

『点数表改定のポイント』2024年6月版 正誤及び追補

(2024. 4. 1 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。

※追補は■印を付した。

※最新の正誤は太枠で示している。

頁	訂正箇所	誤	正																		
表紙裏	下から9行目	※4 2割負担の対象者には、月の 税収額 を「1割+3000円」に収める措置が 2023年 9月まで実施される。	※4 2割負担の対象者には、月の 徴収額 を「1割+3000円」に収める措置が 2025年 9月まで実施される。																		
96	下から11行目	ア A001の注10時間外対応加算 3.2 ・・・	ア A001の注10時間外対応加算 2.3 ・・・																		
109	上から18行目	(8)療養計画書の内容に変更が あった 場合、患者又は家族から求めが あった 場合、 変更がない 場合でも概ね4か月に1回以上療養計画書を交付する。	(8)療養計画書の内容に変更が ない 場合、患者又は家族から求めが ない 場合でも概ね4か月に1回以上療養計画書を交付する。																		
109	上から4行目	外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、…	外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、…																		
114	上から3行目	(1) (1・2 共通) 月2回 算定できる対象患者に、・・・	(1) (1・2 共通) 入院中2回 算定できる対象患者に、																		
114	上から9行目	2. 月2回 算定できる疾病等の患者	2. 入院中2回 算定できる疾病等の患者																		
129	上から20行目	◎★ D 004-2 救急患者連携搬送料	◎★ C 004-2 救急患者連携搬送料																		
130 131	表中	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">強化型支援診療等</td> <td rowspan="2">病床有</td> <td>月2回以上</td> <td>別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td>月1回</td> <td>別に定める状態の患者 2月に1回限り情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td colspan="3">在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</td> </tr> </table>	強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合	月1回	別に定める状態の患者 2月に1回限り情報通信機器を用いた場合	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算			<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">強化型支援診療等</td> <td rowspan="2">病床有</td> <td>月2回以上</td> <td>別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td>月1回</td> <td>2月に1回限り情報通信機器を用いた場合</td> </tr> <tr> <td colspan="3">在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</td> </tr> </table>	強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合	月1回	2月に1回限り情報通信機器を用いた場合	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		
強化型支援診療等	病床有	月2回以上			別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合																
		月1回		別に定める状態の患者 2月に1回限り情報通信機器を用いた場合																	
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算																				
	強化型支援診療等	病床有	月2回以上	別に定める状態の患者 上記以外 うち1回以上情報通信機器を用いた場合																	
月1回			2月に1回限り情報通信機器を用いた場合																		
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算																					
153		上から23行目	…基準を満たせない医療機関は、同一患者に	…基準を満たせない医療機関は、 満たせなくなった後の直近1ヶ月 の同一患者に																	
170	上から5行目	「カ 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に」	「カ 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に 対応すること 。」																		
190	上から21行目	(2)「情報通信機器を用いた場合」の算定要件は以下ア～エのとおり。	(2)「情報通信機器を用いた場合」の算定要件は以下ア～ カ のとおり。																		
192	下から8行目	(5) (2) の患者に対する麻薬の注射について、…	(5) (4) の患者に対する麻薬の注射について、…																		
206	下から6行目	(6) D017 排泄物、 浸出物 又は・・・	(6) D017 排泄物、 滲出物 又は・・・																		
235	下から3行目	エ、「4 頻尿器 又は生殖器からの検体」	エ、「4 泌尿器 又は生殖器からの検体」																		
411	下から22行目	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能 + 院基本料…	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能 入 院基本料…																		
421	右側下から6行目	入院当日を含めた 5.2 日間を評価の対象とする。	入院当日を含めた 2.5 日間を評価の対象とする。																		
470	上から6行目	・・・必要とされた (→P 439)。	・・・必要とされた (→P 403)。																		
470	上から8行目	・・・全部で7基準となった (→P 439)。	・・・全部で7基準となった (→P 403)。																		
498	上から6行目	…が廃止された。 の取り扱いが廃止された。 …	…が廃止された。…																		
502	上から3行目	「(1) 入院基本料の届出要件」の「医療区分の割合」の欄を削除																			
502	上から10行目	…2024年9月30日までは、 まで 4対1以上の基準に…	…2024年9月30日までは4対1以上の基準に…																		
542	下から19行目	(2) 急性期医療におけるADL低下防止等の総合的な取り組みに係る評価として、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が新設された(要届出)。計画作成から14日を限度に、1日につき120点を算定する。	(1)と重複のため削除)																		
543	下から19行目	イ 専任 の常勤の理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士 ウ 専任の常勤の管理栄養士	イ 専従 の常勤の理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士 2名以上(うち1名専任でも可)(病棟ごと) ウ 専任の常勤の管理栄養士 1名以上(1名につき1病棟に限る)																		
543	下から14行目	(10) (5)のイ で示した研修については、・・・	(10) (9)のイ で示した研修については、・・・																		
543	下から11行目	(11) (5)のイ で示した研修については、・・・	(11) (9)のイ で示した研修については、・・・																		
554	下から2行目	A100 一般病棟入院基本料、 A101 療養病棟入院基本料、 A102 結核病棟入院基本料、・・・	A100 一般病棟入院基本料、A102 結核病棟入院基本料、・・・																		
589	下から4行目	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>項目</td> <td>地域一般</td> <td>療養</td> </tr> <tr> <td>A243-2</td> <td>バイオ後継品使用体制加算</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> </table>		項目	地域一般	療養	A243-2	バイオ後継品使用体制加算	○	○	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>項目</td> <td>地域一般</td> <td>療養</td> </tr> <tr> <td>A243-2</td> <td>バイオ後継品使用体制加算</td> <td>○</td> <td></td> </tr> </table>		項目	地域一般	療養	A243-2	バイオ後継品使用体制加算	○			
	項目	地域一般	療養																		
A243-2	バイオ後継品使用体制加算	○	○																		
	項目	地域一般	療養																		
A243-2	バイオ後継品使用体制加算	○																			
664	上から13行目	ただし、通則4号の規定により、①脳血管疾患の発症後60日以内の場合、・・・	ただし、通則4号の規定により、①脳血管疾患 等 の発症後60日以内の場合、・・・																		
742	上から15、21行目	c) 保険診療等の収入(下記 (II))が全体の80%超。 b) 保険診療等の収入(下記 (II))が全体の80%超。	c) 保険診療等の収入(下記 (11))が全体の80%超。 b) 保険診療等の収入(下記 (11))が全体の80%超。																		

