

『保険診療の手引』 2024 年6月版 正誤・追補 (2024.9.20)

※訂正箇所は**ゴシック太字下線**で表示しております。※今回追加したものは太枠で示しております。

※追補は■印を付しています。

頁	訂正箇所	誤	正
P1~P1968			
5	左段上から 11 行目	第 2 款 筋骨格系・ 四肢 ・体幹	第 2 款 筋骨格系・ 四肢 ・体幹
146 ■	右段上から 9 行目	(13) 医療情報取得加算 (月 1 回) <u>医療情報取得加算 1</u> <u>3 点</u> <u>医療情報取得加算 2</u> <u>1 点</u> (14) 医療 DX 推進体制整備加算 (月 1 回) <u>8 点</u>	(13) 医療情報取得加算 (月 1 回) <u>1 点</u> (14) 医療 DX 推進体制整備加算 (月 1 回) <u>イ 医療 DX 推進体制整備加算 1</u> <u>11 点</u> <u>ウ 医療 DX 推進体制整備加算 2</u> <u>10 点</u> <u>エ 医療 DX 推進体制整備加算 3</u> <u>8 点</u>
148 ■	右段上から 6 行目	(17) 医療情報取得加算 1・2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算 <u>1</u> として、月 1 回に限り 3 点を所定点数に加算する。 <u>ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算 2 として、月 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。</u> (18) 医療 DX 推進体制整備加算 医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月 1 回に限り <u>8 点</u> を所定点数に加算する。	(17) 医療情報取得加算 1・2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算 <u>1</u> として、月 1 回に限り 3 点を所定点数に加算する。 (18) 医療 DX 推進体制整備加算 医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月 1 回に限り、 <u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ</u> 所定点数に加算する。

169	上から9行目	<p>【通知】</p> <p>(1)～(5) (編注含む) 略</p> <p>(6) マイナ保険証の利用率が一定割合以上であること。 編注 2024(令和6)年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示される予定。 (2024.3.5厚労省通知)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(7) (編注含む) 略</p> <p>(8) (7)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。 (編注略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【通知】</p> <p>1 医療DX推進体制整備加算1の施設基準</p> <p>(1)～(5) (編注含む) 略</p> <p>(6) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合で合っ、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては15%以上であること。</p> <p>(7) (6)について、令和7年1月1日以降においては、「15%」とあるのは「30%」とすること。</p> <p>(8) (6)について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p>(9) (編注含む) 略</p> <p>(10) (9)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。 (編注略)</p> <p>(11) マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。</p> <p>2 医療DX推進体制整備加算2の施設基準</p> <p>(1) 1の(1)から(5)まで及び(9)から(11)までの基準をみたとこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては10%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、令和7年1月1日以降においては、「10%」とあるのは「20%」とすること。</p> <p>(4) (2)について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p> <p>3 医療DX推進体制整備加算3の施設基準</p> <p>(1) 1の(1)から(5)まで及び(9)から(10)までの基準をみたとこと。</p> <p>(2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては5%以上であること。</p> <p>(3) (2)について、令和7年1月1日以降においては、「5%」とあるのは「10%」とすること。</p> <p>(4) (2)について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。</p>
179	右段上から16行目	<p>(17) 医療情報取得加算(3月に1回)</p> <p>医療情報取得加算3 2点</p> <p>医療情報取得加算4 1点</p>	<p>(17) 医療情報取得加算(3月に1回) 1点</p>
181	右段上から18行目	<p>(19) 医療情報取得加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>	<p>(19) 医療情報取得加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>

