

# 『点数表改定のポイント』2020年4月版 正誤(2020.5.7現在)

※訂正箇所はゴシック太字下線で表示する。但し、下線等の訂正については「訂正箇所」欄に注釈で示す。


※最新の正誤は太枠で示しています。

頁	訂正箇所	誤	正
6	上から18行目	▲0.01% (国費-10億円、医療費 50億円)	▲0.01% (国費-10億円、医療費 <u>50</u> 億円)
48	最左段上から23行目	★イ 救急搬送看護体制加算 1	★イ 救急搬送看護体制加算 1 <b>届</b>
85	上から10行目 ※取消線・下線を追加	所定労働時間が週 <b>2422</b> 時間以上	所定労働時間が週 <b>2422</b> 時間以上
140	表中 「ロ 指導料 (Ⅱ)」の「共同指 導で必要な多職種 チームの関係者」 上から2行目	…精神科の医師、 <u>保健師</u> 又は看護師及び精神保健 福祉士が…	…精神科の医師 <b>若しくは</b> 保健師又は看護師及び精 神保健福祉士が…
179	下から10行目	注：2019年5月追加)、 <b>ヒドロモルフォン塩酸塩 製剤(編注：2019年5月追加)</b> インスリン・グル カゴ	注：2019年5月追加)、インスリン・グルカゴ
202	下から9行目	診療報酬は実施医療機関が算定し	診療報酬は <b>検査</b> の実施医療機関が算定し
216	下から8行目	検査(1)のエ <b>及び</b> オに掲げる疾患	検査(1)のエ <b>又は</b> オに掲げる疾患
241	上から12行目	<b>(4) D023 微生物核酸同定・定量検査の「2 クラミ ジア・トラコマチス核酸検出(198点)」「3 淋菌核 酸検出(204点)」「5 淋菌及びクラミジア・トラ コマチス同時核酸検出(278点)」に TRC 法が追加さ れた。</b>	削除 (以降、番号を繰り上げ)
243	上から13行目 ※下線を削除	SDA 法又は <b>TRC 法</b> に	SDA 法又は <b>TRC 法</b> に
243	上から 19, 23, 29, 33 行目 ※下線を削除	<b>法又は TRC 法</b> に	<b>法又は TRC 法</b> に
248	下から24行目	エ 超音波検査(「3 心臓超音波検査」の「二 胎児心エコー法」を除く)を算定する際は、 以下の要件を <b>すべて</b> 満たすことが必要とされ た。 ① 当該検査で得られた主な所見をカルテに 記載する、又は検査実施者が測定値や性状 等について文書に記載する。なお、医師以 外が実施した場合は、その文書について医 師が確認した旨をカルテに記載する。 ② 検査で得られた主な画像をカルテに添付 する。 ③ 測定値や性状等について文書に記載した 場合は、その文書をカルテに添付する。	エ 超音波検査(「3 心臓超音波検査」の「二 胎児心エコー法」を除く)を算定する際は、 以下の要件を満たすことが必要とされた。 ① 当該検査で得られた主な所見をカルテに 記載する、又は検査実施者が測定値や性状 等について文書に記載する。なお、医師以 外が実施した場合は、その文書について医 師が確認した旨をカルテに記載する。 <b>オ 超音波検査を算定する場合は、以下の要件 を満たすことが必要とされた。</b> ① 検査で得られた主な画像をカルテに添付 する。 ② 測定値や性状等について文書に記載した 場合は、その文書をカルテに添付する。
251	下から8行目	ア 消化器領域 <b>(<u>肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消 化管</u>)</b> イ 腎・泌尿器領域 <b>(<u>腎臓・膀胱・尿管・前立 腺</u>)</b> ウ 女性生殖器領域 <b>(<u>卵巣・卵管・子宮</u>)</b>	ア 消化器領域 イ 腎・泌尿器領域 ウ 女性生殖器領域

