

『保険診療の手引』 2018年4月版 正誤(2019.9.25)

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																										
71	右段下から12行目から6行目	また、高齢受給者、後期高齢者のレセプト上部の「特記事項」欄の記載について、「17 上位」「18 一般」「19 低所」の記載が必要なのは、難病法に係る特定医療費受給者証(法別54)又は特定疾患医療受給者証(法別51)の提示があった患者のみとなる。	削除																										
89	下から5行目	542の基礎疾患に細分化される。	505の基礎疾患に細分化される。																										
99	表中段 在宅患者訪問診療料	【訪問診療料(I)の2、(II)の注口を算定する場合】	【訪問診療料(I)の2、(II)の注1の口を算定する場合】																										
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>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】 「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> <tr> <td></td> <td></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>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> <tr> <td></td> <td></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)																										
355	下から8行目	緊急の往診数、カンファレンスの開催状況等を	緊急の往診数等を																										
355	下から5行目	在宅看取り数等を地方厚生局長等	在宅看取り数、カンファレンスの開催状況等を地方厚生局長等																										
394	C002-2 施設入居時等医学総合管理料(施設総管) 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 rowspan="3">外 3 上記以</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 rowspan="2">月2回以上</th> <th>別に定める状態の患者</th> <th>1人</th> <th>2~9人</th> <th>10人以上</th> </tr> <tr> <th>上記以外</th> <th>2,450</th> <th>2,025</th> <th>1,800</th> </tr> <tr> <th>月1回</th> <td>1,950</td> <td>1,280</td> <td>1,025</td> <td>750</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>725</td> <td>560</td> </tr> </thead> <tbody> </tbody> </table>	外 3 上記以	訪問診療の回数		単一建物診療患者数			月2回以上	別に定める状態の患者	1人	2~9人	10人以上	上記以外	2,450	2,025	1,800	月1回	1,950	1,280	1,025	750					725	560	
外 3 上記以	訪問診療の回数			単一建物診療患者数																									
	月2回以上	別に定める状態の患者		1人	2~9人	10人以上																							
		上記以外	2,450	2,025	1,800																								
月1回	1,950	1,280	1,025	750																									
				725	560																								
400	右段上から24行目	当該患者以外の患者に対し、 <u>月2回以上</u> 継続して	当該患者以外の患者に対し、継続して																										
412	右段上から17行目	当該患者の診療に係る費用は、(13)に掲げる	当該患者の診療に係る費用は、(14)に掲げる																										
425	左段上から24行目	(11)(2)のウ、及びエ、の場合は	(11)②のウ、及びエ、の場合は																										
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 300点	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点																										
450	右段下から18行目	① 血中アルブミン <u>0.3g/dl</u> 以下である患者	① 血中アルブミン <u>3.0g/dl</u> 以下である患者																										

482	左段上から 15 行目	㉔ 注射用水 (①～③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)	削除
502	左段下から 4 行目	(b) 留意事項 在宅経管栄養法用栄養管セット加算と注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月 1 回に限り算定する。	削除
561	右段下から 16 行目から 13 行目	(8) クレアチンキナーゼ (CK) (11点) 免疫阻害法による CK アイソフォームと同時に測定されるクレアチンキナーゼ (CK) の費用は別に算定できない。	削除
566	右段上から 18 行目 25 番	低カルボキシル化オステオカルシン (uc0C)	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC)
584	右段上から 4 行目	・採血料 25 点	・採血料 30 点
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 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、又は末梢動脈波センサー、…
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
697	下から 8 行目	を算定した場合 画像共同 と表示する。	を算定した場合 画診共同 と表示する。
728	左段上から 3 行目の末尾に 右を追加	向精神薬の長期処方に該当しない場合の処方箋料は、68 点を算定する。	
729	右段下から 12 行目	㉔ 処方箋への一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則とする。 内用薬及び外用薬のうち、後発医薬品が存在する先発医薬品の主な単味製剤について一般名処方マスタが作成・公表されている。後発医薬品の薬価収載にあわせて順次更新されることになっている。(2012.7.3 厚労省事務連絡)	㉔ 処方箋への一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則とする。 配合剤も含め、一般名処方の加算対象となる成分・規格についての標準的な記載方法を全て網羅した一般名処方マスタを整備・公表されている。一般名処方を行うに当たっては、標準的な記載方法である別添の一般名処方マスタを用いることが望ましい。なお、一般名処方マスタについては、後発医薬品の薬価収載にあわせて順次更新されることになっている。(2012.7.3 厚労省事務連絡)
737	右段上から 17 行目	レセプト「摘要」欄 又は 院外処方箋の「備	レセプト「摘要」欄 及び 院外処方箋の「備
737	右段上から 22 行目	又は 処方箋「備考」欄に理由の記載が必要	及び 処方箋「備考」欄に理由の記載が必要
737	右段上から 26 行目	㉔ 処方箋を交付する場合には、レセプト「摘要」欄への注記は必要ない。 ㉔ 単に医療機関への通院が困難又は医療機	㉔ 単に医療機関への通院が困難又は医療機
767	右段下から 6 行目 二重下線部は 今回追加	㉔ 同一の疾患等に係るリハビリテーションは、 介護保険への移行後は医療保険での算定はできないが、別の施設で介護保険のリハビリテーションを行う場合には、	㉔ 同一の疾患等に係るリハビリテーションは、 介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌月以降は、手術、急性増悪等の場合を除き、医療保険での算定はできない。ただし、別の施設で介護保険のリハビリテーションを行う場合には、
768	左段上から 22 行目	(3) 同一の疾患等について介護保険における	(3) 医療保険における疾患別リハビリテーションとは別の施設で介護保険のリハビリテーションを提供することになった場合であって、同一の疾患等について介護保険における
860	左段上から 23 行目	20 歳未満加算 (精神科初診日から 1 年以内) 350 点	20 歳未満加算 (精神科初診日から 1 年以内) 350 点
860	左段上から 26 行目	診日から 2 年以内) 500 点	診日から 2 年以内) 500 点
860	左段上から 28 行目	(精神科初診日から 3 月以内) (1 回限り)	(精神科初診日から 3 月以内) (1 回限り)

