

[付録 1] 『点数表改定のポイント』 2024 年 6 月版 正誤及び追補

(2024. 5. 31 現在)

※訂正箇所は**ゴシック太字下線**で表示する。下線の訂正については**二重下線**で示す。
※追補は■印を付した。

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 税込額 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。
35 ■	上から 11 行目	以上又は(1) (編注：(2)の誤りと思われる)のサーベイランス…	以上又は(2)のサーベイランス…
35 ■	上から 21 行目	…に 掲載 している。	…に 掲示 している。
35 ■	上から 23 行目	…ウェブサイトに 掲示 している。	…ウェブサイトに 掲載 している。
36 ■	上から 17 行目	…医師等が閲覧 及び 活用できる体制を有している。	…医師等が閲覧 又は 活用できる体制を有している。
38 43 55 90 91 ■	下から 18 行目 下から 3 行目 上から 7 行目 下から 13 行目 下から 10 行目	…電子カルテ情報共有 システム …	…電子カルテ情報共有 サービス …
47 ■	下から 16 行目	(1) 令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、…	(1) 令和 6 年 3 月 31 日 において現に 地域包括診療加算の届出 を行っている保険医療機関については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、…
47 ■	下から 15 行目	(2) 令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、…	(3) 令和 6 年 3 月 31 日 において現に 地域包括診療加算の届出 を行っている保険医療機関については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、…
93 ■	上から 12 行目	(1) 令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、…	(1) 令和 6 年 3 月 31 日 において現に 地域包括診療料の届出 を行っている保険医療機関については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、…
93 ■	上から 13 行目	(2) 令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、…	(3) 令和 6 年 3 月 31 日 において現に 地域包括診療料の届出 を行っている保険医療機関については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、…
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 …
100 ■	下から 1 行目	…場合に限る。なお、「外来化学療法の…	…場合に限る。 この場合には外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている保険医療機関は、連携する外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行っている保険医療機関名及び情報提供に係る文書を受理した日付を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、「外来化学療法の…
105 ■	下から 8 行目	…第 1 部医学管理等…	…第 1 部 第一節 医学管理料等…
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、…
111 ■	上から 13 行目	…第 2 章第 1 部医学管理等…	…第 2 章第 1 部 第一節 医学管理料等…
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
117 118 122 ■	下から 8・4 行目 下から 9・19・21 行目 下から 15 行目	高血圧治療補助アプリ	高血圧 症 治療補助アプリ
121 ■	下から 10 行目	(以下この区分 番号 において…	(以下この区分において…
122	下から 12 行目	…算定患者 (入院中の患者を除く) のうち 、	…算定患者 (入院中の患者を除く) を治療している医療機関等において 、
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> <tr> <td colspan="3"></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> <tr> <td colspan="3"></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																										
142	表中一番下の段	深夜往診加算 425 点	深夜往診加算 485 点																								
148 ■	下から16行目	…在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。	…在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。 (「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6年3月5日保医発0305第4号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第2部第1節「C001」在宅患者訪問診療料(I)(5)において、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合を含む。以下この区分において同じ)。																								
152 ■	下から21行目	(1) 介護保険施設連携往診加算の…	(1) 介護保険施設 等 連携往診加算の…																								
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																								
157 ■	上から18行目	…算定月において施設基準通知第9の3又は…	…算定月の 直近3月の実績 において施設基準通知第9の3又は…																								
157 ■	上から19行目	…に 該当 しなくなった場合において	…に 適合 しなくなった場合において																								
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。 」																								
170	下から20行目	(1) 「 3 」については、在宅時医学総合管理料の…	(1) (a) については、在宅時医学総合管理料の…																								