251	下から2行目	(4) 超音波検査（「3 心臓超音波検査」の「二胎児心エコー法」を除く）を算定する際は、以下の要件を <b>すべて</b> 満たすことが必要とされた。 ア 当該検査で得られた主な所見をカルテに記載する、又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載する。なお、医師以外が実施した場合は、その文書について医師が確認した旨をカルテに記載する。 <b>イ</b> 検査で得られた主な画像をカルテに添付する。 <b>ウ</b> 測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書をカルテに添付する。	(4) 超音波検査（「3 心臓超音波検査」の「二胎児心エコー法」を除く）を算定する際は、以下の要件を満たすことが必要とされた。 ア 当該検査で得られた主な所見をカルテに記載する、又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載する。なお、医師以外が実施した場合は、その文書について医師が確認した旨をカルテに記載する。 <b>(5) 超音波検査を算定する場合は、以下の要件を満たすことが必要とされた。</b> <b>ア</b> 検査で得られた主な画像をカルテに添付する。 <b>イ</b> 測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書をカルテに添付する。 (以降、番号を繰り下げ)																																																															
373	下から19行目	画像診断の費用は所定点数に含まれるとされていたが、当該点数の算定日に限り	画像診断の費用は所定点数に含まれるとされていたが、 <b>レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限って</b> 、当該点数の算定日に限り																																																															
394	上から18行目 左右両段	注2 J098 口腔、 <b>喉頭</b> 処置と併せて行った場	注2 J098 口腔、 <b>咽頭</b> 処置と併せて行った場																																																															
483	下から11行目	(14) A226-2 緩和ケア診療加算、…週22時間以上の勤務を行っている専任の <b>以上</b> 勤医師を2名組み合わせることにより…	(14) A226-2 緩和ケア診療加算、…週22時間以上の勤務を行っている専任の <b>非常</b> 勤医師を2名組み合わせることにより…																																																															
521	上の表中、下から2段目を右に差し替え		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">看護補助加算</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○地域一般1～3への加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護補助加算1 (30対1)</td> <td>+141</td> </tr> <tr> <td>看護補助加算2 (50対1)</td> <td>+116</td> </tr> <tr> <td>看護補助加算3 (75対1)</td> <td>+88</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算 (入院初日)</td> <td>+165</td> </tr> <tr> <td>○地域一般1又は2への加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間75対1看護補助加算</td> <td>+50</td> </tr> </tbody> </table>	看護補助加算		○地域一般1～3への加算		看護補助加算1 (30対1)	+141	看護補助加算2 (50対1)	+116	看護補助加算3 (75対1)	+88	夜間看護体制加算 (入院初日)	+165	○地域一般1又は2への加算		夜間75対1看護補助加算	+50																																															
看護補助加算																																																																		
○地域一般1～3への加算																																																																		
看護補助加算1 (30対1)	+141																																																																	
看護補助加算2 (50対1)	+116																																																																	
看護補助加算3 (75対1)	+88																																																																	
夜間看護体制加算 (入院初日)	+165																																																																	
○地域一般1又は2への加算																																																																		
夜間75対1看護補助加算	+50																																																																	
551	下の表中、上から2～13段目を右に差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th>入院基本料</th> <th>初期加算(届)</th> <th>14日以内</th> <th>30日以内</th> <th>30日超</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有床診療所 入院基本料1</td> <td>あり</td> <td><b>1,067</b> (138)</td> <td rowspan="2">712 (107)</td> <td rowspan="2">604 (91)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>917 (138)</td> </tr> <tr> <td>有床診療所 入院基本料2</td> <td>あり</td> <td><b>971</b> (123)</td> <td rowspan="2">616 (92)</td> <td rowspan="2">555 (83)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>821 (123)</td> </tr> <tr> <td>有床診療所 入院基本料3</td> <td>あり</td> <td><b>755</b> (91)</td> <td rowspan="2">567 (85)</td> <td rowspan="2">534 (80)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>605 (91)</td> </tr> <tr> <td>有床診療所 入院基本料4</td> <td>あり</td> <td><b>974</b> (124)</td> <td rowspan="2">640 (96)</td> <td rowspan="2">542 (81)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>824 (124)</td> </tr> <tr> <td>有床診療所 入院基本料5</td> <td>あり</td> <td><b>887</b> (111)</td> <td rowspan="2">553 (83)</td> <td rowspan="2">499 (75)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>737 (111)</td> </tr> <tr> <td>有床診療所 入院基本料6</td> <td>あり</td> <td><b>693</b> (81)</td> <td rowspan="2">509 (76)</td> <td rowspan="2">480 (72)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>なし</td> <td>543 (81)</td> </tr> </tbody> </table>	入院基本料	初期加算(届)	14日以内	30日以内	30日超	有床診療所 入院基本料1	あり	<b>1,067</b> (138)	712 (107)	604 (91)		なし	917 (138)	有床診療所 入院基本料2	あり	<b>971</b> (123)	616 (92)	555 (83)		なし	821 (123)	有床診療所 入院基本料3	あり	<b>755</b> (91)	567 (85)	534 (80)		なし	605 (91)	有床診療所 入院基本料4	あり	<b>974</b> (124)	640 (96)	542 (81)		なし	824 (124)	有床診療所 入院基本料5	あり	<b>887</b> (111)	553 (83)	499 (75)		なし	737 (111)	有床診療所 入院基本料6	あり	<b>693</b> (81)	509 (76)	480 (72)		なし	543 (81)											
