)</u> 当該病棟において、…																
1413	下から 9 行目の下に挿入	<u>(7) 看護補助加算1について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る）にあっては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。</u>																	
1625	表中下から 2 段目	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医学 管理 等</th> <th>在宅 医療</th> <th>リハ ビリ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料</td> <td>×</td> <td>△ (※25)</td> <td>△ (※11)</td> </tr> </tbody> </table>		医学 管理 等	在宅 医療	リハ ビリ	A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料	×	△ (※25)	△ (※11)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医学 管理 等</th> <th>在宅 医療</th> <th>リハ ビリ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料</td> <td>△ (※25)</td> <td>○</td> <td>○ (※11)</td> </tr> </tbody> </table>		医学 管理 等	在宅 医療	リハ ビリ	A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料	△ (※25)	○	○ (※11)
	医学 管理 等	在宅 医療	リハ ビリ																
A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料	×	△ (※25)	△ (※11)																
	医学 管理 等	在宅 医療	リハ ビリ																
A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料	△ (※25)	○	○ (※11)																
1627	下から 23 行目	水準を下回る場合に限る)のみ	水準を下回る場合に限る)のみ <u>算定不可</u>																
1629	右段下から 6 行目	リン脂質、 <del>遊離脂肪酸</del> 、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、 <del>前立腺酸性ホスファターゼ</del> 、無機リン及びピリン酸	リン脂質、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、無機リン及びピリン酸																
1694	左段下から 2 行目	(病院の療養病床に入院する患者を除く)	(病院の療養病棟に入院する患者を除く)																
1711	下から 18 行目に挿入	<u>ただし、他医療機関において、M001 体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療、M001-3 直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又はM001-4 粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定する。</u>																	
1886	左段下から 17 行目	褥瘡 <u>評価実施</u> 加算	褥瘡 <u>対策</u> 加算																

1894	真ん中ブロック下部	特定施設入居時等医学総合管理料 に含まれる費用 ……………396 特定施設入居時等医学総合管理料 (施設基準) …………… 404	削除
------	-----------	--	----