170 ■	下から18行目	…厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。	…厚生労働大臣が定める状態の患者 等 の割合が5割以上であること。																								
170	下から12行目	…までの間に限り、「 3 」に該当するものとみなす。	…までの間に限り、 (a) に該当するものとみなす。																								
179 ■	下から17行目	…また、 保健師、助産師又は看護師等が准看護師 に対して指示を行ったときは、…	…また、 保健師、助産師又は看護師が准看護師 に対して指示を行ったときは、…																								
179 ■	下から16行目	…記録すること。 また 、保険医療機関における…	…記録すること。 なお 、保険医療機関における…																								
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、…																								
197 ■	上から17行目 上から21行目	… 携帯型ディスプレイ注液ポンプ又は輸液ポンプ …	…輸液ポンプ…																								
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…																								
229 ■	下から11行目	…「13」百日咳菌核酸検出、同区分「22」…	…「13」百日咳菌核酸検出 若しくは百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出 、同区分「22」…																								
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」																								
240 ■	上から2行目 上から15行目	…及び「 22 」ウイルス・細菌核酸他項目同時検出…	…及び「 23 」ウイルス・細菌核酸他項目同時検出…																								
282 ■	下から20行目	(1) 乳幼児加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は…	(1) 乳幼児加算、 特定疾患処方管理加算 及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は…																								
308 ■	下から18行目	を満たしていること。	を満たしていること。 なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8㎡以上）1室以上を別に有していることとし、言語聴覚両方のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。																								
336	上から10行目	ア、「イ」の場合においても、「ロ」と同様に 別紙様式51「包括的支援マネジメント導入基準」を満たすこと が要件とされた。	ア、「イ」の場合においても、「ロ」と同様に 精神保健福祉士等が患者等に対面で20分以上、支援に関する面接を行うこと が要件とされた。																								
341 ■	上から17行目 上から18行目	…5分 以上 10分未満…	…5分を こえて 10分未満…																								
343 ■	下から5行目	カ 1週間当たりの 算定 患者数は30人以内とする。	カ 1週間当たりの 担当 患者数は30人以内とする。																								
347 ■	上から4行目	…保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が…	…保険医療機関に勤務する 精神科を担当する 医師の数で除した数が…																								
383 ■	右側上から4行目	…手術の概要を診療録の 摘要欄 に記載し、…	…手術の概要を診療録に記載し、…																								
386 ■	左側 下から9行目	…により、 また、凍結精子を用いた体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、精子の融解等により、精子の前処置を …	…により、精子の前処置を…																								

386 ■	右側 上から 12 行目	…を算定する場合に算定する。	…を算定する場合に算定する。この場合には、精巢内精子採取術を実施した保険医療機関名及び日付を診療録等及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
386 ■	右側 上から 21 行目	…により算定する。	…により算定する。なお、精子の融解等にかかる費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
396	上から 20 行目の下に追加	2. 留意事項 (1) BRAF V600E 変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。 ア 大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助 イ 大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助 (2) 早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、本標本作製を実施した場合にあっては、D004-2 マイクロサテライト不安定性検査、又は N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製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こと。 (3) 本標本作製及び D004-2 大腸癌における BRAF 遺伝子検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。	
397 ■	下から 13 行目	…第 1 部医学管理等（がん性疼痛緩和…	…第 1 部医学管理等（通則第 3 号から第 6 号までに規定する加算、がん性疼痛緩和…
397 ■	下から 10 行目	…第 2 部在宅医療（在宅植込型…	…第 2 部在宅医療（救急患者連携搬送料及び在宅植込型…
397 ■	下から 5 行目	…診療料	…診療料（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（再診時に限る）を除く）
398 ■	上から 9 行目	…診療料（がん性疼痛緩和指導管理料…	…診療料（通則第 3 号から第 6 号までに規定する加算、がん性疼痛緩和指導管理料…
398 ■	上から 16 行目	…診療料（往診料及び…	…診療料（往診料、救急患者連携搬送料及び…
409	上から 6 行目 上から 12 行目	…（⇒439）	…（⇒403）
411	下から 22 行目	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能入院基本料…	(1) 急性期一般入院基本料…特定機能入院基本料…