		誤				正			
区分	創傷処置・皮膚科軟膏処置 (褥瘡処置を除く)		創傷処置 (褥瘡処置を除く)		創傷処置 (褥瘡処置を除く)		皮膚科軟膏処置 (褥瘡処置を除く)		
	一般病棟	結核・ 精神病棟	一般病棟	結核・ 精神病棟	一般病棟	結核・ 精神病棟	一般病棟	結核・ 精神病棟	
入院 一年以内	100 cm ² 未満	×(※2)		×(※2)		×(※2)			
	100 cm ² 以上 500 cm ² 未満	60 点		60 点		55 点			
	500 cm ² 以上 3000 cm ² 未満	90 点		90 点		85 点			
	3000 cm ² 以上 6000 cm ² 未満	160 点		160 点		155 点			
	6000 cm ² 以上	275 点		275 点		270 点			
入院 一年超	100 cm ² 未満	×(※2)		×(※2)		×(※2)			
	100 cm ² 以上 500 cm ² 未満	60 点	30 点	60 点	30 点	55 点	30 点		
	500 cm ² 以上 3000 cm ² 未満	90 点		90 点		85 点			
	3000 cm ² 以上 6000 cm ² 未満	160 点		160 点		155 点			
	6000 cm ² 以上	275 点		275 点		270 点			
926	入院患者の褥瘡等処置の算定一覧 「誤」の欄を「正」の欄と差し替え								
973	左段上から 1 行目	※4) 乳幼児加算 (3歳未満)				※4) 乳幼児加算 (6歳未満)			
1051	左段上から 22 行目	K133 黄色靱帯骨化症手術 <input checked="" type="checkbox"/> 脊 28,370 点				K133 黄色靱帯骨化症手術 <input checked="" type="checkbox"/> 脊 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	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		
		医在療宅	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		○				
		特掲診療料	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		○							
1255	別紙 23「栄養管理計画書」の栄養管理計画欄を右のように修正する。	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(学会分類コード)			
		食事内容		食事内容		留意事項			
		留意事項		留意事項		留意事項			
1309	上の表中、6 段目	入院基本料		15~30 日		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		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、 <u>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。</u>	(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> <th>外泊点数</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>90日超</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">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><u>199</u></td> </tr> <tr> <td>特定患者</td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td>重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分3</td> <td><u>199</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分2</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分1</td> <td><u>200</u></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">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>重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分3</td> <td><u>168</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分2</td> <td>198</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分1</td> <td>178</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">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><u>147</u></td> </tr> <tr> <td>特定患者</td> <td>145 (129)</td> </tr> <tr> <td>重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td> <td>医療区分3</td> <td><u>147</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分2</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>医療区分1</td> <td>163</td> </tr> </tbody> </table>	入院基本料			外泊点数				90日超	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※	<u>199</u>	特定患者	145 (129)	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分3	<u>199</u>			医療区分2	220			医療区分1	<u>200</u>	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	<u>168</u>			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※	<u>147</u>	特定患者	145 (129)	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分3	<u>147</u>			医療区分2	183			医療区分1	163	
入院基本料			外泊点数																																																											
			90日超																																																											
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※	<u>199</u>																																																											
		特定患者	145 (129)																																																											
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分3	<u>199</u>																																																											
		医療区分2	220																																																											
		医療区分1	<u>200</u>																																																											
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	<u>168</u>																																																											
		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※	<u>147</u>																																																											
		特定患者	145 (129)																																																											
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分3	<u>147</u>																																																											
		医療区分2	183																																																											
		医療区分1	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 <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>※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>																																																											
1387	上から16行目	常勤 <u>診療</u> 記録管理者	常勤 <u>診療</u> 記録管理者																																																											
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																																																											
1398	上から4行目	入院患者の数が <u>25</u> 又はその端数	入院患者の数が <u>30</u> 又はその端数																																																											
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されている。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整備している。当該体制については、急性期看護補助体制加算の⑨（≪P. 1397） <u>の例による。</u>																																																											
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	上から10行目と16行目	地域一般入院基本料、15対1入院基本料	地域一般入院基本料、 <u>13対1入院基本料</u> 、15対1入院基本料																																																											
1412	上から22行目	(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る)	削除																																																											
1412	下から15行目	<u>15対1入院基本料を算定する病棟に限る)</u>	<u>13対1入院基本料を算定する病棟に限る)</u>																																																											
1413	上から26行目の下に挿入	(5) <u>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	(5) 当該病棟において、…	(6) 当該病棟において、…																																																											
1413	下から9行目の下に挿入	(7) <u>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>																																																												
1548	左段上から18行目	基本料の <u>2の(2)</u> に準ずる。	基本料の <u>規定</u> に準ずる。																																																											

1568	右段、上から2行目に追加	<p>(7) 急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算を算定した患者については、入院元を「適用」欄に記載する。入院元が急性期を担う病院である場合には、当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載する（記載例1参照）。また、入院元が介護保険施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合には、直近の入院医療機関名及び退院日を記載する（記載例2参照）。</p> <p>〔記載例1〕 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。（転院日：〇年〇月〇日及び〇年〇月〇日）。</p> <p>〔記載例2〕 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。</p>																	
1575	上から12行目	ア 急性期一般入院料（専門病院入院基本料に限る）に係る届出を行っている…	ア 急性期一般入院料1又は7対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る）に係る届出を行っている…																
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り）のみ	水準を下回る場合に限り）のみ 算定不可																
1628	右段下から7行目と4行目	内視鏡的 結腸 ポリープ	内視鏡的 大腸 ポリープ																
1629	右段下から6行目	リン脂質、遊離脂肪酸、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、 前立腺酸性ホスファターゼ 、無機リン及びリン酸	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	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。																	
1886	左段下から17行目	褥瘡 評価実施 加算	褥瘡 対策 加算																
1886	左段下から16行目	褥瘡 評価実施 加算（診療所）	褥瘡 対策 加算（診療所）																
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、ご確認下さい。

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			急性期看護補助体制加算に加算									
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		(準)超重症児(者)入院診療加算に加算										
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		緩和ケア診療加算に加算										
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												
	ゲノム情報加算	+250		がん拠点病院加算に加算										
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		栄養サポートチーム加算に加算										
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		感染防止対策加算1に加算										
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					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												
	小児加算	+200												
入院時支援加算	+200													
入退院支援加算(特定地域)	一般病棟等	95	要届出	○ ※1	○ ※1									
	療養病棟等	318												
	入退院支援加算に加算													
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 (2019.10.15)

2019年消費税増税に伴う10月からの診療報酬改定について、下記の点数については保団連特設ページに掲載しております。
初・再診料、医学管理、在宅医療、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料
<https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/19kaitei/ika/index.html>

頁	訂正箇所	誤	正																																	
9	下から2行目	4. ※2は 2018年10月 に受領委任払い制度が導入される。	4. ※2は 2019年1月 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 右のように訂正	<p style="text-align: center;">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）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">年齢と所得区分</th> <th style="text-align: center;">外来・入院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">70歳未満 (後期高齢者除く)</td> <td style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">一般所得(ウ)(エ) 上位所得者(ア)(イ)</td> <td>被保険者証(保険証) + 限度額適用認定証</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)</td> <td>低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ 一般所得者 現役並み所得(Ⅰ)(Ⅱ) 現役並み所得(Ⅲ)</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 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ</td> <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> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一般所得者</td> <td>後期高齢者医療被保険者証</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">現役並み所得(Ⅰ)(Ⅱ)</td> <td>後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">現役並み所得(Ⅲ)</td> <td>後期高齢者医療被保険者証</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 : 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</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) + 限度額適用認定証	70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)	低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ 一般所得者 現役並み所得(Ⅰ)(Ⅱ) 現役並み所得(Ⅲ)	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 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証	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)	低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ	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	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)	後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証	現役並み所得(Ⅲ)	後期高齢者医療被保険者証													
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) + 限度額適用認定証																																		
	70歳～74歳 高齢受給者 (後期高齢者除く)	低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ 一般所得者 現役並み所得(Ⅰ)(Ⅱ) 現役並み所得(Ⅲ)	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 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証 + 限度額適用認定証 被保険者証(保険証) + 高齢受給者証																																	
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)	低所得者Ⅰ 低所得者Ⅱ	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																																		
	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)	後期高齢者医療被保険者証 + 限度額適用認定証																																		
	現役並み所得(Ⅲ)	後期高齢者医療被保険者証																																		
61	左段下から23行目	<p>(13) 70歳以上の高額療養費 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。 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。 「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>(13) 70歳以上の高額療養費 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、限度額適用認定証、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(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。 70歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、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。 「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 style="text-align: center;">70歳以上の高齢者(後期高齢者・高齢受給者)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">限度額適用区分※3</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">区分(年収)</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">一部負担割合</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">レセプト単位</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">入院外(個人単位)</th> <th style="text-align: center;">入院外+入院(世帯単位)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">現役Ⅲ</td> <td>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" style="text-align: center;">3割</td> <td>252,600円+(医療費-842,000円)×1% 多数該当：140,100円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">現役Ⅱ</td> <td>年収770万～1160万円 健保：標報53～79万円 国保：課税所得380万円以上</td> <td>167,400円+(医療費-558,000円)×1% 多数該当：93,000円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">現役Ⅰ</td> <td>年収370万～770万円 健保：標報28～50万円 国保：課税所得145万円以上</td> <td>80,100円+(医療費-267,000円)×1% 多数該当：44,400円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一般</td> <td>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="3" style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">低所得者Ⅱ</td> <td></td> <td>8,000円</td> <td>24,600円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">低所得者Ⅰ</td> <td></td> <td></td> <td>15,000円</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		現役Ⅱ	年収770万～1160万円 健保：標報53～79万円 国保：課税所得380万円以上	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 多数該当：93,000円		現役Ⅰ	年収370万～770万円 健保：標報28～50万円 国保：課税所得145万円以上	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	低所得者Ⅱ		8,000円	24,600円	低所得者Ⅰ			15,000円
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																																	
現役Ⅱ	年収770万～1160万円 健保：標報53～79万円 国保：課税所得380万円以上		167,400円+(医療費-558,000円)×1% 多数該当：93,000円																																	
現役Ⅰ	年収370万～770万円 健保：標報28～50万円 国保：課税所得145万円以上		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																																
低所得者Ⅱ			8,000円	24,600円																																
低所得者Ⅰ				15,000円																																