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

保団連正誤表  

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

別表① P1364～1367 の図表

区分番号	項目	点数	算定単位	施設基準	急性	地域	療養	精神	結核	障害者	有床診	有床診療費	掲載頁								
A207-3	急性期看護補助体制加算	1 25対1(補助5割以上)	210	1日につき	要届出	○ ※4							P1393								
		2 25対1(補助5割未満)	190																		
		3 50対1	170																		
		4 75対1	130																		
	夜間急性期看護補助体制加算	夜30対1	+90																		
	夜50対1	+85																			
	夜100対1	+70																			
	夜間看護体制加算	+60			<b>急性期看護補助体制加算に加算</b>																
A212	超重症児(者)入院診療加算	6歳未満	800	1日につき	—	○	○	○	○	○	○	○	P1406								
		6歳以上	400																		
	準超重症児(者)入院診療加算	6歳未満	200																		
		6歳以上	100																		
	救急・在宅重症児(者)受入加算	+200		<b>(準)超重症児(者)入院診療加算に加算</b>																	
A213	看護配置加算	25	1日につき	要届出	○ ※6			○ ※1 7	○ ※1 7	○ ※8			P1409								
A214	看護補助加算	1	129	1日につき	要届出	○ ※9	○	○ ※1 7	○ ※1 7	○ ※7			P1410								
		2	104																		
		3	76																		
	夜間75対1看護補助加算	+40	1日につき	○				○ ※1 10	○ ※1 10	○ ※10											
	夜間看護体制加算	+165	入院初日	○	○ ※1 10	○ ※1 10	○ ※10														
A226-2	緩和ケア診療加算	390	1日につき	要届出	○ ※1	○ ※1							P1427								
	特定地域	200																			
	小児加算	+100																			
	個別栄養食事管理加算	+70		<b>緩和ケア診療加算に加算</b>																	
A230-3	精神科身体合併症管理加算	1 7日以内	450	1日につき	要届出			○ ※11					P1438								
		2 8～10日	225																		
A232	がん拠点病院加算	1 がん診療拠点病院	500	入院初日	基準	○ ※1	○ ※1						P1448								
		地域がん診療病院	300																		
	2 小児がん拠点病院	750																			
	<b>ゲノム情報加算</b>	+250		<b>がん拠点病院加算に加算</b>																	
A233-2	栄養サポートチーム加算	200	週1回	要届出	○ ※1	○ ※1	○ ※2						P1450								
	特定地域	100																			
	歯科医師連携加算	+50		<b>栄養サポートチーム加算に加算</b>																	
A234	医療安全対策加算	2	30	入院初日	要届出	○ ※1	○ ※1	○ ※2	○ ※1	○ ※3	○	○	○ ※1	P1456							
A234-2	感染防止対策加算	1	390	入院初日	要届出	○ ※1	○ ※1	○ ※2	○ ※1	○ ※3	○	○	○ ※1	P1460							
	2	90																			
	感染防止対策地域連携加算	+100																			
	抗菌薬適正使用支援加算	+100		<b>感染防止対策加算1に加算</b>																	
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	1,000	退院時1回	要届出				※12					P1474								
A246	入退院支援加算	1	イ 一般病棟等	600	退院時1回	要届出	○ ※1	○ ※1	○ ※2	○ ※3	○	○	○ ※1	P1493							
			ロ 療養病棟等	1,200																	
		2	イ 一般病棟等	190																	
			ロ 療養病棟等	635																	
	3	1,200																			
	地域連携診療計画加算	+300		<b>入退院支援加算に加算</b>																	
	小児加算	+200																			
入院時支援加算	+200																				
<b>入退院支援加算(特定地域)</b>	一般病棟等	95																			
	療養病棟等	318						○ ※1	○												
A249	精神科急性期医師配置加算	500	1日につき	要届出				○ ※13					P1507								

『保険診療の手引』 2018年4月版 追補(2019.1.10)