入院基本料	初期加算(届)	14日以内	30日以内	30日超																																																														
有床診療所 入院基本料1	あり	<b>1,067</b> (138)	712 (107)	604 (91)																																																														
	なし	917 (138)																																																																
有床診療所 入院基本料2	あり	<b>971</b> (123)	616 (92)	555 (83)																																																														
	なし	821 (123)																																																																
有床診療所 入院基本料3	あり	<b>755</b> (91)	567 (85)	534 (80)																																																														
	なし	605 (91)																																																																
有床診療所 入院基本料4	あり	<b>974</b> (124)	640 (96)	542 (81)																																																														
	なし	824 (124)																																																																
有床診療所 入院基本料5	あり	<b>887</b> (111)	553 (83)	499 (75)																																																														
	なし	737 (111)																																																																
有床診療所 入院基本料6	あり	<b>693</b> (81)	509 (76)	480 (72)																																																														
	なし	543 (81)																																																																
555	中央の表中、上から3～8段目を右に差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">入院基本料</th> <th rowspan="2">医療区分</th> <th rowspan="2">ADL区分</th> <th colspan="2">算定点数</th> <th colspan="2">外泊点数</th> </tr> <tr> <th>65歳未満</th> <th>65歳以上</th> <th>65歳未満</th> <th>65歳以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">入院基本料A</td> <td rowspan="3">3</td> <td>3</td> <td rowspan="3">1,057</td> <td rowspan="3">1,042</td> <td rowspan="3">159</td> <td rowspan="3">156</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">入院基本料B</td> <td rowspan="3">2</td> <td>3</td> <td rowspan="3">945</td> <td rowspan="3">929</td> <td rowspan="3">142</td> <td rowspan="3">139</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> </tr> <tr> <td>入院基本料C</td> <td rowspan="2">1</td> <td>3</td> <td rowspan="2">827</td> <td rowspan="2">813</td> <td rowspan="2">124</td> <td rowspan="2">122</td> </tr> <tr> <td>入院基本料D</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">入院基本料E</td> <td rowspan="2">1</td> <td>3</td> <td rowspan="2">653</td> <td rowspan="2">638</td> <td rowspan="2">98</td> <td rowspan="2">96</td> </tr> <tr> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td rowspan="2">564</td> <td rowspan="2">549</td> <td rowspan="2">85</td> <td rowspan="2">82</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>特別入院基本料</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>488</td> <td>473</td> <td>73</td> <td>71</td> </tr> </tbody> </table>	入院基本料	医療区分	ADL区分	算定点数		外泊点数		65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上	入院基本料A	3	3	1,057	1,042	159	156	2	1	入院基本料B	2	3	945	929	142	139	2	1	入院基本料C	1	3	827	813	124	122	入院基本料D	1	入院基本料E	1	3	653	638	98	96	2			1	564	549	85	82			1	特別入院基本料	—	—	488	473	73	71	
入院基本料	医療区分	ADL区分				算定点数		外泊点数																																																										
			65歳未満	65歳以上	65歳未満	65歳以上																																																												
入院基本料A	3	3	1,057	1,042	159	156																																																												
		2																																																																
		1																																																																
入院基本料B	2	3	945	929	142	139																																																												
		2																																																																
		1																																																																
入院基本料C	1	3	827	813	124	122																																																												
入院基本料D		1																																																																
入院基本料E	1	3	653	638	98	96																																																												
		2																																																																
		1	564	549	85	82																																																												
		1																																																																
特別入院基本料	—	—	488	473	73	71																																																												

