

「点数表改定のポイント」2014年4月版 正誤及び追補 (2014.4.2現在)

■ 印を付したものは、3月16日以降に示された厚労省告示、通知及び事務連絡等による追補です。

※ 厚労省による追加通知・告示(■で示したもの)により、本書による解説内容が変更となる場合があります。

頁	訂正箇所	誤	正
■32	表中「地域包括診療料」列、上から4行目	・再診料	・再診料、 再診料の加算(別に算定できる再診料の加算以外)
■32	表中「地域包括診療料」列、上から9行目	外来管理加算	(削除)
■41	表中下から10行目	外来管理加算	(削除)
50	下から12行目	ウ 患者の十分な理解が得られない	ウ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載する。 エ 患者の十分な理解が得られない
■60	上から10行目	注5から 注8 までに規定する	注5から 注7 までに規定する
■83	上から14行目	…様式の11の3及び 様式11の4 を用いる。	…様式の11の3及び 様式11の5 を用いる。
■84	下から2行目	…様式の11の2及び 様式11の4 を用いる。	…様式の11の2及び 様式11の5 を用いる。
■92	上から12行目	…別紙様式に記載のうえ、…	…別紙様式 14 に記載のうえ、…
■104	下から19行目の次に右記を挿入	注2 3については、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が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者(いずれも同一建物居住者を除く)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。	→ 注2 3については、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が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者(C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者) (いずれも同一建物居住者を除く)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。
■106	上から1行目	…又は真皮 までのを越える 褥瘡の状態にある患者に対し…	…又は真皮を 越えるまでの 褥瘡の状態にある患者(C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者)に対し…
■114	下から11行目	エ. 極度 の下痢が続く状態であるもの	エ. 強度 の下痢が続く状態であるもの
■115	上から14行目の次に右を挿入	なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料または同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)(Ⅲ)、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅲ)を算定することができる。	
116	上から5行目	…褥瘡管理者とする場合に限り、 当該管理栄養士及び当 …	…褥瘡管理者とする場合に限り、当…
■131	上から9行目の次に右を挿入	なお、平成26年6月30日まで間に「2」の「イ」～「ハ」を算定する場合に限り、すべての患者について、新たに在宅自己注射を導入したものと見なし、導入初期加算を算定することができる。	
147	下から2行目	(12) 細菌培養同定検査の 簡易培養 が、血液を2カ所以上から採取した場合に限り、血液又は穿刺液を…	(12) 細菌培養同定検査 について 、血液を2カ所以上から採取した場合に限り、 「3」 の血液又は穿刺液を…
158	下から4行目	(4) 不飽和鉄結合能(UIBC) (比色法)…	(4) 不飽和鉄結合能(UIBC) (RIA法)…
161	1.改定の概要の(1)	(1) 脳性NA利尿ペプチド(BNP)など 45項目が引き下げられた。	(1) 45項目が引き下げられた。
172	下から2行目	(5) 細菌培養同定検査の 簡易培養 が、血液を2カ所以上から採取した場合に限り、血液又は穿刺液を…	(5) 細菌培養同定検査 について 、血液を2カ所以上から採取した場合に限り、 「3」 の血液又は穿刺液を…