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 限度額適用区分(イ)(ウ) の方は「 限度額適用認定証 」が、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	(7) 地域国保の都道府県単位化に伴う変更点 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	右段上から31行目の下に追加	※ (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)	
145	右段上から8行目の下に追加	※ (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)	
166	右段上から26行目の下に追加	※ (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)	
338	左段上から7行目に右を追加 (前回㉓、㉔を追加済)	㉔ エミズマブ製剤 ㉓ イカチバント製剤 ㉔ サリルマブ製剤 ㉕ デュピルマブ製剤 ㉖ ヒドロモルフォン製剤 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㉑～㉖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(㉑～㉖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)	
339 ～ 341	特定保険医療材料の001～010までの価格と調剤報酬に規定する特定保険医療材料の001～014までの価格を変更 ※2019年10月1日から適用	特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件(令和元年8月19日厚生労働省告示第88号) https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000545486.pdf ※特定保険医療材料は別表のIを参照 ※調剤報酬に規定する特定保険医療材料は別表のVIIIを参照	
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及び 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 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 (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。 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「(a)算定の原則(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。	
480	右段上から28行の下に追加	(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。 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 エ又はオに掲げるものが、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。 (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。	
482	左段上から14行目を右のように改める 下線部追加	㉕ エミズマブ製剤 ㉓ イカチバント製剤 ㉔ サリルマブ製剤 ㉘ 注射用水(㉑～㉖に掲げる注射薬を投与)	
503	左段最終行の次に追加	(3) 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(2)を適用しない。 (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。	

		(5) <u>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、P421の3、P422の7及びP525の3の(b)の(4)を適用しない。</u>
505	左段上から9行目の次に追加	(6) <u>脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、以下のいずれも満たす。</u> ① <u>関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用する。</u> ② <u>H003呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関で使用する。</u>
510	左段上から15行目	又はフルルピプロフェンアキセチル製剤 フルルピプロフェンアキセチル製剤又はヒドロモルフォン製剤
510	左段上から20行目	又はオキシコドン塩酸塩製剤 オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン製剤
516	左段上から16行目の次に追加	(b) <u>留意事項</u> (1) <u>人工呼吸器に依存する脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、本区分の所定点数を準用して算定できる。</u> (2) <u>横隔神経電気刺激装置を使用する際に必要なバックアップ用体表不閉電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブートキット、その他養養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。</u>
551	右段下から4行目を右に改める 下線部を追加	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、 <u>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。</u> <u>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。</u> <u>PCR-SSO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。</u> ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1 SSCP法、RFLP法等を用いて
551	右段下から11行目	SSCP法、RFLP法、シークエンサーシステム等を用いて
552	左段上から6行目のオを右に改める 下線部を追加	オ <u>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</u>
552	左段上から23行目の下に追加	③ <u>非小細胞肺癌の腫瘍細胞を検体とし、シークエ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EGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査及びALK融合遺伝子検査を併せて実施する場合は、「イ 2項目」、D006-4遺伝学的検査の「2 処理が複雑なもの」及びN002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパクの所定点数を合算した点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定できる。</u> ア <u>本検査とは別に実施された肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、BRAF遺伝子検査、ALK融合タンパク検査及びALK融合遺伝子検査にかかる費用は別に算定できない。ただし、EGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合には算定できる。</u> イ <u>本検査の実施に際し、D006-4遺伝学的検査の「2 処理が複雑なもの」の所定点数を準用して算定する場合は、当該区分に定める施設基準の規定は適用しない。</u> ④ <u>非小細胞肺癌の腫瘍細胞を検体とし、シークエ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EGFR遺伝子検査とALK融合遺伝子検査を併せて実施する場合は、本区分の「イ」EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）の所定点数とN002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパクの所定点数を合算した点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、本検査とは別に実施された肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ALK融合タンパク検査及びALK融合遺伝子検査にかかる費用は別に算定できない。ただし、EGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合には算定できる。</u> ⑤ <u>シークエ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特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異にかかる検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。</u>
555	右段下から11行目の上に追加 強調部今回追加	(3) <u>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。</u> ① <u>転移性又は再発乳癌患者、初発の進行卵巣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。</u> ② <u>本検査を乳癌患者に対して実施する場合には、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こと。</u> <u>本検査を卵巣癌患者に対して実施する場合には、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6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こと。</u> ③ <u>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。</u> ④ <u>本検査の実施に際し、D006-2造血管腫瘍遺伝子検査及びD006-4遺伝学的検査の点数を準用して算定する場合は、施設基準の規定は適用しない。</u> (4) <u>FLT3遺伝子検査</u>

		<p>① FLT3 遺伝子検査は、D006-2 造血器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）変異及びチロシンキナーゼ（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 造血器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、D006-3 Major 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	<p>(9) 非小細胞肺癌の腫瘍細胞を検体とし、シークエ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。</p>
557	左段上から20行目の下（上枠の追補(9)）の次に追加	<p>(10) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ているシークエンサーシステムを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合は、「3 処理が極めて複雑なもの」の所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定できる。</p> <p>① 本検査は、標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）であって、関連学会の、化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。</p> <p>② 本検査は、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（平成29年12月25日健発1225第3号）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療連携病院及びそれに準ずる医療機関として指定を受けている保険医療機関で実施すること。</p> <p>③ 当該医療機関は、がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び⑦に規定する管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明及び管理簿等の記載を行うこと。なお、これらの手続に当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</p> <p>④ C-CATへのデータ提出又はデータの二次利用に係る同意が得られない場合であっても、本検査を実施し、算定することは可能であるが、同意が得られなかった旨を診療録及び管理簿等に記載すること。</p> <p>⑤ 関連団体が定める「インフォームド・コンセント手順書」を遵守し、患者からの同意取得について適切な手続を確保すること。</p> <p>⑥ 臨床情報等の提出に当たっては、関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出すること。</p> <p>⑦ 当該医療機関は、次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し、本検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査を実施した者の氏名、ID ・検体を衛生検査所等に発送した年月日 ・衛生検査所等からの解析結果の受け取りの有無、及び受け取った年月日 ・がんゲノム医療中核拠点病院等でエキスパートパネルが実施された年月日 ・エキスパートパネルから検査結果を受け取った年月日 ・検査結果を患者に説明した年月日 ・検査結果を説明した後、C-CAT等からの情報に基づいた、臨床試験又は治験等の新たな治療方針の説明の有無、及び説明した年月日 ・データ提出及びデータの二次利用に係る患者の同意の有無 ・C-CATに対してシークエンスデータ、解析データ及び臨床情報等を提出した年月日等 <p>⑧ 当該医療機関は、患者からの求めに応じて、当該患者のシークエンスデータ（FASTQ又はBAM）及び解析データ（VCF又はXML）等を患者に提供できる体制を整備すること。</p> <p>⑨ 本検査の実施に当たっては、シークエンサーシステムを用いた検査の品質・精度の確保のために必要な措置を講ずることとし、シークエンサーシステムを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けた保険医療機関で実施すること。なお、本検査を衛生検査所に委託する場合は、同様の第三者認定を受けた衛生検査所のみ委託すること。</p> <p>⑩ 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後に治療方針の決定の補助に用いる場合には、当該点数は算定できない。</p> <p>⑪ 本検査の実施に際しD006-4 遺伝学的検査の点数を準用して算定する場合は、「注」に定める施設基準の規定は適用しない。</p> <p>(11) 包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合には、本区分の</p>