頁	訂正箇所	誤	正																																	
9	下から2行目	4. ※2は <b>2018年10月</b> に受領委任払い制度が導入される。	4. ※2は <b>2019年1月</b> に受領委任払い制度が導入される。																																	
60	高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等の  右のように訂正	<p align="center"><b>高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等（2018年8月以降）</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">年齢と所得区分</th> <th>外来・入院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">70歳未満 (後期高齢者除く)</td> <td>低所得者(オ)</td> <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> </tr> <tr> <td>一般所得(ウ)(エ) 上位所得者(ア)(イ)</td> <td>被保険者証(保険証) + <b>限度額適用認定証</b></td> </tr> <tr> <td>低所得者I 低所得者II</td> <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> </tr> <tr> <td rowspan="4">70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)</td> <td>一般所得者</td> <td>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得(I)(II)</td> <td><b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証</b></td> </tr> <tr> <td>現役並み所得(III)</td> <td><b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</b></td> </tr> <tr> <td>低所得者I 低所得者II</td> <td>後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">75歳以上 65歳以上で一定以上の障がい状態にある者 (後期高齢者)</td> <td>一般所得者</td> <td>後期高齢者医療被保険者証</td> </tr> <tr> <td>現役並み所得(I)(II)</td> <td><b>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証</b></td> </tr> <tr> <td>現役並み所得(III)</td> <td><b>後期高齢者医療被保険者証</b></td> </tr> <tr> <td>低所得者I 低所得者II</td> <td>後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>注1 : 太字( )内のア～オは限度額適用認定証等に表示されている区分  注2 : アンダーラインを付した認定証は、患者が保険者に申請して交付を受けておかなければならない  注3 : <b>高齢受給者、後期高齢者の高額療養費の取扱いが変更されているので注意が必要</b></p>	年齢と所得区分		外来・入院	70歳未満 (後期高齢者除く)	低所得者(オ)	被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証	一般所得(ウ)(エ) 上位所得者(ア)(イ)	被保険者証(保険証) + <b>限度額適用認定証</b>	低所得者I 低所得者II	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	70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)	一般所得者	被保険者証(保険証) + 高齢受給者証	現役並み所得(I)(II)	<b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証</b>	現役並み所得(III)	<b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</b>	低所得者I 低所得者II	後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b>	75歳以上 65歳以上で一定以上の障がい状態にある者 (後期高齢者)	一般所得者	後期高齢者医療被保険者証	現役並み所得(I)(II)	<b>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証</b>	現役並み所得(III)	<b>後期高齢者医療被保険者証</b>	低所得者I 低所得者II	後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b>						
年齢と所得区分		外来・入院																																		
70歳未満 (後期高齢者除く)	低所得者(オ)	被保険者証(保険証) + 限度額適用・標準負担額減額認定証																																		
	一般所得(ウ)(エ) 上位所得者(ア)(イ)	被保険者証(保険証) + <b>限度額適用認定証</b>																																		
	低所得者I 低所得者II	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																																		
70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)	一般所得者	被保険者証(保険証) + 高齢受給者証																																		
	現役並み所得(I)(II)	<b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証</b>																																		
	現役並み所得(III)	<b>被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</b>																																		
	低所得者I 低所得者II	後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b>																																		
75歳以上 65歳以上で一定以上の障がい状態にある者 (後期高齢者)	一般所得者	後期高齢者医療被保険者証																																		
	現役並み所得(I)(II)	<b>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証</b>																																		
	現役並み所得(III)	<b>後期高齢者医療被保険者証</b>																																		
	低所得者I 低所得者II	後期高齢者医療被保険者証 + <b>限度額適用・標準負担額減額認定証</b>																																		
61	左段下から23行目	<p><b>(13) 70歳以上の高額療養費</b></p> <p>2012(平成24)年4月1日から70歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口へ提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよいことになっている(自己負担限度額を超えた分については現物給付)。なお、認定証は個人ごとに交付される。</p> <p>70歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、「特記事項」欄への記載は求められていないが、「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証(資料3 ⇒P.66)(適用区分が「I」、「II」であるもの)が提示された場合には、「摘要」欄に「低所得I」、「低所得II」と記載する。</p> <p>「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。</p>	<p><b>(13) 70歳以上の高額療養費</b></p> <p>2012(平成24)年4月1日から70歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、<b>限度額適用認定証</b>、限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口へ提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよい(自己負担限度額を超えた分については現物給付)。なお、認定証は個人ごとに交付される。</p> <p>70歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、<b>2018(平成30)年8月の高額療養費の改定により、現役並み所得(I)(II)の患者も限度額適用認定証が必要になった。また、限度額適用区分と「特記事項」欄の記号について、「特記事項」欄への記載が必要となった。区分と記号は上記70未満の表と同じ。なお、「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証(資料3 ⇒P.66)(適用区分が「I」、「II」であるもの)が提示された場合には、「摘要」欄への「低所得I」、「低所得II」の記載が引き続き必要である。</b></p> <p>「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。</p>																																	
68	70歳以上の高齢者(後期高齢者・高齢受給者)の表を右のように訂正	<p align="center"><b>70歳以上の高齢者(後期高齢者・高齢受給者)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">限度額適用区分※3</th> <th rowspan="2">区分(年収)</th> <th rowspan="2">一部負担割合</th> <th colspan="2">レセプト単位</th> </tr> <tr> <th>入院外(個人単位)</th> <th>入院外+入院(世帯単位)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">現役Ⅲ</td> <td rowspan="3">年収約1160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：課税所得690万円以上</td> <td rowspan="3">3割</td> <td>252,600円+(医療費-842,000円)×1%</td> <td>多数該当：140,100円</td> </tr> <tr> <td>167,400円+(医療費-558,000円)×1%</td> <td>多数該当：93,000円</td> </tr> <tr> <td>80,100円+(医療費-267,000円)×1%</td> <td>多数該当：44,400円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">一般</td> <td rowspan="2">年収156万～約370万円 健保：標報26万円以下 国保：課税所得145万円未満(※4)</td> <td rowspan="2">1割又は2割(※1、2)</td> <td>18,000円(※2) (年間上限144,000円)</td> <td>57,600円 多数該当：44,400円</td> </tr> <tr> <td>8,000円</td> <td>24,600円 15,000円</td> </tr> <tr> <td>低所得者Ⅱ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>低所得者Ⅰ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	限度額適用区分※3	区分(年収)	一部負担割合	レセプト単位		入院外(個人単位)	入院外+入院(世帯単位)	現役Ⅲ	年収約1160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：課税所得690万円以上	3割	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	多数該当：140,100円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	多数該当：93,000円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	多数該当：44,400円	一般	年収156万～約370万円 健保：標報26万円以下 国保：課税所得145万円未満(※4)	1割又は2割(※1、2)	18,000円(※2) (年間上限144,000円)	57,600円 多数該当：44,400円	8,000円	24,600円 15,000円	低所得者Ⅱ					低所得者Ⅰ					
限度額適用区分※3	区分(年収)	一部負担割合				レセプト単位																														
			入院外(個人単位)	入院外+入院(世帯単位)																																
現役Ⅲ	年収約1160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：課税所得690万円以上	3割	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	多数該当：140,100円																																
			167,400円+(医療費-558,000円)×1%	多数該当：93,000円																																
			80,100円+(医療費-267,000円)×1%	多数該当：44,400円																																
一般	年収156万～約370万円 健保：標報26万円以下 国保：課税所得145万円未満(※4)	1割又は2割(※1、2)	18,000円(※2) (年間上限144,000円)	57,600円 多数該当：44,400円																																
			8,000円	24,600円 15,000円																																
低所得者Ⅱ																																				
低所得者Ⅰ																																				