頁	訂正箇所	誤	正
■184	下から12行目	光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2を用いること。	(1) 光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2 及び様式52 を用いること。 (2) 当該検査に従事する医師及び臨床検査技師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
■220	下から3行目	キ アから 力 の内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アから 力 に該当する疾患に対して用いた場合	キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合 ク 薬効分類が血液製剤類のもので、 血友病の者に対して用いた場合 ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、 慢性骨髄性白血病に対して用いた場合 コ アから ケカ の内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アから ケカ に該当する疾患に対して用いた場合
■255	上から7行目の次に右記を挿入	注1 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(1については、病院又は有床診療所に限る。)において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	→ 注1 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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
■268	下から6行目	…言語聴覚士、 理学療法士、管理栄養士等の 多職種による…	…言語聴覚士、 看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む 多職種による…
275	上から17行目	る常勤理学療法士又は常勤言語聴覚士…	る常勤理学療法士、 常勤作業療法士 又は常勤言語聴覚士…
277	下から18行目	ける常勤理学療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。	ける常勤理学療法士、 常勤作業療法士 又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。
■303	上から17行目	…それぞれが精神科訪問看護・指導料及び…	…それぞれが精神科訪問看護・指導料(ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る)及び…
314	上から16行目	⑤ J070-4 救命のための気管内挿管	⑤ J044 救命のための気管内挿管
315	下から13行目	(10) J038人工腎臓「1慢性維持透析を行った場合」 「2慢性維持透析を行った場合」 …	(10) J038人工腎臓「1慢性維持透析を行った場合」 「2慢性維持透析濾過(複雑なもの)」
316	表(5)の「区分番号」欄、最下行	J070-4	J044
319	下から19行目	全身麻酔による手術の 患者数 が年間800件	全身麻酔による手術の 件数 が年間800件
321	下から3行目	当該診療科に配置されている 医師5名毎(端数は切り上げる)に1名 の…	当該診療科に配置されている 医師の数が5名又はその端数を増すごとに1名 の…
■336	上から16行目の下に右記を挿入	④ K656-2 腹腔鏡下胃縮小術	(スリーブ状切除によるもの)
336	下から13行目	…②全身麻酔の年間実施 患者数 …	…②全身麻酔の年間実施 件数 …
■344	上から13行目	植込型心電図記録計摘出術、膀胱水…	植込型心電図記録計摘出術、 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) 、膀胱水…
■352	表中右列上から13行目	K617-3 静脈瘤切除術(下肢以外)	(削除)
■352	表中左下から1行目	K863 腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去 手術	K863 腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
■352	表中右下から1行目	K886 子宮付属器癒着剥離術(両側) 「1. 開腹によるもの」	K886 子宮付属器癒着剥離術(両側) 「2. 腹腔鏡によるもの」

頁	訂正箇所	誤	正								
■352	表の欄外	※複数手術の特例に係る手術の一覧表は、2014年3月5日に厚労省より示された告示案に基づいて作成している。	(削除)								
■394	上から5行目の右を削除	●(5)「1」ナビゲーションによるものと「3」患者適合型手術支援ガイドを									
■397	下から2行目	… <u>一連</u> につき…	… <u>一日</u> につき…								
■414	上から5行目の「ア略」を右に差し替え	ア 自家培養表皮 a, b 略 c 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、 <u>又は特定集中治療室管理料2</u> 、 <u>又は特定集中治療室管理料4</u> の施設基準の届け出を行っている保険医療機関において実施する。									
■429	表中、左下から21行目	② MRI 対応型※ <u>1,040,000円</u>	② MRI 対応型※ <u>1,040,000円</u>								
■464	下から10行目の次に右を挿入	<u>ただし、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合には新規に届出をする場合には該当しない。</u>									
■464	下から9行目	なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index、以下「BI」という)を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時 <u>又は</u> 退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。	患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index、以下「BI」という)を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPC <u>調査の様式1</u> における入院時と退院時の「ADLスコア」を用いた評価であっても差し支えない。 <u>ただし、退院時の「ADLスコア」については、当該病棟から退院又は退棟した時点のADLとする。</u>								
■465	上から2行目	…(別添7の様式5の <u>4(⇒P450)</u>)…	…(別添7の様式5の <u>5(⇒P478)</u>)…								
■465	下から10行目	…届け出る場合に用いる。…	…届け出る場合に用い、 <u>別添7の様式10の8については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の7については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合(精神科入院基本料を算定している病院に限る。)</u> に用いる。…								
■466	上から5行目	…別添7の様式12(⇒P540)を用いる。	…別添7の様式12(⇒P540)を用い、 <u>有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いる。</u>								
■467	下欄の別紙6、下から8行目の次に右を挿入	<u>なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状態等の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他の診療録等のいずれかに記録すること。</u>									
501	(2)の①表中、「13対1入院基本料」の「14日以内」の算定点数	<table border="1"> <tr> <td>加算有</td> <td><u>1,701</u></td> </tr> <tr> <td>加算無</td> <td><u>1,551</u></td> </tr> </table>	加算有	<u>1,701</u>	加算無	<u>1,551</u>	<table border="1"> <tr> <td>加算有</td> <td><u>1,721</u></td> </tr> <tr> <td>加算無</td> <td><u>1,571</u></td> </tr> </table>	加算有	<u>1,721</u>	加算無	<u>1,571</u>
加算有	<u>1,701</u>										
加算無	<u>1,551</u>										
加算有	<u>1,721</u>										
加算無	<u>1,571</u>										
520	(1)表、網掛け部分	看護必要度	平均在院日数								
520	(1)表、欄外の注	注) 13 対 1 入院基本料の…	注) <u>10 対 1</u> 、13 対 1 入院基本料の…								
■525	上から11行目	(3) 障害者施設等入院基本料の注 2 <u>ただし書</u> に…	(3) 障害者施設等入院基本料の注 2 に…								
■530	下から7行目	…様式は、 <u>別紙様式5</u> 又は…	…様式は、「 <u>基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて</u> 」(平成26年3月5日保医発0305第1号)別添6の別紙23又は…								
■533	下から3行目	…式12の <u>6</u> まで(→P540～542)を用いる。…	…式12の <u>8</u> まで(→P540～542)を用いる。…								
	下から2行目	…別添7の様式12(→P540)を用いる。	…別添7の様式12(→P540)を用い、 <u>有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。</u>								
■538	上から12行目	…式12の <u>6</u> まで(→P540～542)を用いる。…	…式12の <u>8</u> まで(→P540～542)を用いる。…								
	上から13行目	…別添7の様式12(→P540)を用いる。	…別添7の様式12(→P540)を用い、 <u>有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。</u>								
■542	様式の番号変更	様式12の <u>5</u>	様式12の <u>6</u>								
543	「改定の概要」の(1)	(1) A200 総合入院 <u>診療</u> 加算(120点)が…	(1) A200 総合入院 <u>体制</u> 加算(120点)が…								