566	下から 19 行目	…A309 特殊疾患病棟入院料、A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料、…	…A309 特殊疾患病棟入院料、 <b>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 2</b> 、A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料、…
609	下から 10 行目の上に追加	<b>(4) 後発医薬品の規格単位数量割合の計算から除外する経腸成分栄養剤に、イノラス配合経腸用液が追加された。</b>	
610	上から 19 行目を右記のように変更	(3) (略) (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品 ア 経腸成分栄養剤 …及びイノラス配合経腸用液 イ～オ (略) (5) (略)	
612	上から 23 行目	(1) …「データ提出加算 1 <b>又は</b> 3」と「データ提出加算 2 <b>又は</b> 4」とされた。	(1) …「データ提出加算 1 <b>及び</b> 3」と「データ提出加算 2 <b>及び</b> 4」とされた。
619	上から 5 行目	(5) 新設された B011 診療情報提供料 (Ⅲ) が別に算定できない点数とされた。	(5) <b>地域連携診療計画加算を算定した場合は</b> 、新設された B011 診療情報提供料 (Ⅲ) が別に算定できない点数とされた。
619	下から 5 行目	<b>入退院支援加算 → 入退院支援加算 (退院時 1 回)</b>	<b>地域連携診療計画加算 Ⅲ</b>
642	上から 1 行目	(1) 地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 15 及び様式 <b>4</b> の 16 を用いる。	(1) 地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 15 及び様式 <b>40</b> の 16 を用いる。
654	上から 16 行目	(9) …専任の常勤看護師を 2 名 <b>以上</b> 組み合わせ、…	(9) …専任の常勤看護師を 2 名組み合わせ、…
684	下から 17 行目の上に追加	※療養病棟・病室への転棟・転室の場合は、転棟・転室日から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する。	
699	上から 18 行目	(6) 除外薬剤・注射薬の対象に、持続性抗精神病注射薬剤が追加された。ただし、 <b>投与開始日から 60 日以内に投与された場合に限る。</b> (→ P 701)	(6) 除外薬剤・注射薬の対象に、 <b>インターフェロン製剤、抗ウイルス剤、血液凝固因子製剤等及び持続性抗精神病注射薬剤</b> が追加された。ただし、 <b>それぞれ算定制限がある。</b> (→ P 701)
701	上から 5 行目～8 行目に下線を追加	・インターフェロン製剤 (B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る) ・抗ウイルス剤 (B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る) ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体	
703	下から 7 行目	(2) 新たに届出・算定できる入院基本料等加算として、A251 排尿自立支援加算が追加された。	(2) 新たに届出・算定できる入院基本料等加算として、A251 排尿自立支援加算が追加された。 <b>精神科急性期治療病棟入院料 2 でも A207-2 医師事務作業補助体制加算が届出・算定できることとされた。</b>
704	上から 12 行目	(6) 除外薬剤・注射薬の対象に、持続性抗精神病注射薬剤が追加された。ただし、 <b>投与開始日から 60 日以内に投与された場合に限る。</b> (→ P 701)	(6) 除外薬剤・注射薬の対象に、 <b>インターフェロン製剤、抗ウイルス剤、血液凝固因子製剤等及び持続性抗精神病注射薬剤</b> が追加された。ただし、 <b>それぞれ算定制限がある。</b> (→ P 701)
706	下から 18 行目	(7) 除外薬剤・注射薬の対象に、持続性抗精神病注射薬剤が追加された。ただし、 <b>投与開始日から 60 日以内に投与された場合に限る。</b> (→ P 701)	(7) 除外薬剤・注射薬の対象に、 <b>インターフェロン製剤、抗ウイルス剤、血液凝固因子製剤等及び持続性抗精神病注射薬剤</b> が追加された。ただし、 <b>それぞれ算定制限がある。</b> (→ P 701)
734	下から 23 行目	<b>(4)</b> 通常は各月の末日までに…	<b>(5)</b> 通常は各月の末日までに… (以降、番号を繰り下げ)
744	上から 15 行目	A214 看護補助加算 1 (地域一般入院料 1 又は 13 対 1 に限る)	A214 看護補助加算 1 (地域一般入院料 1 <b>若しくは 2</b> 又は 13 対 1 に限る)
747	下から 13 行目	(急性期一般入院料 1, 2, 3 については I に限る)	(削除)
747	下から 8 行目	(急性期一般入院料 1, 2, 3 については I に限る)	(削除)
749	上から 19 行目	【編注】…許可病床数 400 床以上 <b>未滿</b> の病院に限る) …	【編注】…許可病床数 400 床以上の病院に限る) …