419 ■	評価表内	A 項目の 7 緊急に入院を必要とする状態の 3 点の欄にある「あり」は削除	
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。
423	上から 21 行目	…「基準②（一定程度高い水準）」…	…「基準②（一定程度高い基準）」…
424	上から 8 行目	①「別に定める手術」に「皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）」など 43 項目の手術が追加された。	①対象手術等の具体的な追加・削除については保団連ホームページを参照いただきたい。 https://hodanren.doc-net.or.jp/pt/
425	上から 4 行目	(12) 上記(5)～(9)については経過措置が設けられ…	(12) 上記(7)～(11)については経過措置が設けられ…
462 463 464 ■		(4) 処置等に係る医療区分 2（別表第五の三） 31. 中心静脈栄養… 32. 人工腎臓… 33. 肺炎に対する治療 34. 褥瘡に対する治療… 35. 抹消循環障害による… 36. うつ症状に対する治療 37. 1 日 8 回以上の喀痰吸引 38. 気管切開又は気管内挿管… 39. 創傷… 40. 酸素療法…	(4) 処置等に係る医療区分 2（別表第五の三） 31. 欠番 32. 中心静脈栄養… 33. 人工腎臓… 34. 肺炎に対する治療 35. 褥瘡に対する治療… 36. 抹消循環障害による… 37. うつ症状に対する治療 38. 1 日 8 回以上の喀痰吸引 39. 気管切開又は気管内挿管… 40. 創傷… 41. 酸素療法…
465 466 ■	別紙 8 の 2 別紙 8 の 3 評価表内	Ⅱ 算定期間に限りがない区分 13 86 に該当、かつ、1～3840（1213 を除く。）に 1 項目以上該当する場合 24 その他の指定難病等（1011 及び 1920～2223 までを除く。） 40 酸素療法（1718 を除く。） 41 86 に該当、かつ、1～3840（1213 を除く。）に該当しない場合	
468	下から 15 行目	…（フィルムの費用を含む）、注 3）②の 2 単位超の疾患別リハビリテーションを別途算定…	…（フィルムの費用を含む）を別途算定…
468	下から 14 行目	…入院料 I を算定する。	…入院料 27 を算定する。
470	上から 6 行目	…必要とされた（⇒P439）。	…必要とされた（⇒P403）。
470	上から 8 行目	…全部で 7 基準となった（⇒P439）。	…全部で 7 基準となった（⇒P403）。
477 ■	上から 26 行目	2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
485 ■	上から 8 行目	(3) 「注 3」及び「注 9」及び「注 10」（編注：編集時点の通知では中 9 となっているが誤記と思われる）の加算…	(2) 「注 3」、「注 9」及び「注 10」の加算…
488 ■	下から 18 行目	…研修内容については、11 の 2 の(1)のロの例による。	…研修内容については、11 の 2 の(1)のイの例による

495	下から 21 行目	<u>12～1920 (略)</u>	<u>12～14 (略)</u> <u>15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分 3 の患者及び医療区分 2 の患者の割合の算出方法等 (1)～(3) (略)</u> <u>1516 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分</u> <u>当該療養病床に入院する患者については、別添 6 の別紙 8 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別添 6 の別紙 8 の 3 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票 (有床診療所療養病床入院基本料)」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。</u> <u>1617～2024 (略)</u>																
497	下から 18 行目	入院基本料 1 又は 2 で前頁(1)の①に該当	入院基本料 1 又は 2 で、前頁(1)の①又は次の何れか (過去 1 年間に①介護保険の (介護予防) 訪問リハ②訪問栄養食事指導か介護保険の (介護予防) 居宅療養管理指導 (管理栄養士) ③障害福祉サービスの指定短期入所一を提供) に該当																
497	下から 16 行目	入院基本料 3 で前頁(1)の①に該当	入院基本料 3 で前頁(1)の①又は次の何れか (過去 1 年間に①介護保険の (介護予防) 訪問リハ②訪問栄養食事指導か介護保険の (介護予防) 居宅療養管理指導 (管理栄養士) ③障害福祉サービスの指定短期入所一を提供) に該当																
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	<u>「(1) 入院基本料の届出要件」の「医療区分の割合」の欄を削除</u>																	
502	上から 8 行目	<u>「(1) 入院基本料の届出要件」の「6 対 1 以上」の行を削除</u>																	
502	上から 10 行目	…2024 年 9 月 30 日までは、 <u>まで</u> 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…																
502	下から 23 行目	…DESIGN-R…	…DESIGN-R 2020…																
502	下から 1 行目	…特別入院基本料 病棟 …	…特別入院基本料…																
504	上から 18 行目	…「その他重症な状態」の割合が 5 割を 超える 場合…	…「その他重症な状態」の割合が 5 割 以上 の場合…																
505	下から 10 行目	…「特別養護老人ホーム」という) <u>及び</u> 介護保険法…	…「特別養護老人ホーム」という)、介護保険法…																
505	下から 9 行目	…「介護老人保健施設」という) を設置していないこと。	…「介護老人保健施設」という) <u>又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u> を設置していないこと。																
513	下から 4 行目	…「その他重症な状態」の割合が 5 割を 超える 医療機関は…	…「その他重症な状態」の割合が 5 割 以上 の医療機関は…																
520	上から 13 行目	…「安全ガイドライン」の「情報セキュリティインシデントへの対応と対策」、「非常時…	…「安全ガイドライン」の 経営管理編 「情報セキュリティインシデントへの対応と対策」、 企画管理編 「非常時…																
527	上から 1 行目	<u>入院</u> 初日に限り算定する。…	初日に限り算定する。…																