204 ■	右段下から18行目	(10) 医療情報取得加算 3・4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算 3 として、3月に1回に限り 2 点を所定点数に加算する。 ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	(10) 医療情報取得加算 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り 1 点を所定点数に加算する。																																				
225	B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料の「併せて算定できないもの」欄	<ul style="list-style-type: none"> ・外来集団栄養食事指導料 ・集団栄養食事指導料 ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来栄養食事指導料 ・集団栄養食事指導料 ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 																																				
465 ■	右上編注部分を右に差替え	<p>編注 2024年10月1日より、長期収載医薬品の保険給付に係る選定療養が導入され、在宅医療に係る薬剤料も対象となる（選定療養については、⇨ P.1038）。</p> <p>【「摘要」欄にコードが設けられている事項】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療行為名称</th> <th>記載事項</th> <th>コード</th> <th>レセプト表示文言</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">長期収載品の選定療養に関する取扱い</td> <td rowspan="5"> （長期収載品について、選定療養の対象とはせず、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 </td> <td>820101320</td> <td>長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため</td> </tr> <tr> <td>820101321</td> <td>患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</td> </tr> <tr> <td>820101322</td> <td>学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</td> </tr> <tr> <td>820101323</td> <td>剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため</td> </tr> <tr> <td>820101324</td> <td>後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため</td> </tr> </tbody> </table>		診療行為名称	記載事項	コード	レセプト表示文言	長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせず、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため	820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため	820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため	820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため	820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため																				
診療行為名称	記載事項	コード	レセプト表示文言																																				
長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせず、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため																																				
		820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため																																				
		820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため																																				
		820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため																																				
		820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため																																				
512	往診料と緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算の表	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">その他の医療機関</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">別に定める患者 (①②③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td>夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>休日（日・祝日、12/29～1/3）</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td colspan="2">深 夜</td> <td>2,020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">（午後10時から午前6時）</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の医療機関	昼 間		別に定める患者 (①②③)	診療従事者の緊急往診	720	夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）	1,045	休日（日・祝日、12/29～1/3）	1,045	深 夜		2,020	（午後10時から午前6時）			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">その他の医療機関</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">別に定める患者 (①②③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td>夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>休日（日・祝日、12/29～1/3）</td> <td>1,370</td> </tr> <tr> <td colspan="2">深 夜</td> <td>2,020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">（午後10時から午前6時）</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の医療機関	昼 間		別に定める患者 (①②③)	診療従事者の緊急往診	720	夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）	1,045	休日（日・祝日、12/29～1/3）	1,370	深 夜		2,020	（午後10時から午前6時）		
区 分		その他の医療機関																																					
昼 間																																							
別に定める患者 (①②③)	診療従事者の緊急往診	720																																					
	夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）	1,045																																					
	休日（日・祝日、12/29～1/3）	1,045																																					
深 夜		2,020																																					
（午後10時から午前6時）																																							
区 分		その他の医療機関																																					
昼 間																																							
別に定める患者 (①②③)	診療従事者の緊急往診	720																																					
	夜間（午後6時から午前8時） （深夜を除く）	1,045																																					
	休日（日・祝日、12/29～1/3）	1,370																																					
深 夜		2,020																																					
（午後10時から午前6時）																																							
533	中見出し部分の番号修正	<p>(16) 患者1人当たりの平均訪問診療回数が12回以上の場合の取扱い</p> <p>(17) 在宅医療DX情報活用加算</p> <p>(18) 往診の翌日の訪問診療の取扱い</p> <p>(19) 患者における診療時間が1時間を超える・・・</p> <p>(20) 患者の負担とする交通費は実費とする。</p>	<p>(17) 患者1人当たりの平均訪問診療回数が12回以上の場合の取扱い</p> <p>(18) 在宅医療DX情報活用加算</p> <p>(19) 往診の翌日の訪問診療の取扱い</p> <p>(20) 患者における診療時間が1時間を超える・・・</p> <p>(21) 患者の負担とする交通費は実費とする。</p>																																				

558	表の一番右の列の上位4項目	820100626	該当する状態（包括的支援加算）：1-2 要介護3	820100626	該当する状態（包括的支援加算）：1-1 要介護3
		820100627	該当する状態（包括的支援加算）：1-3 要介護4	820100627	該当する状態（包括的支援加算）：1-2 要介護4
		820100628	該当する状態（包括的支援加算）：1-4 要介護5	820100628	該当する状態（包括的支援加算）：1-3 要介護5
		820100629	該当する状態（包括的支援加算）：1-5 障害支援区分2以上	820100629	該当する状態（包括的支援加算）：1-4 障害支援区分2以上
604	在宅患者訪問点滴注射管理指導料表中「含まれる費用」欄	・・・及び在宅悪性腫瘍患者指導管理料		・・・、在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料	
639	左段上から4行目	っており、地域支援体制加算又は在宅患者薬剤加算…		っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算…	
656	上から16行目	・・・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の対象となる。		・・・在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の対象となる。	
833	左段下から16行目	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 (270点)		(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 (262点)	
834	右段上から7行目	(9) HPV核酸検出(届) (350点)、HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) (届) (352点)		(9) HPV核酸検出(届) (347点)、HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) (届) (347点)	
837	右段下から16行目	サイトメガロウイルス核酸検出 (825点)		サイトメガロウイルス核酸検出 (801点)	
841	右段上から8行目	(3) 大腸菌ペロトキシン定性 (189点)		(3) 大腸菌ペロトキシン定性 (184点)	
919	下から21行目	1回につき所定点数に70点とする。		1回につき70点とする。	
942	表下右段上から5行目	・・・MRI 影響について、・・・		・・・MRI 撮影について、・・・	
1008	下段「明細書記載の要点(入院)」(6)の下に右を挿入	【「摘要」欄にコードが設けられている事項】			
1023 1077 共通	表中「長期収載品の選定療養に関する取扱い」欄を右に差替え	長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため