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

保団連正誤表  検索 

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

# 『点数表改定のポイント』2020年4月版 追補(2020.5.7現在)

3月31日以降に示された厚労省通達（官報及び通知の訂正事務連絡や疑義解釈等）による追補表です。

※訂正箇所は**ゴシック太字下線**で表示する。但し、下線等の訂正については「訂正箇所」欄に注釈で示す。

※最新の正誤は太枠で示しています。

頁	訂正箇所	誤	正
23	上から21行目	日までに地方厚生（支）局長へ報告する。 (8)～(22)（略） <del>(23)妊婦加算</del>	日までに地方厚生（支）局長へ報告する。 (8) <b>許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く）のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(7)と同様である。</b> (9)～(22)（略） <del>(23)妊婦加算</del>
33	下から10行目	<del>(7)(6)</del> オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料の対象となる管理料等を算定する際に診療を行った医師又は頭痛患者に対する対面診療を行った医師と同一のものに限る。	<del>(7)(6)</del> オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料対象管理料等を算定する際に診療を行った医師、 <b>在宅自己注射指導管理料を算定する際に診療を行った医師</b> 又は頭痛患者に対する対面診療を行った医師と同一のものに限る。
33	下から7行目	<del>(9)(8)</del> オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。「基本診療料の施設基準等及びその届	<del>(9)(8)</del> オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。 <b>ただし</b> 、「基本診療料の施設基準等及びその届
34	上から16行目	<del>(14)(3)</del> オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料の対象となる管理料等の名称及び算定を開始した年月日又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載する	<del>(14)(3)</del> オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料の対象管理料等の名称及び算定を開始した年月日、 <b>在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日</b> 又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載する
34	下から16行目	医療対策事業について」( <b>平成13年5月16日医政発第529号</b> )に規定する無医地区若しくは無医地区	医療対策事業について」に規定する無医地区若しくは無医地区
34	下から13行目	…患者の同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関…	…患者の同意を得て、 <b>同一の</b> 二次医療圏内の他の保険医療機関…
67	下から14行目	ライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置され	ライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、 <b>外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する</b> 専任の常勤管理栄養士が1人以上配置され
76	下から7行目	別添2の <b>様式5</b> を用いる。	別添2の <b>2</b> を用いる。
77	上から16行目		
89	下から11行目		
91	下から17行目	前年 <b>度</b> に3人以上いる。	前年に3人以上いる。
93	下から18行目		
114	上から12行目を(1)（略）とし、改行して(2)を右の内容で追加	(2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。 ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係のない） <b>1020</b> 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。 イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない） <b>405</b> 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）	

135	上から7行目の下に右をそのまま挿入 (全文新規掲載)	(32) B013 療養費同意書交付料 1. 改定点数 療養費同意書交付料 (交付1回につき) 100点 → 100点 (据え置き) 2. 留意事項 (1) 療養費同意書交付料は、当該疾病について現に診察している原則として当該疾病に係る主治の医師(緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない)が、当該診察に基づき、(2)から(4)までの療養費の支給対象に該当する療養の給付を行うことが困難であると認められた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書(以下「同意書等」という)を交付した場合に算定する。 (2)~(4) (略) (5) 患者が同意書等により療養費の支給可能な期間(初療又は同意の日から6月。3月(変形徒手矯正術に係るものについては1月)を超えて経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、医師が当該患者に対し同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。 (6) 同意書等を再度交付する場合、前回の交付年月日が月の15日以前の場合は当該月の4ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日までの交付については算定できない。ただし、変形徒手矯正術については、前回の交付年月日から起算して1ヶ月以内の交付については1回に限り算定できる。 (7) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。 (以降、番号を繰り下げ)	
116	上から5行目 文末に続けて追加	…この場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ている。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。	
190	上から17行目	…(空腹時血清Cペプチドが0.5mg/ml未満を示すもの…	…(空腹時血清Cペプチドが0.5ng/ml未満を示すもの…
190	下から1行目	(イ) <del>≡</del> 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。 (ロ) <del>≡</del> 糖尿病の治療及びに、治療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、持続血糖測定器に係る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、次の事項に該当する研修のことをいう。 ① <del>(イ)</del> 医療関係団体等が主催する研修である。 ② <del>(ロ)</del> 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…	(イ) <del>≡</del> 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、 <u>持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した</u> 常勤の医師が1名以上配置されている。 (ロ) <del>≡</del> 糖尿病の治療及びに、治療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、 <u>持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した</u> 常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されている。要件を満たすものである。 <b>エ ウの(イ)及び(ロ)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</b> (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…
191	下から14行目	ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び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。 イ (略) ウ 糖尿病の治療に関し、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、持続血糖測定器に係る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、次の事項に該当する研修のことをいう。 (イ) 医療関係団体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。	ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、 <u>持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した</u> 常勤の医師が1名以上配置されていること イ (略) ウ 糖尿病の治療に関し、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、 <u>持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した</u> 常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されていること。 <b>エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</b> (イ) 医療関係団体が主催する研修であること。 (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、 <u>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こと。</u>
191	下から12行目	5年以上の経験を有する常勤の医師が	5年以上の経験を有し、 <u>持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した</u> 常勤の医師が
191	下から7~8行目を右に修正	配置されている。なお、 <del>ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</del> <b>エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</b>	
210	下から19行目	「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数により算定	「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、「注1」及び「注2」の規定に基づき、それぞれの検査の項目数に応じた点数を合算した点数により算定
216	下から10行目	…留意事項について(平成30年3月5日…	…留意事項について(令和2年3月5日…