70	左段下から 18 行目	ただし、70歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。	ただし、70歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに <b>限度額適用区分(イ)(ウ)の方は「限度額適用認定証」が</b> 、低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。
	右段 7 行目の次に追加	<b>(7) 地域国保の都道府県単位化に伴う変更点</b> 2018(平成30)年4月に国保が都道府県単位化したことに伴い、都道府県国保の一般患者、高齢受給者の高額療養費について、以下の変更があった。 ① 被保険者が都道府県内市町村に転居しても、世帯の継続性が認められる場合は、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引き継ぐ(回数がリセットされない)。 ② 世帯の継続性は、国保上の世帯主に着目して転居先の市町村が行う。 ③ 住所移動月においては、自己負担限度額を2分の1に設定 ※ 以上は患者の申請による。	
72	一部負担金等一覧表	表中、「75歳以上の誕生日以外(平成30年8月1日～)」について、上記P.68の「限度額適用区分」同様の追記をする。	
130	右段(14)の次行に追加	※ <b>(8)(9)の妊婦の場合の加算と(12)(13)の加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できる。(平成31年1月1日から適用)</b>	
145	右段(16)の次行に追加	※ <b>(5)の妊婦の場合の加算と(15)(16)の加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できる。(平成31年1月1日から適用)</b>	
166	右段(11)の次行に追加	※ <b>(9)の妊婦の場合の加算と(8)(11)の加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できる。(平成31年1月1日から適用)</b>	
338	左段上から 7 行目を右のように改める	㉔ エミシズマブ製剤 ㉕ <b>イカチバント製剤</b> ㉖ <b>サリルマブ製剤</b> ㉗ 生理食塩液(在宅血液透析患者に対して使用する場合及び㉑～㉔に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る) ㉘ 注射用水(㉑～㉔に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る)	
480	右段上から 6 行目から 15 行目 下線部を追加	① 血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者 <b>及び</b> 間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器を用いる場合であって皮下インスリン注入療法を行っている者 ② 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者 <b>ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器を用いた場合は除く</b> (2) 同一月において、間歇注入シリンジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。 <b>ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については「注2」の加算を算定できず、間歇注入インスリンポンプを併用した場合には間歇注入シリンジポンプ加算を併せて算定できる。</b>	
480	右段上から 28 行の下に追加	<b>(5) 間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については、急性発症又は劇症1型糖尿病患者に限り、かつ以下の項目を満たした場合に限り算定できる。</b> ① 関連学会が定める適正使用指針を遵守して使用している。 ② 本医療機器を使用する患者にあつては、1日あたり少なくとも2回の自己血糖測定を行っている。 ③ 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準の届出を行っている医療機関である。 ④ 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されている。 ⑤ 糖尿病の治療及び持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されている。なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものである。 (イ) 医療関係団体等が主催する研修である。 (ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものである。 ⑥ エ又はオ掲げるものが、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用法の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖・高血糖への対応等、必要な指導を行う。 <b>(6) 間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器を用いる場合は、患者ごとに指導者名が記載されている指導記録を作成し、患者に提供する。また、指導記録の写しを診療録に貼付する。</b>	
482	左段上から 14 行目を右のように改める 下線部追加	㉔ エミシズマブ製剤 ㉕ <b>イカチバント製剤</b> ㉖ <b>サリルマブ製剤</b> ㉗ 注射用水(㉑～㉔に掲げる注射薬を投与)	
503	右段下から 13 行の上に追加	<b>(4) メニエール病又は遅発性内リンパ水腫の患者に対し非侵襲中耳加圧装置を用いた療養を実施する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の指導管理を行う際には当該点数を準用する。なお、この場合は上記(3)を適用しない。</b> <b>(5) メニエール病又は遅発性内リンパ水腫の患者に対し非侵襲中耳加圧装置を用いた指導管理を行うに当たっては、関連学会の定める適正使用指針に沿って実施した場合に限り算定する。なお、当該点数には指導管理に要する機器等に係る費用が含まれており、別に算定できない。</b>	