1068	左段 下から 11 行目	…入院外の患者に限り、 <u>50</u> 点で算定する。	…入院外の患者に限り、 <u>53</u> 点で算定する。	
1117	表中「フェイン ジェクト静注 500mg」を右に 差し替え	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
		←(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<u>830600194</u>	<u>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****</u>
			830600071	投与が必要と判断した理由 (フェインジェクト静注 500mg) ; *****
1120	表中「モノヴァ ー静注 500mg モノヴァー静注 1000mg」を右に 差し替え	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
		←(本製剤投与前の血中 Hb 値及び血中 Hb 値が 8.0g/dL 以上の場合)、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	<u>830600195</u>	<u>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</u>
			830600176	投与が必要と判断した理由 ((モノヴァー静注 500mg) ; *****
1147	上から 2 行目	入院中の患者以外の患者について、各年 <u>6月1日</u> から 7 日までの・・・	入院中の患者以外の患者について、各年 <u>7月1日</u> から 7 日までの・・・	
1165	上から 5 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P. 1156) の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P. 1156) の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	
1166	上から 18 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P. 1156) の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P. 1156) の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	
1167	上から 3 行目	なお、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1) (P. 1156) の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	
1167	下から 4 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	
1188	上から 3 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	
1189	下から 17 行目	(1) <u>運動器リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)を満たしている。</u>	(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師が 1 名以上勤務している。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>	
1191	上から 14 行目	45 点・・・※早期リハ加算と併算定可	45 点・・・※早期リハ加算、 <u>急性期リハ加算</u> と併算定可	
1198	上から 3 行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。	なお <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知(1)の例により</u> 、専任の常勤医師数に算入することができる。	

1199	上から3行目	(1) <u>呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)を満たしている。</u>	(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1200	上から23行目	45点・・・※早期リハ加算と併算定可	45点・・・※早期リハ加算、急性期リハ加算と併算定可
1221	下から24行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(11)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。</u>	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1224	下から22行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を専任の常勤医師数に算入することができる。</u>	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1227	下から17行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師(がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る)を専任の常勤医師数に算入することができる。</u>	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。)を、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1230	下から5行目	なお、 <u>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師(認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る)を専任の常勤医師数に算入することができる。</u>	なお、 <u>週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。)を、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準通知(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。</u>
1537	左段上から17～18行目	6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術 通4 12,000点	削除(K653-6として独立したため。右段上から5行目)
1770	下から1行目	【編注】 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P.1863	【編注】 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P.1683
1777	右段下から17行目	小規模多機能型居宅介護事務所、・・・	小規模多機能型居宅介護事業所、・・・
入院分冊 (P1969～)			
1970	左段上から11行目	第2款 筋骨格系・四肢・体幹	第2款 筋骨格系・四肢・体幹
2057	上から2行目と3行目の間に右を挿入	「医療区分・ADL区分等に係る評価票(療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料)」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。 なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。	
2058	下から4行目	I 算定期間に限りがない区分	II 算定期間に限りがない区分
2059	上から15行目	【算定期間に限りがない区分】	削除
2059	下から9行目	留意点 J045人工呼吸の「 35時間 を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。	留意点 J045人工呼吸の「 35時間 を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。
2060	上から14行目～15行目	<u>本項目に該当する。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載する。</u>	<u>本項目に該当する。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載する。</u>
2061	下から9行目の次に右を挿入	○項目 31. 欠番	