216	下から8～10行目を右に修正	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和2年平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエ又は及びオに掲げる疾患	
226	下から2行目	(1) 血液粘弾性検査は、 <b>開心術</b> (人工心肺を用いたものに限る。)…	(1) 血液粘弾性検査は、 <b>心臓血管手術</b> (人工心肺を用いたものに限る。)…
244	上から15行目	…本区分の「 <b>12</b> 」SARS コロナウイルス核酸検出…	…本区分の「 <b>14</b> 」SARS コロナウイルス核酸検出…
244	上から17行目	…点数を準用して算定する。なお、検体採取を行った…	…点数を準用して算定する。なお、 <b>採取した検体を、</b> 検体採取を行った…
244	上から21行目	…陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつか <b>ない場合は、</b> 上記のように…	…陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつか <b>ず、本検査を再度実施した場合は、</b> 上記のように…
249	上から6行目～9行目	(17) <b>D211-3 時間内歩行試験、D211-4 シャトルウォーキングテスト、D225-4 ヘッドアップティルト試験、D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査</b> を届出する場合は、それぞれの届出様式に加えて、医師が経験した当該検査症例一覧(実施年月日、検査・手術名、患者の性別、年齢、主病名)を様式52により添付することとされた。	(17) <b>D215 超音波検査(記録に要する費用を含む)の「3 心臓超音波検査」の「ニ 胎児心エコー法」、D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査の「1 長期脳波ビデオ同時記録検査 1」</b> を届出する場合は、それぞれの届出様式に加えて、医師が経験した当該検査症例一覧(実施年月日、検査・手術名、患者の性別、年齢、主病名)を様式52により添付することとされた。
250	上から8行目～10行目	(4)…又は脊椎」の「胸部」がどちらも実施できる体制にあることが必要とされた。 <b>また、届出する場合は、様式24の6と併せて、医師が経験した当該検査症例一覧(実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名)を様式52により添付することとされた。</b>	(4)…又は脊椎」の「胸部」がどちらも実施できる体制にあることが必要とされた。
251	上から15行目	…24の6 <b>及び様式52</b> を用いる。	…24の6を用いる。
252	上から8行目	(6) 「3 心臓超音波検査」の「ニ 胎児心エコー法」は様式4の届出が不要となった。	(6) 「3 心臓超音波検査」の「ニ 胎児心エコー法」は様式4の届出が不要となり、 <b>届出する場合は、様式24の3と併せて様式52を添付することとされた。</b>
253	上から21行目	…、別添2の様式24の3(略) <b>及び様式4</b> を用いる。	…、別添2の様式24の3(略) <b>及び様式52(略)4</b> を用いる。
253	下から7行目～5行目	(4) <b>D225-4 ヘッドアップティルト試験</b> を届出する場合は、 <b>様式24の7と併せて、医師が経験した当該検査症例一覧(実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名)を様式52により添付することとされた。</b>	削除
254	下から6行目	…、別添2の様式24の7 <b>及び様式52(略)</b> を用いる。	…、別添2の様式24の7を用いる。
260	上から19行目	…27の2の2(略)を用いる。	…27の2の2(略) <b>及び様式52(略)</b> を用いる。
266	下から2行目	新版K式発達検査、WPPSI 知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、…	新版K式発達検査、WPPSI 知能診断検査、 <b>WPPSI-Ⅲ知能診断検査</b> 、全訂版田中ビネー知能検査、…
267	上から14行目	…(医師、看護師又は <b>臨床心理技術者</b> が検査に立ち会った場合に限る)、…	…(医師、看護師又は <b>公認心理師</b> が検査に立ち会った場合に限る)、…
267	上から23行目の下に右記を挿入	(15) <b>平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理士とみなす。</b> <b>ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者</b> <b>イ 公認心理士に係る国家試験の受験資格を有する者</b>	
283	上から13行目	…、別添2の様式37の2(略)を用いる。	…、別添2の様式37の2(略) <b>及び様式52(略)</b> を用いる。
344	上から1行目	…通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、 <b>当該保険医療機関</b> における直近の入院において…	…通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、 <b>精神病棟</b> における直近の入院において…
364	上から25行目の下に追加	(10) <b>令和2年3月31日時点で、現に精神科在宅患者支援管理料「1」のハを算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。</b>	
387	下から8行目	前年度に3人以上いる。	前年に3人以上いる。
388	下から17行目	ウ <b>急性腎障害と診断された薬物中毒の患者</b>	ウ <b>薬物中毒の患者</b>
389	上から11行目	において400mg/dLを超えるヘテロ接合体で薬物療法を行っても…	において400mg/dLを超えるヘテロ接合体で <b>食事療法及び薬物療法</b> を行っても…