		<p>「3 処理が極めて複雑なもの」の所定点数4回分、D004-2悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ 3項目以上」及びM001-4粒子線治療（一連につき）の粒子線治療医学管理加算の所定点数を合算したものを準用して、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、患者への説明内容について、診療録に記載すること。</p> <p>① エキスパートパネルの実施に係る費用は準用した点数に含まれる。なお、エキスパートパネルの実施に際しては、以下の点を遵守すること。</p> <p>ア. エキスパートパネルは、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（平成29年12月25日健発1225第3号）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院及びそれに準ずる医療機関として指定を受けている保険医療機関で実施すること。</p> <p>イ. エキスパートパネルの構成員については、以下の要件を満たしていること。</p> <p>i) 構成員の中に、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する診療領域の異なる常勤の医師が、複数名含まれていること。</p> <p>ii) 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が、1名以上含まれていること。</p> <p>iii) 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が、1名以上含まれていること。</p> <p>iv) 構成員の中に、病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、複数名含まれていること。</p> <p>v) 構成員の中に、分子遺伝学及びがんゲノム医療に関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。</p> <p>vi) 構成員の中に、次世代シーケンサーを用いた遺伝子解析等に必要のバイオインフォマティクスに関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。</p> <p>vii) エキスパートパネルにおいて検討を行う対象患者の主治医又は当該主治医に代わる医師は、エキスパートパネルに参加すること。</p> <p>ウ. エキスパートパネルの構成員については、イのi)からvii)に該当する者がいずれも1名以上出席すること。ただし、やむを得ない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて参加することで出席とみなすことができる。</p> <p>エ. C-CATへのデータの提出の同意を得た患者について検討する際には、C-CATが作成した当該患者に係る調査結果を用いてエキスパートパネルを実施すること。</p> <p>② 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(10)の①から⑨までを満たすこと。</p> <p>③ 当該説明に際し、D006-4遺伝学的検査の点数を準用して算定する場合は、施設基準の規定は適用しない。</p> <p>④ 当該説明に際し、M001-4粒子線治療（一連につき）の粒子線治療医学管理加算を準用して算定する場合は、粒子線治療医学管理加算に定める施設基準の規定は適用しない。</p>
563	左段下から21行目の上の追加 (以降、小見出し番号を繰り下げる)	<p>(31) KL-6 (117点)、心筋トロポニンI (117点)</p> <p>原発性骨粗鬆症の患者に対して、ECLIA法、CLIA法又はCLEIA法により25-ヒドロキシビタミンDを測定した場合は、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回に限り、D007血液化学検査の「30」心筋トロポニンI、KL-6の所定点数を準用して算定する。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める実施方針を遵守すること。</p>
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>
597	左段上から5行目の下に追加	<p>(検査名) クロストリジジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出 (点数) 450</p>
602	左段上から24行目の下に追加	<p>(16) クロストリジジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出 (450点)</p> <p>① クロストリジジオイデス・ディフィシルのトキシンB 遺伝子検出は、以下の(i)~(ii)をいずれも満たす入院患者に対して実施した場合に限り、D023微生物核酸同定・定量検査の「12」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出の所定点数に準じて算定する。</p> <p>(i) Clostridium difficile (CD) 感染症を疑う場合であって、クロストリジウム・ディフィシル抗原定性検査において、CD抗原陽性かつCDトキシン陰性であること。</p> <p>(ii) 2歳以上でBristol Stool Scale 5以上の下痢症状があること。</p> <p>(iii) 24時間以内に3回以上、又は平常時より多い便回数があること。</p> <p>② 本検査は、関連学会の定める指針に基づき実施した場合に限り算定できる。</p> <p>③ 本検査を行う場合にあっては、D026に規定する検体検査管理加算(II)、(III)又は(IV)のいずれか及びA234-2の「1」感染防止対策加算1の施設基準を届け出ている保険医療機関で実施した場合に限り算定できる。</p> <p>④ 本検査を行う場合、下痢症状並びに本検査を行う前のCD抗原及びCDトキシンの検査結果に</p>