		(6) メニエール病又は遅発性内リンパ水腫の患者に対し非侵襲中耳加圧装置を用いた指導管理を行うに当たって当該点数を準用する場合は、「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」の(4)、(25)及び「C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料」の(4)を適用しない。
551	右段下から4行目を右に改める 下線部を追加	<p>する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</p> <p>早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、K-ras遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>PCR-rSSO法を用いてBRAF遺伝子検査を実施した場合は、「ハ」のK-ras遺伝子検査の所定点数を算定する。</p> <p>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1</p>
552	左段上から6行目のオを右に改める 下線部を追加	オ 家族性非ポリポーシス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
555	右段下から11行目の上に追加	<p>(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。</p> <p>① 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の選択を目的として、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。</p> <p>② 本検査は、化学療法の実験を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。</p> <p>③ 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。</p> <p>(4) FLT3遺伝子検査</p> <p>① FLT3遺伝子検査は、D006-2造血管腫瘍遺伝子検査の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>② 本検査は、再発又は難治性の急性骨髄性白血病（急性前骨髄性白血病を除く）の骨髄液又は末梢血を検体とし、PCR法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、FLT3遺伝子の縦列重複（ITD）変異又はチロシンキナーゼ（TKD）変異の評価を行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>③ 本検査、D004-2悪性腫瘍組織検査「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、D006-2造血管腫瘍遺伝子検査又はD006-6免疫関連遺伝子再構成のうちいずれか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。</p>
556	左段上から5行目の下の追加	<p>(3) 膀胱がん関連遺伝子検査</p> <p>① 膀胱がん関連遺伝子検査は、D006-3Major BCRABL1の「2」mRNA定量（1以外のもの）（1,200点）及びD006-5染色体検査（全ての費用を含む。）の「注」に規定する分染法加算（397点）の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>② 本検査は、膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を実施された患者に対して、FISH法により、再発の診断補助を目的として測定した場合に、経尿道的手術後2年を限度として2回に限り算定できる。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。</p> <p>③ 本検査を実施した場合には、膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>④ 本検査と同時にN004細胞診（1部位につき）の「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合は、主たるもののみ算定する。</p>
557	左段上から20行目の下に追加	(9) 非小細胞肺癌の腫瘍細胞を検体とし、シーケンサーシステムを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的としてBRAF遺伝子検査を実施する場合にあっては、患者1人につき1回に限り算定する。この場合、遺伝学的検査「2」処理が複雑なものを準用して算定することとし、注の規定及び(1)～(8)の規定は適用しない。
594	左段上から18行目の下に追加	<p>(30) 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定（490点）</p> <p>① 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定は、D014自己抗体検査の「注1」に規定する本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を「3項目以上行った場合」の所定点数に準じて算定する。</p> <p>② 本検査は、天疱瘡又は水疱性類天疱瘡が疑われる患者であって、間接蛍光抗体法（IF法）により、鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、天疱瘡についての鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。</p>