420	上から13行目に右記を挿入	<p><b>K086 断端形成術（軟部形成のみのもの）</b>  手指又は足趾の切断術を行った場合は、K086の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又はK087の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。</p> <p><b>K087 断端形成術（骨形成を要するもの）</b>  手指又は足趾の切断術を行った場合は、K086の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又はK087の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。</p>	
430	上から4行目に追加	(1)～(3) (略)	(1) 一方向から造影してD206に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
431	上から8行目に追加	(1)～(3) (略)	(2)、(3) (略)
430	上から28行目に追加	(1)～(2) (略)	(1) 一方向から造影してD206に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
431	上から8行目に追加	(1)～(3) (略)	(2)、(略)
431	上から8行目に追加	(1)～(3) (略)	(1) 一方向から造影してD206に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
441	下から9～10行目 下から6～7行目	「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるものに対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。	「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は <b>悪性腫瘍</b> に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。
442	上から16行目に右記を追加	<b>K726 人工肛門造設術</b> K740直腸切除・切除術の「5-4」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。	
442	上から17～18行目	「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、悪性腫瘍に対する直腸切除術の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。	「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、悪性腫瘍に対する直腸切除術（ <b>ハルトマン手術</b> ）の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。
444	上から14～16行目	(1) 過活動性膀胱又は神経因性 <b>排尿筋過活動</b> の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに對して行った場合に限り、算定できる。	(1) 過活動性膀胱又は神経因性 <b>膀胱</b> の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに對して行った場合に限り、算定できる。
451	下から4行目	K514-3、K515-5、K552、K552-2、K674、K674-2、K675の「2」からK675の「5」まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K696、K705、及びK706、K716-3及びK716-5に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。	K514-3、K514-5、K552、K552-2、K674、K674-2、K675の「2」からK675の「5」まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K696、K705、及びK706、K716-3及びK716-5に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
559	下から10行目	…協議の場をいう）で合意を…	…協議の場をいう。 <b>以下この項において「地域医療構想調整会議」という</b> ）で合意を…
562	上から15行目を右に差し替え	<del>(5)(4)</del> (略) <del>(6)(5)</del> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療料に係る入院医療を提供している保険医療機関である。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療料に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものである。 ア・イ (略)	

562	上から19行目を右に差し替え	(3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療料に係る入院医療を提供している保険医療機関である。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療料に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものである。 ア・イ（略） (4)（略）	
564	上から17行目	患者が入院時においてアからケまでに準ずる重篤な当該状態であれば算定できるものであり、	患者が入院時においてアからケまでに準ずる重篤な当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、
577	上から7行目を右に差し替え	ニカ、キキ、キク（略） キケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置している。おり、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績がある。	
587	下から4行目	なお、上記①②の医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して…	なお、悪性腫瘍の患者に対して…
588	上から6行目	(7) 末期心不全の患者を対象とする場合の <b>身体症状の緩和を担当する常勤</b> 医師について、末期心不全の患者を対象とした症状緩和を主たる業務として3年以上の経験を有する者でもよいとされた。	(7) 末期心不全の患者を対象とする場合の医師について、末期心不全の患者を対象とした症状緩和を主たる業務として3年以上の経験を有する者でもよいとされた。
588	上から8行目	(8) 末期心不全患者を対象とする場合の <b>身体症状の緩和を担当する常勤</b> 医師の研修に、「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」が追加された。当該研修を修了した医師で緩和ケア加算を算定する場合は、届出の出し直しが必要である。	(8) 末期心不全患者を対象とする場合の医師の研修に、「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」が追加された。当該研修を修了した医師で緩和ケア加算を算定する場合は、届出の出し直しが必要である。
590	上から9行目	(5) (1)のア及びイに掲げる医師のうち、…	(5) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、…
590	下から14行目を右に差し替え	(8) (1)のア、イ及びイ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではない。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えない。	
605	上から18行目	…主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録等に記載する。	…主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録に記載する。
610	下から19行目の上に挿入	<b>5. 届出に関する事項</b> 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いる。 <del>なお、当該加算の届出については実績を要しない。</del>	
613	上から2～3行目	削除	
615	上から18行目	…1回算定する。90日を <b>越える</b> ごと…	…1回算定する。90日を <b>超える</b> ごと…
617	下から7行目	(6) 基本診療料の施設基準等第十一に掲げる、…	(6) 基本診療料の施設基準等第十一の <b>十一</b> に掲げる、…
635	下から5行目	…複数の <b>薬剤</b> が投与されている患者…	…複数の <b>内服薬</b> が投与されている患者…
636	上から7行目	…適切な <b>用法及び</b> 用量への変更…	…適切な用量への変更…
637	上から1行目	…薬効の重複する薬剤の減少 <b>又は合剤への変更</b> 等により…	…薬効の重複する薬剤の減少等により…
670	上から3行目	(5) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、アからカまでのいずれに該当するか…	(5) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、 <b>(2)</b> のアからカまでのいずれに該当するか…
670	下から4行目	…次に掲げる状態にあつて、 <b>保険医</b> が入院医療管理…	…次に掲げる状態にあつて、 <b>医師</b> が入院医療管理…
681	上から9行目を右に変更	2の(4)及び(5)又は3の(5)（編注：(4)の誤りと思われる）において日常生活機能評価による測定を行う場合にあつては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、…	
681	上から19行目を右に差し替え	(7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)（編注：(4)の誤りと思われる）において日常生活機能評価による測定を行う場合にあつては、毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行う。また、毎年7月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1のA308の(1)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行う。 (8)～(10)（略）	
701 705 707	下から17行目 上から16行目 下から1行目	ア <b>クロザピンの副作用等の事由</b> により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。 イ <b>患者事由</b> により…	ア <b>クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症</b> により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。 イ <b>ア以外の事由</b> により…