2061 ～ 2063	項目番号	○項目 <u>31.</u> 中心静脈栄養 (… ○項目 <u>32.</u> 人工腎臓、… ○項目 <u>33.</u> 肺炎に対する治療 ○項目 <u>34.</u> 褥瘡に対する治療 (… ○項目 <u>35.</u> 末梢循環障害による… ○項目 <u>36.</u> うつ症状に対する治療 ○項目 <u>37.</u> 1日8回以上の喀痰吸引 ○項目 <u>38.</u> 気管切開又は… ○項目 <u>39.</u> 創傷 (… ○項目 <u>40.</u> 酸素療法 (…	○項目 <u>32.</u> 中心静脈栄養 (… ○項目 <u>33.</u> 人工腎臓、… ○項目 <u>34.</u> 肺炎に対する治療 ○項目 <u>35.</u> 褥瘡に対する治療 (… ○項目 <u>36.</u> 末梢循環障害による… ○項目 <u>37.</u> うつ症状に対する治療 ○項目 <u>38.</u> 1日8回以上の喀痰吸引 ○項目 <u>39.</u> 気管切開又は… ○項目 <u>40.</u> 創傷 (… ○項目 <u>41.</u> 酸素療法 (…
2064	右段上から16行目	⑨ 中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を実施している場合は当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。(2024.3.28厚労省事務連絡)	⑨ 令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。(2024.3.28厚労省事務連絡)
2066	評価票の項番13	86に該当、かつ、1～ <u>40</u> (13を除く。)に1項目以上該当する場合	86に該当、かつ、1～ <u>41</u> (13及び31を除く。)に1項目以上該当する場合
2066	評価票の項番30の次に右を追加する	<u>30</u> 他者に対する暴行が毎日認められる場合 <u>処置等に係る医療区分2</u>	<u>30</u> 他者に対する暴行が毎日認められる場合 <u>31</u> 86に該当、かつ1～40 (13を除く。)に該当しない場合 <u>処置等に係る医療区分2</u>
2066	評価票の項番	<u>31～40</u>	<u>32～41</u>
2066	評価票の項番41	<u>86に該当、かつ、1～40 (13を除く。)に該当しない場合</u>	削除
2067	上から4行目 上から14行目 下から2行目	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <u>#####</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <u>10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</u>
2099	上から7行目	① (1)のイに該当する病棟であって、…	① (1)のイの①に該当する病棟であって、…
2156	左段囲み「注に掲げる加算」	注3 夜間看護体制加算 <u>届</u> <u>60点</u> 注4 看護補助体制充実加算 <u>届</u> <u>5点</u>	注3 夜間看護体制加算 <u>届</u> <u>71点</u> 注4 看護補助体制充実加算 <u>1届</u> <u>20点</u> 看護補助体制充実加算 <u>2届</u> <u>5点</u>
2156	右段上から18行目	イ 看護補助体制充実加算 <u>120点</u> ロ 看護補助体制充実加算 <u>25点</u>	イ 看護補助体制充実加算 <u>1</u> <u>20点</u> ロ 看護補助体制充実加算 <u>2</u> <u>5点</u>
2178	下から3行目 下から9行目	ハ 看護補助加算1の②及び④を満たす。	ハ 看護補助加算1の <u>ロ</u> 及び <u>ニ</u> を満たす。
2203	下から13行目	A226-4 小児緩和ケア診療加算 (小児緩和)	A226-4 小児緩和ケア診療加算 (小児緩和) <u>届</u>
2358 ■	上から16行目	… <u>特定集中治療室</u> 用の重症度、医療・看護必要度…	<u>ハイケアユニット</u> 用の重症度、医療・看護必要度…
2441	下から11行目	ロ 在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設からの入院患者 <u>500点</u> (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は自宅からの入院患者 <u>400点</u>	ロ 在宅患者支援病床初期加算 (1) 介護老人保健施設からの入院患者 <u>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関でC004-2救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者</u> <u>580点</u> <u>② ①の患者以外の患者</u> <u>480点</u> (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は自宅からの入院患者 <u>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関でC004-2救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者</u> <u>480点</u> <u>② ①の患者以外の患者</u> <u>380点</u>
2462 ■	下から13行目	(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1) のイから <u>オ</u> を満たす。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1) のウ及び <u>エ</u> を満たす。	<u>カ 11の(1)～(4)までを満たしている。</u> (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1) のイから <u>カ</u> を満たす。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1) のウ、 <u>エ及びカ</u> を満たす。
2511 ■	右欄下から12行目	…1補助体制加算に限る。)、 <u>特定感染症入院医療管理加算</u> 、地域加算、…	…1補助体制加算に限る。)、地域加算、…
2513 ■	右欄下から1行目	精神病薬を全て「摘要」欄に記載する。	精神病薬を全て「摘要」欄に記載する。 <u>(830100922)</u>

2552	左欄下から4行目と3行目の間に右を追加	注 在宅患者支援病床初期加算の算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるものとなる。 (2024. 3. 28 厚労省事務連絡)	
2604	下段のAの表	A 一般的な診断群分類 1,688 分類	A 一般的な診断群分類 718 分類
2605	上段のBの表	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 257 分類	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 1,212 分類
2605	下段のCの表	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 236 分類	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 229 分類
2606	上段のDの表	D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類 153 分類	D 高額薬剤や 短期滞在 手術等に係る診断群分類 142 分類

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/>