		<p>③ 天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で、本検査とD014自己抗体検査「29」の抗デスマグレイン3抗体若しくは抗BP180-NC16a抗体又は「36」の抗デスマグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>(31) 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 (320点)</p> <p>① 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画は、D014自己抗体検査の「注1」に規定する本区分の9から15まで、18及び30に掲げる検査を「2項目」行った場合の所定点数に準じて算定する。</p> <p>② 本検査は、褐色細胞腫の鑑別診断を行った場合に1回に限り算定できる。</p> <p>③ 本検査とD008内分泌学的検査の「41」メタネフリン、「43」メタネフリン・ノルメタネフリン分画又は「46」ノルメタネフリンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>④ 本検査を実施するに当たっては、関連学会が定める指針に基づく褐色細胞腫を疑う医学的理由について診療録に記載する。</p>
696	右段上から20行目の下の追加	<p>(4) FFRCTの解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照してコンピュータ断層撮影による診断を行った場合には、画像診断通則の「5」「画像診断管理加算」の所定点数、コンピュータ断層撮影診断料通則の「3」の所定点数、E101-2 ポジトロン断層撮影の「2」の所定点数、E200コンピュータ断層撮影(CT撮影)(一連につき)の「1」「イ」「(2)」及び「注4」の所定点数並びにE203コンピュータ断層診断の所定点数を合算した点数を準用して算定できる。</p> <p>① 本検査の結果によりFFRCT陰性に関わらず、本検査実施後90日以内に冠動脈造影検査(D206心臓カテーテル法による諸検査)を行った場合は、主たる技術の所定点数のみを算定する。</p> <p>② 本検査の算定にあつては、E200のうち準用点数に掲げるもの、D206「注4」、D215「3」「ホ」、E101、E101-2、E101-3、E101-4、E102及びE202との併算定はできない。</p> <p>③ 検査結果と、患者に説明した内容を診療録に記載した場合に算定出来る。</p> <p>④ 心臓CT撮影が必要な医学的理由、心臓CTによる診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写を診療録に貼付する。</p> <p>⑤ 関連学会が定める「FFRCT適正使用指針」に従って使用した場合に限り算定できる。算定にあつては、下記について診療報酬明細書の「摘要欄」に記載および添付する。</p> <p>(イ) 実施施設が日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること並びにその証明書。</p> <p>(ロ) 本品によるFFR値。</p>
1101	右段下から21行目	<p>「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。</p> <p>(1) 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。</p> <p>(2) 経内視鏡的に経胃又は経十二指腸的に膵嚢胞との瘻孔造設を行った場合は、当該点数を準用して算定できる。なお、この場合は上記(1)を適用しない。</p>
1206	右段の最終行に追加	<p>(10) 骨充填用スパーサー 3,400円</p>
1214	右段の上から7行目	<p>イ 体外式ペースメーカー用カテーテル電極</p> <p>a 心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」を算定する場合は、K595経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。</p> <p>b 心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」と、123経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの「熱アブレーション用・体外式ペースメーカー機能付き」又は「心房内・心室内全域型」と123経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルの「熱アブレーション用・体外式ペースメーカー機能付き・特殊型」の両方を使用した場合は、主たるもののみ算定する。</p> <p>イ 体外式ペースメーカー用カテーテル電極</p> <p>心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」を算定する場合は、K595経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。</p> <p style="text-align: right;">(下線部削除)</p>
1215	左段上から9行目の下に追加	<p>(4) 異種心膜弁(Ⅱ)システム 1,030,000円</p>
1215	左段下から15行目の上に追加	<p>&lt;生体弁&gt;</p> <p>(1) 異種心膜弁(Ⅱ)システムは、大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する重症大動脈弁狭窄症を有している患者に使用する場合に限り、算定できる。</p> <p>(2) 異種心膜弁(Ⅱ)システムは、関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り、算定できる。</p> <p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ)システムは、胸腔鏡下弁形成術・弁置換術の施設基準を満たす医療機関で使用した場合に限り、算定できる。</p>