頁	訂正箇所	誤	正												
■547	上から15行目	…薬剤（ 当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。 ）を使用するものとし、抗生剤のみの使用 及び GCSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。	…薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、GCSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用 及び内服薬のみの使用 等は含まない。												
553	1.改定の概要の(2)	…②退院日の翌日から14日以内に退院時要録を作成し中央病歴管理室に…	…②退院日の翌日から14日以内に退院時要約を作成し中央病歴管理室に…												
555	1.改定の概要の(1)(2)	医師事務作業補助加算	医師事務作業補助 体制 加算												
■555	下から9行目の右記を削除	なお、既届出の医療機関であって、当該取り扱いに該当する場合は、あらたに届出が必要とされた。													
576	下から14行目	…場合は、看護師 又は 社会福祉士 について 専従である…	…場合は、 専任の 看護師 及び専任の 社会福祉士が 配置 されていればよく、専従である…												
576	下から5行目の右記を削除	算定対象は、周産期医療センター、小児医療管理料1、2、3の届出を行った医療機関である。													
580	下から15行目	(1) 4週間の算定制限…	(1) 療養病棟等における 4週間の算定制限…												
■585	下から2行目	…26年8月20日、11月20日、平成27年2月20日、5月20日、 8月20日又は11月20日 に…	…26年 5月20日 、8月20日、11月20日、平成27年2月20日、5月20日 又は 8月20日に…												
605	表中の中段、「A230-3」に下線部を追加	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th></th> <th>改正内容</th> <th></th> <th>点数</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A230-3 精神科身体合併症管理加算</td> <td>(略)</td> <td>変更無し 新設</td> <td>(略)</td> <td>450 225</td> <td>(略)</td> </tr> </tbody> </table>		項目		改正内容		点数		A230-3 精神科身体合併症管理加算	(略)	変更無し 新設	(略)	450 225	(略)
項目		改正内容		点数											
A230-3 精神科身体合併症管理加算	(略)	変更無し 新設	(略)	450 225	(略)										
■620	下から19行目	…患者（転院時に他の保険医療機関で…	…患者（転院時に他の保険医療機関 又は当該保険医療機関 で…												
■628	上から8行目の右側	注4 診療に係る費用（注2 及び注3 に…	注4 診療に係る費用（注2、 注3及び注5 に…												
■630	下から4行目	…様式49から様式49の 6 （⇒P672）までを用いる。	…様式49から様式49の 7(様式49の4を除く) （⇒P672）までを用いる。												
633	下から6行目	(12) DPC 算定患者が 地域包括ケア病棟入院料等算定病棟(室)に転棟・転床した場合は、 入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表にしたがって算定するとされた。	(12) DPC算定患者が 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室した場合は、 入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表に従って算定することとされた。 なお、地域包括ケア病棟入院料1・2を算定する病棟に転棟した場合は地域包括ケア病棟入院料を算定する。												
■637	下から14行目の右を削除	なお、同一医療機関において当該病棟又は病室に転棟等した患者については、算定できない。													
■641	上から6行目	…また、当該 日常生活機能評価表及び 看護必要度評価票A項目…	…また、当該看護必要度評価票A項目…												
■641	下から13行目	…ただし、平成26年3月31日時点で7対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る）の届出を行っている病棟については、 平成27年3月31日 までの間、…	…ただし、平成26年3月31日時点で7対1 及び10対1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る）の届出を行っている病棟については、 平成26年9月30日 までの間、…												
■641	下から9行目	… 自宅 等に…	… 在宅 等に…												
■642	下から16行目	…様式9、20、50から…	…様式9、 9の3 、20、50から…												
647	上から7行目	…入院期間が通算される再入院の患者は、 計上しないことが明確化された。	…入院期間が通算される再入院の患者は、「 移行した患者 」のカウントから除外されることになった。												
■650	上から5行目	(13) 以下の地域における1年間に…	(13) 以下の地域における 直近 1年間に…												
650	下から17行目	…在宅へ移行する。なお、退院後に、…	…在宅へ移行する。「 在宅へ移行する 」とは、 患者又は精神障害者施設へ移行することである。 なお、退院後に、…												
	下から4行目	…入院期間が通算される再入院の患者は、 計上しないことが明確化された。	…入院期間が通算される再入院の患者は、「 移行した患者 」のカウントから除外されることになった。												
653	下から8行目	…入院期間が通算される再入院の患者は、 計上しないことが明確化された。	…入院期間が通算される再入院の患者は、「 移行した患者 」のカウントから除外されることになった。												