743	上から2行目	(12) 届出を行う月は・・・	(12) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料の届出を行う月は・・・																																																		
743	別表7一番下の欄	12月 前年12月～1月	12月 前年12月～11月																																																		
745	下から5行目	最診 756回 15120円	再診 756回 15120円																																																		
746	別表6の一番右	164.5以上 65 165点	164.5以上 165 165点																																																		
751	下から12行目	別添2の様式95 又は様式98の2 により・・・	別添2の様式95により・・・																																																		
751	下から9行目	別添2の様式 99の1又は様式99の2 により・・・	別添2の様式 98 により・・・																																																		
752	上から3行目～28行目	「1.算定点数」「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)」の1から8までの算定点数が、全て上に1行ずつずれているため、右に修正	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)</td> </tr> <tr> <td>1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>8点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>1点</td> </tr> <tr> <td>2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>16点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>24点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>3点</td> </tr> <tr> <td>4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>32点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>4点</td> </tr> <tr> <td>5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>40点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>5点</td> </tr> <tr> <td>6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>48点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>56点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>7点</td> </tr> <tr> <td>8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 初診又は訪問診療を行った場合</td> <td>64点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時等</td> <td>8点</td> </tr> </table>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)		1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1		イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点	ロ 再診時等	1点	2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2		イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点	ロ 再診時等	2点	3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3		イ 初診又は訪問診療を行った場合	24点	ロ 再診時等	3点	4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4		イ 初診又は訪問診療を行った場合	32点	ロ 再診時等	4点	5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5		イ 初診又は訪問診療を行った場合	40点	ロ 再診時等	5点	6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6		イ 初診又は訪問診療を行った場合	48点	ロ 再診時等	6点	7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7		イ 初診又は訪問診療を行った場合	56点	ロ 再診時等	7点	8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8		イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点	ロ 再診時等	8点
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)																																																					
1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点																																																				
ロ 再診時等	1点																																																				
2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点																																																				
ロ 再診時等	2点																																																				
3 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	24点																																																				
ロ 再診時等	3点																																																				
4 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	32点																																																				
ロ 再診時等	4点																																																				
5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	40点																																																				
ロ 再診時等	5点																																																				
6 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	48点																																																				
ロ 再診時等	6点																																																				
7 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	56点																																																				
ロ 再診時等	7点																																																				
8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8																																																					
イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点																																																				
ロ 再診時等	8点																																																				

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、ご確認ください。

保団連正誤表 

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