1218	右段の下から2行目の上に追加	<b>⑤ 大血管用ローテーションシース 263,000 円</b>																										
1219	右段の下から20行目の上に追加	<b>c 大血管用ローテーションシースの使用にあたっては、関連学会の定める当該材料の実施基準に準じて使用した場合に限り算定できる。</b>																										
1229	右段の最終行に追加	<b>201 膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム 493,000 円</b> <b>膵臓用瘻孔形成補綴材留置システムの使用にあたっては、関連学会の定める指針に従って使用した場合に限り、算定できる。</b>																										
1230	118番と122番の間に追加	<b>120 生体弁 (3) 異種心膜弁(Ⅱ) (承認番号) 22900BZX00053000</b>	<b>平成 30 年 9 月 1 日から 平成 32 年 3 月 31 日まで</b>	<b>984,000 円</b>																								
1767 ～ 1768	「特記事項」欄を右のように訂正	<b>13 「特記事項」欄 (2018年8月以降※12月以降分追記)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">コード</th> <th style="width: 10%;">略号</th> <th style="width: 80%;">内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td> <td>削除 上位</td> <td>(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「22」に該当する場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>削除 一般</td> <td>(削除) 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「34」の②に該当する場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>削除 低所</td> <td>(削除) 70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>削除 多上</td> <td>(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近1-2か月間において4月目以上である場合</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>区ア</td> <td>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅵ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>区イ</td> <td>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅴ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く)</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>区ウ</td> <td>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅠ又は現役Ⅰ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く)</td> </tr> </tbody> </table>			コード	略号	内 容	17	削除 上位	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「22」に該当する場合を除く)	18	削除 一般	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「34」の②に該当する場合を除く)	19	削除 低所	(削除) 70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合	22	削除 多上	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近1-2か月間において4月目以上である場合	26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅵ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く)	27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅴ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く)	28	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅠ又は現役Ⅰ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く)
コード	略号	内 容																										
17	削除 上位	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「22」に該当する場合を除く)																										
18	削除 一般	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「34」の②に該当する場合を除く)																										
19	削除 低所	(削除) 70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合																										
22	削除 多上	(削除) 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近1-2か月間において4月目以上である場合																										
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「難病法」という)に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という)、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅵ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「31」に該当する場合を除く)																										
27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅡ又は現役Ⅱ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅴ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「32」に該当する場合を除く)																										
28	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(現役並みⅠ又は現役Ⅰ))が提示された場合 ② 「標準報酬月額28万～50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合(特記事項「33」に該当する場合を除く)																										