		<p>ついて診療録に記載すること。</p> <p>⑤ 本検査とD023微生物核酸同定・定量検査の「15」細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出を併せて測定した場合には、それぞれ算定できる。</p> <p>(以下、通し番号繰上げ)</p>																																																									
632	左段上から8行目の文末に追加	<p>なお、横隔神経電気刺激装置の適応の判定を目的として実施する場合は、当該検査を電極植込術前に1回に限り算定できる。</p>																																																									
672	6フィルム料(3)の価格を差し替え	<p>特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件 (令和元年8月19日厚生労働省告示第88号) https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000545486.pdf ※別表のⅢを参照</p>																																																									
681	別表③と差し替え	別表③を参照																																																									
682	別表④と差し替え	別表④を参照																																																									
684	下から13行目(フィルム料)	8.1	8.3																																																								
684	下から10行目(フィルム料)	6.3×2	6.4×2																																																								
684	下から7行目(フィルム料)	5.1×1.1	5.2×1.1																																																								
684	下から4行目(フィルム料)	5.1×1.1	5.2×1.1																																																								
684	下から1行目(フィルム料)	6.3×2	6.4×2																																																								
685	下から7行目(フィルム料)	6.3	6.4																																																								
685	下から2行目(フィルム料)	6.3	6.4																																																								
696	右段上から20行目の下に追加	<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ー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、コンピューター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コンピューター断層撮影(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コンピューター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陰性にも関わらず、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>																																																									
698	画像記録用フィルム点数早見表を右と差し替え	<p>画像記録用フィルム点数早見表(デジタル撮影・コンピューター断層撮影フィルム)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>フィルム枚数</th> <th>半切</th> <th>大角</th> <th>大四つ切</th> <th>B4</th> <th>四つ切</th> <th>六つ切</th> <th>24×30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1枚</td> <td>22.6</td> <td>18.8</td> <td>18.7</td> <td>15.0</td> <td>13.5</td> <td>12.0</td> <td>14.5</td> </tr> <tr> <td>2枚</td> <td>45.2</td> <td>37.6</td> <td>37.4</td> <td>30.0</td> <td>27.0</td> <td>24.0</td> <td>29.0</td> </tr> <tr> <td>3枚</td> <td>67.8</td> <td>56.4</td> <td>56.1</td> <td>45.0</td> <td>40.5</td> <td>36.0</td> <td>43.5</td> </tr> <tr> <td>4枚</td> <td>90.4</td> <td>75.2</td> <td>74.8</td> <td>60.0</td> <td>54.0</td> <td>48.0</td> <td>58.0</td> </tr> <tr> <td>5枚</td> <td>113.0</td> <td>94.0</td> <td>93.5</td> <td>75.0</td> <td>67.5</td> <td>60.0</td> <td>72.5</td> </tr> <tr> <td>6枚</td> <td>135.6</td> <td>112.8</td> <td>112.2</td> <td>90.0</td> <td>81.0</td> <td>72.0</td> <td>87.0</td> </tr> </tbody> </table>		フィルム枚数	半切	大角	大四つ切	B4	四つ切	六つ切	24×30	1枚	22.6	18.8	18.7	15.0	13.5	12.0	14.5	2枚	45.2	37.6	37.4	30.0	27.0	24.0	29.0	3枚	67.8	56.4	56.1	45.0	40.5	36.0	43.5	4枚	90.4	75.2	74.8	60.0	54.0	48.0	58.0	5枚	113.0	94.0	93.5	75.0	67.5	60.0	72.5	6枚	135.6	112.8	112.2	90.0	81.0	72.0	87.0
フィルム枚数	半切	大角	大四つ切	B4	四つ切	六つ切	24×30																																																				
1枚	22.6	18.8	18.7	15.0	13.5	12.0	14.5																																																				
2枚	45.2	37.6	37.4	30.0	27.0	24.0	29.0																																																				
3枚	67.8	56.4	56.1	45.0	40.5	36.0	43.5																																																				
4枚	90.4	75.2	74.8	60.0	54.0	48.0	58.0																																																				
5枚	113.0	94.0	93.5	75.0	67.5	60.0	72.5																																																				
6枚	135.6	112.8	112.2	90.0	81.0	72.0	87.0																																																				
765	左段下から14行目に追加	<p>(⇒P.26)。ただし、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者に対し、選定療養としてリハビリテーションを実施することはできない。(2019.4.17厚労省事務連絡)</p>																																																									
768	左段上から10行目の下に右を追加	<p>④ 要介護被保険者等のうち入院外の患者については、2019年4月1日以降は維持期リハビリテーションは算定できないが、2019年3月中に(要介護・要支援者の維持期リハビリテーションの場合)の点数を算定している患者が、別の施設で介護保険のリハビリテーションを同一月に併用する場合に限り、介護保険のリハビリテーション利用開始日を含む月の翌々月まで引き続き(要介護・要支援者の維持期リハビリテーションの場合)の点数を1月7単位まで算定できる。(2019.3.8厚労省通知)</p> <p>⑤ 上記④について、2019年3月中に(要介護・要支援者の維持期リハビリテーションの場合)の点数を算定していた患者が、4月中に別の施設において介護保険のリハビリテーションを開始した場合、4月、5月及び6月の3月に限り、(要介護・要支援者の維持期リハビリテーションの場合)の点数を1月7単位まで算定することは可能。(2019.4.17厚労省事務連絡一部改変)</p>																																																									
772	ページ全体を別表②と差し替え	別表②参照																																																									
864	左段上から23行目の下に追加	<p>(19) 薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行う場合には児童思春期精神科専門管理加算の「ロ」の所定点数を準用して算定する。</p> <p>ア 本治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。</p> <p>イ 既存の抗うつ剤治療を1種類以上使用した経歴があるものの、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持</p>																																																									

		<p>続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。</p> <p>ウ 関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる。時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない。なお、当該の治療を行った医療機器、行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載すること。</p> <p>エ 初回の治療を行った日から起算して6週を限度として、計30回に限り算定できる。また、治療を行った全ての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>オ 治療開始前にHAMD 17又はHAMD 24（ハミルトンうつ病症状評価尺度）による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容を診療録に記載すること。</p> <p>カ 第3週目及び第6週目にHAMD 17又はHAMD 24による再評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAMD 17で7以下、HAMD 24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止若しくは漸減すること。漸減する場合、第4週目は最大週3回、第5週は最大週2回、第6週は最大週1回まで算定できる。また、寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が20%未満の場合には中止すること。</p> <p>キ 本治療は、精神科を標榜している病院であって、うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が1名以上配置されている病院で実施すること。</p> <p>ク 本治療は、1003-2 認知療法・認知行動療法1又は2の施設基準及び次のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院で実施すること。</p> <p>(イ) A230-4 精神科リエゾンチーム加算 (ロ) A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 (ハ) A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 (ニ) A249 精神科急性期医師配置加算 (ホ) A311 精神科救急入院料 (ヘ) A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (ト) A311-3 精神科救急・合併症入院料</p> <p>ケ 児童思春期精神科専門管理加算の施設基準の規定は適用しない。</p>
974	右段最終行の次に追加	<p>㊦ 2019年度分の酸素の価格について既に届出済みの医療機関も、2019年10月1日から2020年3月31日の算定にあたっては、2018年1月から12月に購入した酸素の購入対価に108分の110を乗じた上で算出し直した単価に基づいて算定する必要がある。</p> <p>㊧ 2020年度（2020年4月から2021年3月）の酸素の購入価格に関する届出書は、2020年2月15日までに届出を行うことになるが、その際、2019年1月から9月までの購入分については購入額に108分の110を乗じた額を、2019年10月以降の購入分については購入額を「購入対価」欄に記載し、単価を算出する。</p>
975	左段下から9～8行目 ※2019年10月1日から適用	<p>（平成25年1月1日から平成26年3月31日までの間に当該医療機関が購入した酸素の対価については、当該対価に105分の108を乗じて得た額</p>
975	右段上から16行目～27行目 ※2019年10月1日から適用	<p>②可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 0.31円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>ロ、酸素ポンベに係る酸素の単価 ①及び②に掲げる区分に応じ、それぞれ①及び②に定める額</p> <p>①大型ポンベに係る酸素の単価 0.41円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②小型ポンベに係る酸素の単価 2.31円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p>
975		<p>②可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 0.32円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>ロ、酸素ポンベに係る酸素の単価 ①及び②に掲げる区分に応じ、それぞれ①及び②に定める額</p> <p>①大型ポンベに係る酸素の単価 0.42円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②小型ポンベに係る酸素の単価 2.36円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p>
976	左段上から1行目～15行目 ※2019年10月1日から適用	<p>①定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価 0.28円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 0.46円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>ロ、酸素ポンベに係る酸素の単価 ①及び②に掲げる区分に応じ、それぞれ①及び②に定める額</p> <p>①大型ポンベに係る酸素の単価 0.62円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②小型ポンベに係る酸素の単価 3.09円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p>
976		<p>①定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価 0.29円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 0.47円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>ロ、酸素ポンベに係る酸素の単価 ①及び②に掲げる区分に応じ、それぞれ①及び②に定める額</p> <p>①大型ポンベに係る酸素の単価 0.63円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p> <p>②小型ポンベに係る酸素の単価 3.15円（単位：ℓ。摂氏35度、1気圧における容積とする）</p>
976	右段上から1行目～17行目 ※2019年10月1日から適用	<p>素の単価 1ℓ当たり0.31円</p> <p>・酸素ポンベに係る酸素の単価 大型ポンベに係る単価 1ℓ当たり0.41円 小型ポンベに係る単価 1ℓ当たり2.31円</p> <p>イ 離島等に所在する医療機関の場合</p> <p>・液体酸素の単価 定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価 1ℓ当たり0.28円 可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 1ℓ当たり0.46円</p> <p>・酸素ポンベに係る酸素の単価 大型ポンベに係る酸素の単価 1ℓ当たり0.62円 小型ポンベに係る酸素の単価 1ℓ当たり3.09円</p>
976		<p>素の単価 1ℓ当たり0.32円</p> <p>・酸素ポンベに係る酸素の単価 大型ポンベに係る単価 1ℓ当たり0.42円 小型ポンベに係る単価 1ℓ当たり2.36円</p> <p>イ 離島等に所在する医療機関の場合</p> <p>・液体酸素の単価 定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価 1ℓ当たり0.29円 可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価 1ℓ当たり0.47円</p> <p>・酸素ポンベに係る酸素の単価 大型ポンベに係る酸素の単価 1ℓ当たり0.63円 小型ポンベに係る酸素の単価 1ℓ当たり3.15円</p>