532	下から 11 行目	疑似症患者については、 <u>入院</u> 初日に限り算定する。…	疑似症患者については、初日に限り算定する。…																
542	下から 19 行目	<u>(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。</u>	(1)と重複のため削除)																
543	下から 19 行目	イ <u>専任の常勤</u> 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 <u>専従及び専任</u> の理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士 <u>2 名以上 (うち 1 名専任でも可) (病棟ごと)</u> ウ 専任の常勤の管理栄養士 <u>1 名以上 (1 名につき 1 病棟に限る)</u>																
543	下から 14 行目	(10) <u>(5)のイ</u> で示した研修については、…	(10) <u>(9)のイ</u> で示した研修については、…																
543	下から 11 行目	(11) <u>(5)のイ</u> で示した研修については、…	(11) <u>(9)のイ</u> で示した研修については、…																
545	下から 12 行目	…当該病棟に専従の理学療法士…	…当該病棟に専従 及び専任 の理学療法士…																
545	下から 4 行目	別紙様式 <u>54</u>	別紙様式 <u>7 の 2</u>																
545	下から 3 行目	別紙様式 <u>55</u>	別紙様式 <u>7 の 4</u>																
545	下から 2 行目	様式 <u>54</u>	別紙様式 <u>7 の 2</u>																
554	下から 2 行目	A100 一般病棟入院基本料、 <u>A101 療養病棟入院基本料</u> 、 <u>A102 結核病棟入院基本料</u> 、…	A100 一般病棟入院基本料、A102 結核病棟入院基本料、…																
559	上から 1 行目	…別添 7 の様式 40 の 4 の <u>1</u> を用いること。	…別添 7 の様式 40 の 4 の <u>2</u> を用いること。																
589	下から 4 行目	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>項目</th> <th>地域一般</th> <th>療養</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A243-2</td> <td>バイオ後続品使用体制加算</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </tbody> </table>		項目	地域一般	療養	A243-2	バイオ後続品使用体制加算	○	○	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>項目</th> <th>地域一般</th> <th>療養</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A243-2</td> <td>バイオ後続品使用体制加算</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		項目	地域一般	療養	A243-2	バイオ後続品使用体制加算	○	
	項目	地域一般	療養																
A243-2	バイオ後続品使用体制加算	○	○																
	項目	地域一般	療養																
A243-2	バイオ後続品使用体制加算	○																	
593	下から 23 行目	…評価対象者、 <u>該当患者割合</u> 及び評価項目…	…評価対象者及び評価項目…																
593	下から 16 行目	(9) 「注 5」の急性薬物中毒加算 1 を算定する場合、レセプトの摘要欄に急性薬物中毒の原因物質…	(9) 「注 5」の急性薬物中毒加算 1 を算定する場合、レセプトの摘要欄に急性薬物中毒の原因物質…																

595	上から 4 行目	…急性薬物中毒加算 1 を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬物中毒の原因物質…	…急性薬物中毒加算 1 を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、急性薬物中毒の原因物質…
597	上から 23 行目	(2) 令和 3 年 3 月 31 日において…	(2) 令和 6 年 3 月 31 日において…
607	下から 17 行目	…ハイケアユニット入院医療管理料 1 若しくは 2 又は救命救急入院料 1 若しくは 3 の届出を行い…	…ハイケアユニット入院医療管理料 1 又は 2 の届出を行い…
609	下から 1 行目	…要件を満たす場合に限る)、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及び歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外する。…	…要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外すること。…
610	上から 18 行目	…対象から除外する。なお、別添 6 の別紙 18…	…対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は対象から除外すること。なお、別添 6 の別紙 18…
613	下から 14 行目の下に追加	(5) 令和 6 年 3 月 31 日時点で、現にはイケアユニット入院医療管理料の届け出を行っている治療室にあっては、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の(7)に該当するものとみなす。	
623	上から 19 行目	…又は A303 の 2 新生児特定集中治療室管理料を届け出ている治療室…	…又は A303 の 2 新生児集中治療室管理料を届け出ている治療室…
627	上から 11 行目	…届出) を満たしていること。	…届出) を満たしているものとみなす。
635	下から 21 行目	(7) 地域包括医療棟入院料を算定した…	(7) 地域包括医療病棟入院料を算定した…
635	下から 8 行目	…入院した日から起算して 14 日を限度して算定できる。	…入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。
638	一番上に追加	(注 4 の除外薬剤・注射薬) (4) 地域包括医療病棟入院料の注 4 の除外薬剤・注射薬 自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬 ※以降(4)~(9)は(5)~(10)に変更	