701	下から 14 行目の下に追加	<b>(10) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めない。</b>													
705	上から 19 行目の下に追加	<b>(11) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(4)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、通算の投与中止回数に(4)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めない。</b>													
707	下から 4 行目	(3) (1)の <u>ウ</u> に該当する患者については…	(3) (1)の <u>エ</u> に該当する患者については…												
708	上から 3 行目の下に追加	<b>(12) (1)のエに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のエに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めない。</b>													
732	下から 13 行目を右に差し替え	第3 届出受理後の措置等 1 届出を受理した後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出を行う。 2~6 (略)													
734	下から 15 行目	…なお、特掲診療料の一部と入院時食事療養 (I) の場合は届出内容に変更があった場合に…	…なお、特掲診療料の一部は届出内容に変更があった場合に…												
737	下から 6 行目	…後縦靭帯骨化症手術 (前方侵入によるもの)、…	削除												
737	下から 2 行目を右に差し替え	性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術 (腋窩郭清をとみなさないもの) 及び乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴うもの)、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下縦隔悪性													
738	下から 9 行目を右に差し替え	場合)、高エネルギー放射線治療、1 回線量増加加算、並びに強度変調放射線治療 (IMRT)、腎代替療養指導管理料並びに導入期加算 1 及び 2 に係る													
742	上から 7 行目	K888 … (遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る)	K888 … (遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮付属器腫瘍摘出術に限る)												
742	上から 16 行目	K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)	削除												
743	下から 16 行目	K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡支援機器を用いる場合)	削除												
743	下から 9 行目の上に追加	<b>A207-2 医師事務作業補助体制加算 (許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く)</b>													
743	下から 8 行目	<b>A245 データ提出加算</b>	削除												
744	上から 24 行目	<b>A311 精神科救急入院料 (2020 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る)</b>	削除												
744	上から 25 行目	<b>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (2020 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る)</b>	削除												
744	上から 26 行目	<b>A311-3 精神科救急・合併症入院料 (2020 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る)</b>	削除												
745	下端表に追加	<table border="1"> <tr> <td>排尿自立指導料</td> <td>→</td> <td>排尿自立支援加算</td> </tr> <tr> <td>排尿自立指導料</td> <td>→</td> <td>外来排尿自立指導料</td> </tr> <tr> <td>夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算</td> <td>→</td> <td>夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算 2</td> </tr> <tr> <td>胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)</td> <td>→</td> <td>胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)</td> </tr> </table>	排尿自立指導料	→	排尿自立支援加算	排尿自立指導料	→	外来排尿自立指導料	夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算	→	夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算 2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	→	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	
排尿自立指導料	→	排尿自立支援加算													
排尿自立指導料	→	外来排尿自立指導料													
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算	→	夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 の救急搬送看護体制加算 2													
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	→	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)													
746	上から 2 段目の下に追加	排尿自立指導料	→ 排尿自立支援加算												

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

保団連正誤表  

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