976	【酸素の単価表】を右のように変更 ※2019年10月1日より適用			1 離島等以外の地域に所在する医療機関の場合	2 離島等に所在する医療機関の場合
		液体酸素	定置式液化酸素貯槽(CE)	0.19円/ℓ	0.28円/ℓ → 0.29円/ℓ
			可搬式液化酸素容器(LGC)	0.31円/ℓ → 0.32円/ℓ	0.46円/ℓ → 0.47円/ℓ
		酸素ポンベ	大型ポンベ	0.41円/ℓ → 0.42円/ℓ	0.62円/ℓ → 0.63円/ℓ
小型ポンベ	2.31円/ℓ → 2.36円/ℓ		3.09円/ℓ → 3.15円/ℓ		
978	左段下から9行目～5行目 ※2019年10月1日から適用	(14) (5)、(7)及び(11)に掲げる対価については、 平成25年1月1日から平成26年3月31日 までの間に医療機関が購入したのものについては、当該対価に 105分の108 を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。		(14) (5)、(7)及び(11)に掲げる対価については、 平成30年1月1日から令和元年9月30日 までの間に医療機関が購入したのものについては、当該対価に 108分の110 を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。	
978	右段下から23行目	<p>② 酸素の購入単価の算出方法をまとめると次のとおりになる。</p> <p>1. 原則 当該年度(診療日の属する年度)に係る購入単価は、前年の1月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とし、届出は当該年の2月15日までに行う。 なお、請求にあたっては、上限単価を超えることはできない。</p>		<p>② 上記①の計算について、購入対価は、2018(平成30)年1月1日から2019(令和元)年9月30日までの間に購入したのものについては、購入対価(実際に購入した価格)に110/108を乗じて得た金額(1円未満四捨五入)となる。具体的には以下の通り。 ア 2019年10月から2020年3月の診療における酸素の単価算出時に用いる購入対価は、2018年1～12月に購入した酸素の対価の110/108の金額となる。 イ 2020年度の診療における酸素の単価算出時に用いる購入対価は、2019年1月～9月に購入した酸素は対価の110/108の金額、2019年10月～12月に購入した酸素は対価の100/100の金額となる。 ③ 酸素の購入単価の算出方法をまとめると次のとおりになる。</p> <p>1. 原則 当該年度(診療日の属する年度)に係る購入単価は、前年の1月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とし、届出は当該年の2月15日までに行う。 ただし、2019年10月から2020年3月までの単価は、厚生局に届け出た購入単価に対してではなく、酸素の購入対価(実際に購入した価格)に108分の110を乗じて算出する。 なお、請求にあたっては、上限単価を超えることはできない。</p>	
1079	左段上から20行目の後、枠外に追加	<腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術> 横隔神経電気刺激装置の電極植込術を行う場合は、本区分の所定点数を準用して算定できる。			
1084	右段上から7行目	経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。		<p>(1) 経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。</p> <p>(2) 左心耳閉鎖デバイスを用いて、左心耳の永久閉鎖を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。なお、この場合にあつては、本区分に係る施設基準の規定は適用しない。</p>	
1101	右段下から21行目	「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>(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>	
1161	左段上から8行目の下に追加	<p>(4) 薬物療法で十分に効果が得られない本態性振戦に対する、MRガイド下集束超音波治療器による集束超音波治療を行った場合は、本区分、M000放射線治療管理料(分布図の作成1回につき)の「4」強度変調放射線治療(IMRT)による体外照射を行った場合、M001-4粒子線治療(一連につき)の粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の所定点数を合算した点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定できる。 ア 本治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。 イ 本治療は、振戦の診断や治療に関して、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の脳神経外科の医師が実施すること。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。 ウ 本治療の実施に際し、M001-4粒子線治療(一連につき)の「注2」の粒子線治療適応判定加算及び「注3」の粒子線治療医学管理加算の所定点数を準用して算定する場合は、当該区分の「注2」及び「注3」に定める施設基準の規定は適用しない。</p>			
1169	左段上から8行目	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」を算定した理由を記載する。肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合		病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」を肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合	
1170	左段下から18行目	場合には、当該加算は算定できない。		場合、並びにシークエンサーシステムを用いてEGFR遺伝子、ROS1融合遺伝子、BRAF遺伝子及びALK融合遺伝子検査を実施している場合には、当該加算は算定できない。	
1170	右段上から9行目	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製について、算定した理由を記載する。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		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	

		病理組織標本作製が実施困難である理由を記載する。	製が実施困難である医学的な理由を記載すること。
1172	右段上から7行目の下に追加	(3) 乳癌の腫瘍細胞を検体とし、シークエ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HER2遺伝子検査を実施する場合には、本区分の「1」単独の場合の所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。 (4) シークエ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特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルと併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異にかかる検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。	
1195 ～ 1229	001～202までの点数を変更 ※2019年10月1日から適用	特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件 (令和元年8月19日厚生労働省告示第88号) https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000545486.pdf ※別表のⅡを参照	
1206	右段の最終行に追加	(10) 骨充填用スパーサー	3,400円
1214	右段の上から7行目	イ 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 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。 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・体外式ペースティング機能付き」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・体外式ペースティング機能付き・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。	イ 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 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。 (下線部削除)
1215	左段上から9行目の下に追加	(4) 異種心膜弁(Ⅱ)システム	1,030,000円
1215	左段下から15行目の上に追加	<生体弁> (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。 (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。 (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。	
1218	右段の下から2行目の上に追加	⑤ 大血管用ローテーションシース	263,000円
1219	右段の下から20行目の上に追加	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。	
1219	左段上から9行目の下に追加 ※2019年10月1日からの価格	エ 直接吸引型	268,000円
1223	右段下から1行目の上に追加 (従来のウをエに変更とする)	※ エ 直接吸引型	273,000円
1223	右段下から1行目の上に追加 (従来のウをエに変更とする)	ウ 自家培養表皮(栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合) a 調整・移植キットについては、栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症であって、4週間以上持続しているびらん・潰瘍又は潰瘍化と再上皮化を繰り返すびらん・潰瘍に対して、上皮化させることを目的として使用した場合に、一連の治療計画につき同一箇所に対する移植は3回を限度とし、合計50枚を限度として算定する。なお、同一箇所に対して2回以上移植した場合は、その医学的理由と移植箇所、移植回数を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 b 採取・培養キットについては、一連の治療計画の初回治療月に1回に限り算定できる。 c ヒト自家移植組織(自家培養表皮)を栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症の治療を目的として使用した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。 i 治療開始年月及び治療終了予定年月 ii 治療間隔及び回数 エ 自家培養軟骨	
1229	右段の最終行に追加	201 膀胱用瘻孔形成補綴材留置システム	493,000円
1229	既追補201の後に追加	膀胱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。 202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	1cm当たり24円
1229	既追補201の後に追加	ア 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、関連学会の定める腹部開放管理における専用ドレッシングキットの適正使用指針に沿って使用した場合に限り、初回使用から10日を限度に5枚に限り算定できる。 イ 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、A300救命救急入院料(1日につき)「1」救命救命入院料1から「4」救命救命入院料4のいずれか、A301特定集中治療室管理料(1日につき)「1」特定集中治療室管理料1から「4」特定集中治療室管理料4のいずれか、A301-4小児特定集中治療室管理料(1日につき)「1」7日以内の期間若しくは「2」8日以上期間又はA302新生児特定集中治療室管理料(1日につき)「1」新生児特定集中治療室管理料1若しくは「2」新生児特定集中治療室管理料2のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。	