644	下から 3 行目	…別添 2 の第 2 の 11 の 2 の(1)のロの例による。	…別添 2 の第 2 の 11 の 2 の(1)のイの例による。
662	下から 6 行目	…第 16 の 3 の 1(2)のオに規定する…	…第 16 の 3 の 2(2)のオに規定する…
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、・・・
683	上から 2 行目	…別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料、…	…別表第五の一の三 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、…
694	下から 13 行目	…別添 2 の第 2 の 11 の 2 の(1)のロの例による。	…別添 2 の第 2 の 11 の 2 の(1)のイの例による。
695	上から 10 行目	…〔「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」〕…	…〔「13. 診療・療養上の指示が通じる」又は「14. 危険行動」〕…
695	下から 10 行目	「注 3」、「注 4」、「注 5」、「注 8 注 7」及び「注 10 注 9」…	「注 3」、「注 4」、「注 5 注 7」、及び「注 8 注 9」…
717	上から 1 行目	(3) 退院調整加算 (500 点) が廃止された。	(3) 退院調整加算 (300 点) が廃止された。
720	上から 16 行目	…100 対 1 補助体制加算に限る)、特定感染症入院医療管理加算、地域加算、…	…100 対 1 補助体制加算に限る)、地域加算、…
722	下から 4 行目	…精神保健福祉士または公認心理士が常時 1 人以上配置されていること。	…精神保健福祉士または公認心理士が 1 人以上配置されていること。 ただし、休日の日勤時間帯にあっては当該保険医療機関内に作業療法士、精神保健福祉士または公認心理士が 1 人以上配置されており、必要に応じて当該病棟の入院患者に作業療法、相談支援又は心理支援等を提供できる体制を有していればよいこととする。
724	下から 8 行目	…1 年当り届出病床の 3%減床から…	…1 年当り届出病床の 30%減床から…

727	上から 9 行目		(20) 令和 6 年 5 月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(15)から(17)までの規定について、それぞれ以下のとおりとすること。 ア (15)の「算定開始」及び「地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」については、それぞれ「令和 6 年 6 月」及び「令和 6 年 6 月以降に地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間」と読み替えるものとする。 イ (16)の「算定開始」、「算定開始月の抑年以降の同じ月」、「届出前月末日」及び「当該病棟の算定年数」については、それぞれ「令和 6 年 6 月」、「令和 7 年 6 月以降の毎年 6 月」、「令和 6 年 5 月 31 日」及び「令和 6 年 6 月以降の当該病棟の算定年数」と読み替えるものとする。 ウ (17)の「届出前月末日」及び「当該病棟の算定月数」については、それぞれ「令和 6 年 5 月 31 日」及び「令和 6 年 6 月以降の当該病棟の算定月数」と読み替えるものとする。
		=(20)= (削除)	
735	下から 6 行目	…子宮内膜ポリープ切除術 2	…子宮内膜ポリープ切除術 3
736	下から 9 行目	…短期滞在手術基本料…	…短期滞在手術等基本料…
738	上から 2 行目		
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(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。
743	上から 2 行目	(12) 届出を行う月は…(別表 7)。	(12) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)・(II)、入院ベースアップ評価料ともに届出時期に関する規定はない。ただし、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新規届出は、届出月前の直近の 3、6、9、12 月に対象職員の給与総額と外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定回数・見込み額を算出し、計算式に照らして該当する区分で届出を行う。 ↑(注)従前の正誤で届出月を限定していたが、届出時期に関する規定はないため再修正。
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…
754	上から 13 行目	…別表 7 の対象となる 3 か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅…	…別表 7 の対象となる 12 か月の「対象職員の給与総額」並びに別表 7 の対象となる 3 か月の「外来・在宅…
757	下から 23 行目	…別表 7 の対象となる 3 か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅…	…別表 7 の対象となる 12 か月の「対象職員の給与総額」並びに別表 7 の対象となる 3 か月の「外来・在宅…
748	一番下に追加	(届出に関する事項) (1) 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び 1 の(7)(6)及び(8)(7)に基づき、新規届出時及び毎年 3、6、9、12 月において算出した該当する区分に係る届出は、別添 2 の様式 93 様式 1 を用いること。 (2) 1 の(7)(6)に基づき算出した看護職員処遇改善評価料の見込額、賃金改善の見込額、賃金改善実施期間、賃金改善を行う賃金項目及び方法等について記載した「賃金改善計画書」を、別添 2 の様式 93 の 2 様式 2 により新規届出時及び毎年 4 月に作成し、新規届出時及び毎年 6・7 月において、地方厚生(支)局長に届け出ること。 (3) 毎年 8 7 月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添 2 の様式 93 の 3 様式 3 により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。 (4) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添 2 の様式 94 様式 4 により作成し、届け出ること。 なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善計画書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ること。 (5) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善計画書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後 3 年間保管すること。	