		29	区エ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① (変更なし)</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下) の世帯」の適用区分 (エ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受給者証又は<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合 (特記事項「34」に該当する場合を除く)</p> <p><b>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</b></p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満) の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証 (一部負担金の割合 (2割) 又は (1割)) の提示のみの場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満) の世帯」の適用区分 (III) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合 (特記事項「34」に該当する場合を除く)</p>
		30	区オ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① (変更なし)</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分 (オ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受給者証又は<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合 (特記事項「35」に該当する場合を除く)</p> <p><b>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</b></p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証 (適用区分が (I 又は II)) が提示された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分 (I 又は II) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合</p>
		31	多ア	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で (中略) 難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患医療支援 <b>又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業</b>に係る公費負担医療 (中略) (以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、<b>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る</b>)</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 83 万以上 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上) の世帯」の適用区分 (VI) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾患医療支援を除く)</p>
		32	多イ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で (中略) 特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上) の世帯」の適用区分 (V) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾患医療支援を除く)</p>
		33	多ウ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で (中略) 特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上) の世帯」の適用区分 (IV) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾患医療支援を除く)</p>
		34	多エ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下) の世帯」の適用区分 (エ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受給者証<b>又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満) の世帯」の適用区分 (III) の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、<b>特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾患医療支援を除く)</b>、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療 (入院に限る) の自院における高額療養費の支給が直近 1・2 か月間において 4 月目以上である場合</p>
		35	多才	<p>70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分 (オ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受給者証<b>又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</b>が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>

1769	「※2 適用区分一覧表」を右のように訂正	※2 適用区分一覧表			
			受給者証の適用区分	レセプトの特記事項欄への記載	
		70歳未満 高齢受給者 後期高齢者	ア	26 区ア	31 多ア (※多数該当の場合)
			イ	27 区イ	32 多イ (※多数該当の場合)
			ウ	28 区ウ	33 多ウ (※多数該当の場合)
			エ	29 区エ	34 多エ (※多数該当の場合)
オ	30 区オ		35 多才 (※多数該当の場合。高齢受給者、後期高齢者の場合は、多数回該当はない)		
<p><b>高齢受給者・後期高齢者について「特記事項」欄に記載するのは「特定医療」「特定疾患」の患者のみ。</b></p> <p><b>※3 医療機関における難病法による特定医療及び小児慢性特定疾患医療支援の受給者証の提示パターンとレセプト</b></p>					

		の取扱いについて（平成30年8月1日以降、当面の間適用）	
		【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】	
		提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
反映後の受給者証			受給者証の所得区分に応じた記載とする
		【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】	
		提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
①	反映前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ		[70歳未満の場合] 特記事項へは記載しない [70歳の場合] 「29区エ」を記載する
②	反映前の受給者証+「3割」（現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等）		「26区ア」を記載する
③	反映前の受給者証+限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証		限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証に応じた記載とする
※ 本取扱いは、平成28年2月2日健難発第0202第1号通知「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療に係る高額療養費の支給に係る事務について」及び平成28年2月2日健難発0202第2号通知「児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る事務について」に基づく内容である。			
1773	右段下から23行目から13行目を右のように訂正 (2018年12月以降)	(1) 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証）にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下による。	
1779	左段下から	(10) <u>（削除）</u> ⇒ 本文削除する。 (11) <u>（削除）</u> ⇒ 本文削除する。 (12) <u>（削除）</u> ⇒ 本文削除する。 (15) <u>（削除）</u> ⇒ 本文削除する。	
1780 ～ 1781	右段3行目 (2018年12月以降分追記：(23)(24)(28)(29))	(20) 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であつて、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載する。 (21) 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であつて、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には「特記事項」欄に「区イ」と記載する。 (22) 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であつて、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得145万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（IV）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載する。 (23) 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は70歳以上の場合であつて、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割）又	

- は(1割)の提示のみの場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**が提示された場合(特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)を除く)には、「特記事項」欄に「区エ」と記載する。
- (24) 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証**若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合(特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く)、又は70歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が(Ⅰ又はⅡ))が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証**若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**が提示された場合)には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。
- (25) ~~70歳未満において(20)における~~「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅵ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多ア」と記載する。
- (26) ~~70歳未満において(21)における~~「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅴ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多イ」と記載する。
- (27) ~~70歳未満において(22)における~~「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。
- (28) ~~70歳未満において(23)における~~「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証**又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証**又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近1~2か月間において4月日以上である場合には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。
- (29) ~~70歳未満において(24)における~~「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証**又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載する。

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