		<p>ウ 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>エ 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットは、保護レイヤ部分の面積に基づいて算定する。</p>				
1229	<p>既追補202の後に追加 ※2019年10月1日からの価格</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,240,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 606,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,400円</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>※</p> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,260,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 617,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,480円</p> </td> </tr> </table> <p>ア 人工呼吸器に依存する脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として使用する場合に限り算定できる。</p> <p>イ 当該材料は、関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定できる。</p> <p>ウ 当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定できる。</p> <p> a 当該材料を使用した腹腔鏡手術を3例以上実施した経験を有する常勤の消化器外科又は小児外科の医師若しくは、その指導下で当該手術を実施する医師であること。</p> <p> b 当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了していること。</p> <p>エ H O O 3呼吸器リハビリテーション料の「1」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「2」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関で実施すること。</p> <p>オ 当該材料を使用する前に、横隔神経伝導試験及びX線透視による横隔膜運動の観察等によって、横隔神経の電気刺激による横隔膜の収縮を確認すること。なお、当該材料の算定にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に、D 2 3 9筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;">204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,470,000円</td> <td style="width: 50%;">※ 204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,500,000円</td> </tr> </table> <p>ア 関連学会の定める適応基準を満たす非弁膜症性心房細動患者に対して、左心耳に起因する血栓塞栓症のリスクを低減する目的で使用した場合に限り算定できる。本品の使用に当たっては、抗凝固療法と本システムを用いた療法とのリスクとベネフィットの比較衡量により、適切と判断される治療方法を選択すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に本品を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</p> <p>イ 当該材料は、関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り、1回の手術に当たり1個を限度して算定できる。</p> <p>ウ 当該材料は、関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>エ 当該材料は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>オ 当該材料を使用するにあつては、関連学会が行うレジストリに症例情報を登録すること。</p> <p>カ 当該材料の使用に伴う合併症について、患者に文書を用いて説明し、及び同意を取得し、当該文書を診療録に保管すること。</p> <p>キ 当該材料の留置後6ヶ月間は、手技を実施した保険医療機関で患者の指導管理を行うこと。</p>	<p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,240,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 606,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,400円</p>	<p>※</p> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,260,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 617,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,480円</p>	204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,470,000円	※ 204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,500,000円
<p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,240,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 606,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,400円</p>	<p>※</p> <p>203 横隔神経電気刺激装置</p> <p>(1) 電極植込キット 1,260,000円</p> <p>(2) 体外式パルス発生器 617,000円</p> <p>(3) 接続ケーブル 4,480円</p>					
204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,470,000円	※ 204 経皮的左心耳閉鎖システム 1,500,000円					
1230	<p>118番と122番の間に追加</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <p>120 生体弁</p> <p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ)</p> <p>(承認番号) 22900BZX00053000</p> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <p>平成30年9月1日から 平成32年3月31日まで</p> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top; text-align: right;"> <p>984,000円</p> </td> </tr> </table>	<p>120 生体弁</p> <p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ)</p> <p>(承認番号) 22900BZX00053000</p>	<p>平成30年9月1日から 平成32年3月31日まで</p>	<p>984,000円</p>	
<p>120 生体弁</p> <p>(3) 異種心膜弁(Ⅱ)</p> <p>(承認番号) 22900BZX00053000</p>	<p>平成30年9月1日から 平成32年3月31日まで</p>	<p>984,000円</p>				
1759	<p>下から11行目 「区分」内 右段</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>肝炎治療特別促進事業に係る医療</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>肝炎治療特別促進事業に係る医療及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給</p> </td> </tr> </table>	<p>肝炎治療特別促進事業に係る医療</p>	<p>肝炎治療特別促進事業に係る医療及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給</p>		
<p>肝炎治療特別促進事業に係る医療</p>	<p>肝炎治療特別促進事業に係る医療及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の支給</p>					

1767 ～ 1768	「特記事項」欄を右 のように訂正	13 「特記事項」欄 (2018年8月以降※12月以降分追記)		
		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	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(特記事項「34」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 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(特記事項「34」に該当する場合を除く)
30	区オ	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 「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(特記事項「35」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 「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		

		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 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
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 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又は 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 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、 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 ） 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）
32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 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 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）
33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 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 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）
34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 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 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、 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） 、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
35	多才	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

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）

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。

※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患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**（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及び**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**にあっては、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

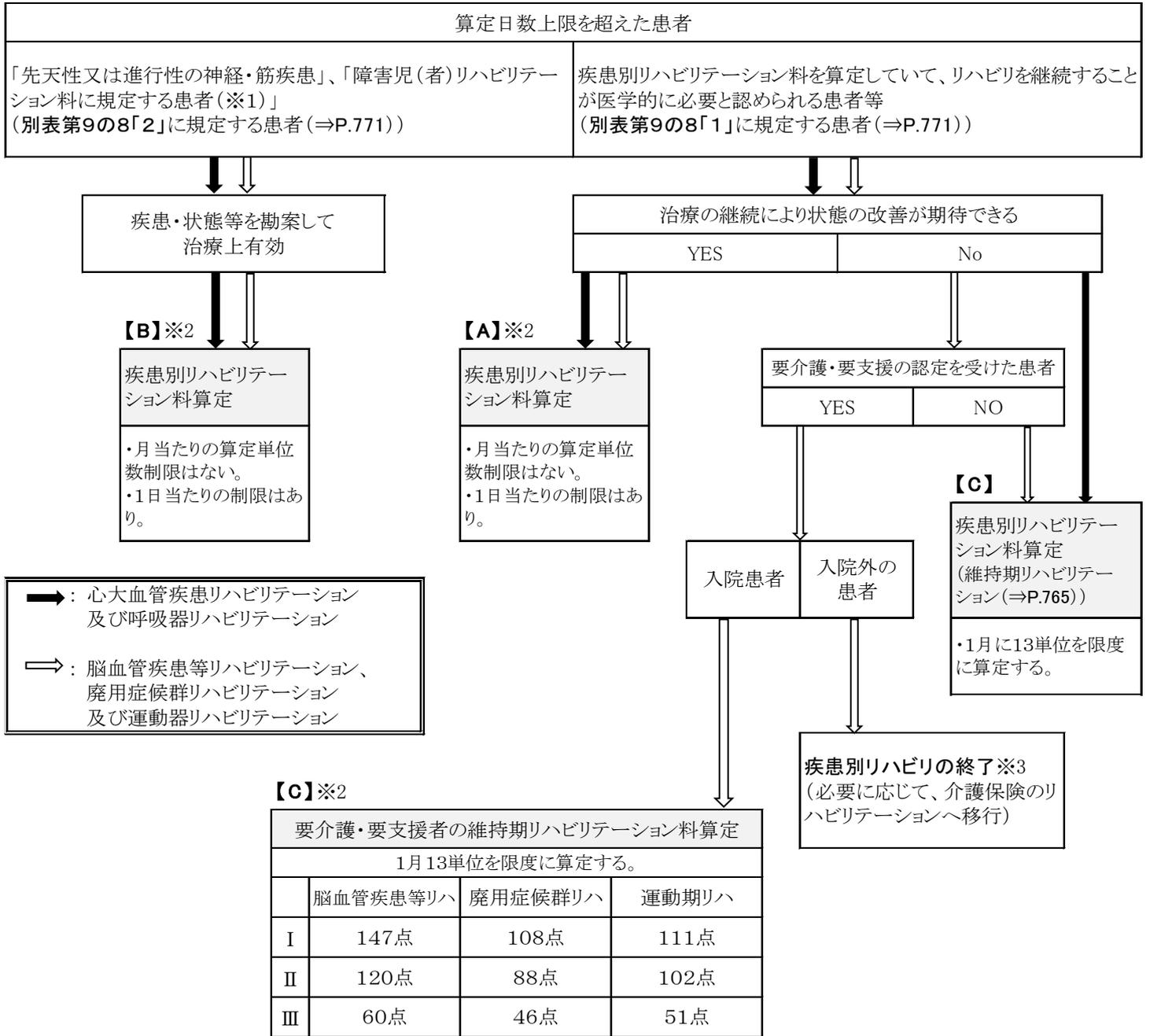
		った者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。) 及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下による。
1779	左段下から	(10) <u>(削除)</u> ⇒ 本文削除する。 (11) <u>(削除)</u> ⇒ 本文削除する。 (12) <u>(削除)</u> ⇒ 本文削除する。 (15) <u>(削除)</u> ⇒ 本文削除する。
1780 ～ 1781	右段3行目 (2018年12月以降分 追記：(23) (24) (28) (29))	(20) 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、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っては、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認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、「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歳未満の場合であって、「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っては、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っては、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歳以上の場合であって、「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歳未満の場合であって、「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っては、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っては、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歳以上の場合であって、「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歳未満の場合であって、「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っては、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っては、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歳以上の場合であって、「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