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 colspan="2">1 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 1</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 colspan="2">2 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 2</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 colspan="2">3 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 3</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 colspan="2">4 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 4</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 colspan="2">5 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 5</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 colspan="2">6 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 6</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 colspan="2">7 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 7</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 colspan="2">8 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 8</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																																																				
756	上から 1 行目	… (新設) (病院)	… (新設) (病院) <u>(有床診)</u>																																																		
756 ■	上から 18 行目	…を算定した日において、1 日につき 1 回に限り算定できる。	…を算定している患者について、1 日につき 1 回に限り算定できる。																																																		
767 ■	上から 11 行目	…当該入院基本料等を行っている…	…当該入院基本料等の届出を行っている…																																																		
767 ■	上から 12 行目の下に追加	<p><u>表 1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等</u> (略) 障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2 急性期充実体制加算 1 及び 2 急性期充実体制加算の注 2 に規定する小児・周産科・精神科充実体制加算 診療録管理体制加算 1 (略)</p> <p><u>表 2 施設基準が改正された入院基本料等</u> (略) 一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料 6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く) (令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る) (中略) 急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る) (令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る) 看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る) (令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。) 看護補助加算 1 (地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 又は 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) (令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る)</p>																																																			
767 ■	下から 12 行目	…植込型骨導補聴器交換術、乳腺悪性腫瘍手術…	…植込型骨導補聴器交換術、 <u>鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む) (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、</u> 乳腺悪性腫瘍手術…																																																		
778 ■	下から 22 行目	…ウェブサイトに <u>掲示</u> していること…	…ウェブサイトに <u>掲載</u> していること…																																																		
778 ■	下から 15 行目	…ウェブサイトに <u>掲示</u> していること…	…ウェブサイトに <u>掲載</u> していること…																																																		
780 ■	上から 19 行目	…とあるのは「削除」とする。	…とあるのは「削除」、 <u>第十五の五の四の(9)中「(8)の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」とする。</u>																																																		
780 ■	一番下に追加	十一 <u>令和六年九月三十日までの間に限り、第十五の五の四の(7)中「健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。」とあるのは「削除」とする。</u>																																																			

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。