		<p>(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、<u>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）</u>には、「特記事項」欄に「多イ」と記載する。</p> <p>(27) <u>70歳未満において(28)における</u>「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、<u>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</u></p> <p>(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、<u>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）</u>には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。</p> <p>(28) <u>70歳未満において(29)における</u>「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、<u>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</u>「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、<u>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 月目以上である場合</u>には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。</p> <p>(29) <u>70歳未満において(24)における</u>「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、<u>特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</u>には、「特記事項」欄に「多才」と記載する。</p>
--	--	--

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。

疾患別リハビリテーション料算定日数上限超のフローチャート

(2019年4月1日以降)



➡ : 心大血管疾患リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション

⇨ : 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション及び運動器リハビリテーション

*リハビリ実施計画書の取扱いや、診療報酬明細書等の記載内容については、次頁のそれぞれ【A】～【C】を参照。

※1 加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病は除く。

※2 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション及び運動器リハビリテーションについては、要介護・要支援者であって、過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は、所定点数の**100分の90**に相当する点数を算定する。

※3 2019年3月中に維持期リハビリテーション料を算定している患者が、別の施設で介護保険のリハビリテーションを同一月に併用する場合に限り、介護保険のリハビリ開始日を含む月の翌々月まで、引き続き要介護・要支援者の維持期リハビリテーション料を1月7単位まで算定できる(算定点数は⇒P.770参照)(2019.3.8厚生労働省通知)。

フィルム点数(6歳未満児の胸部・腹部単純撮影の場合は 1.1 倍)

(単位:点)

フィルム	半切	大角	大四ツ切	四ツ切	六ツ切	八ツ切	カビネ	10×10	7×7	6×6
1 枚	12.4	11.8	8.3	6.4	5.2	4.9	3.8	2.9	2.2	1.5
2 枚	24.8	23.6	16.6	12.8	10.4	9.8	7.6	5.8	4.4	3
3 枚	37.2	35.4	24.9	19.2	15.6	14.7	11.4	8.7	6.6	4.5
4 枚	49.6	47.2	33.2	25.6	20.8	19.6	15.2	11.6	8.8	6
5 枚	62	59	41.5	32	26	24.5	19	14.5	11	7.5
6 枚	74.4	70.8	49.8	38.4	31.2	29.4	22.8	17.4	13.2	9

3歳以上6歳未満児の胸部又は腹部単純撮影点数(診断料)+(アナログ撮影料×130/100)+(フィルム点数×1.1)

フィルム	大四ツ切	四ツ切	六ツ切
1 枚	172	170	169
1 枚 正・側	254	252	251
2 枚	263	259	256
3 枚	354	348	343

3歳未満児(新生児除く)の胸部又は腹部単純撮影点数(診断料)+(アナログ撮影料×150/100)+(フィルム点数×1.1)

フィルム	大四ツ切	四ツ切	六ツ切
1 枚	184	182	181
1 枚 正・側	272	270	269
2 枚	281	277	274
3 枚	378	372	368

新生児の胸部又は腹部単純撮影点数(診断料)+(アナログ撮影料×180/100)+(フィルム点数×1.1)

フィルム	四ツ切	六ツ切
1 枚	200	199
1 枚 正・側	297	296
2 枚	304	301
3 枚	408	404

診断料+アナログ撮影料+フィルム料

(注)表中の「正側」は、フィルム1枚を使用し、正面・側面を各1回撮影した場合

(単位:点)

撮影種別	部位	フィルム枚数	点数						
			半切	大角	大四ツ切	四ツ切	六ツ切	八ツ切	カビネ
			12.4	11.8	8.3	6.4	5.2	4.9	3.8
単純撮影	頭部、胸部、腹部、脊椎、耳、副鼻腔、骨盤、腎、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨、鎖骨、尿管、膀胱	1	157	157	153	151	150	150	149
		2	243	242	235	231	228	228	226
		正・側	230	230	226	224	223	223	222
	その他の部位 (四肢の骨、手、足)	1	115	115	111	109	108	108	107
		2	180	179	172	168	165	165	163
		正・側	167	167	163	161	160	160	159
特殊撮影	スポット撮影、断層撮影、パントモグラフィ	1	368	368	364	362	361	361	360
		2	381	380	373	369	366	366	364
	一、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影、	3	393	391	381	375	372	371	367
	児頭骨盤不均衡特殊撮影	4	406	403	389	382	377	376	371
		5	418	415	398	388	382	381	375
造影剤使用撮影	消化管及びその他の臓器	1	228	228	224	222	221	221	220
		2	349	348	341	337	334	334	332
		3	469	467	457	451	448	447	443
		4	590	587	573	566	561	560	555
		5	710	707	690	680	674	673	667
	脳脊髄腔	1	376	376	372	370	369	369	368
		2	571	570	563	559	556	556	554
		3	765	763	753	747	744	743	739
	血管(心臓・冠動脈以外)動脈造影カテーテル法 イ、主要血管分枝血管選択的造影 +3,600点 ロ、その他 +1,180点	1	228	228	224	222	221	221	220
		2	349	348	341	337	334	334	332
		3	469	467	457	451	448	447	443
	心臓・冠動脈(一連につき)右心の場合(左心は右点数に400点をプラス)	1	3,612	3,612	3,608	3,606	3,605	3,605	3,604
		2	3,625	3,624	3,617	3,613	3,610	3,610	3,608
		3	3,637	3,635	3,625	3,619	3,616	3,615	3,611

乳房撮影(診断料+撮影料+フィルム料)

		24×30(13.5)	20.3×25.4(13.5)	18×24(12.5)
乳房撮影 (マンモグラフィ用フィルム)	1	512	512	511
	2	525	525	523
	3	538	538	536
	4	552	552	548
	5	566	566	561