頁	訂正箇所	誤	正
■653	上から15行目の次に右を挿入	6. 届出に関する事項 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること）、 及び様式53 及び様式53の2を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの）を添付する。	
■656	上から18行目を右記の通り訂正	(14) 以下の地域における直近1年間（ 当該保険医療機関が精神科救急・合併症入院料に係る届出を行う前年度1年間とする ）における…	
■659	下から6行目	…平成26年4月1日以降に 当該病棟へ入院となつた 当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、…	…平成26年4月1日以降に当該病棟に入院した患者1人につき1人以上、 入院した日から起算して7日以内 に指定し、…
660	上から3行目	(9) 当該病棟の入院患者について…	(9) 退院支援相談員の担当する 当該病棟の入院患者について…
■660	下から9行目	…様式24の2 及び 様式55の2を用いる。	…様式24の2、様式55の2 及び様式55の3 を用いる。
■661	下から14行目の右側	…並びにデータ提出加算、精神科専門療法に…	…並びにデータ提出加算、 リハビリテーション総合計画評価料、認知症患者リハビリテーション料、 精神科専門療法に…
■668	下から12行目	…また、当該 日常生活機能評価表及び 看護必要度評価票A項目…	…また、当該看護必要度評価票A項目…
685	上から21行目～26行目に右記を差し替え	(8) 病院で当該手術・検査を行い、入院後5日目までに退院した場合は、下記の場合を除き、短期滞在手術等基本料3を算定することとなった。 ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関 イ 入院した日から起算して5日以内に当該手術又は検査の中から2以上を実施した場合 ウ 入院した日から起算して5日以内に当該手術又は検査に加えて、他の手術を実施した場合 エ 入院した日から起算して5日以内に当該手術又は検査を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合（転院先医療機関でも当該入院料は算定不可）	
686	上から5行目の次に右記を挿入	(12) 終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合及び「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合については、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、その必要性について医学上の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載することとされた。 (13) 原則当該入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤をあらかじめ当該又は他医療機関で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められないことが明記された。なお、やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載することとされた。	
■689	上から9行目	ア 手術室を使用していること。	ア 手術室を使用していること（ 短期滞在手術等基本料3のイ～ホを算定する場合を除く ）。 なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合には、内視鏡室を使用してもよい。
■689	689頁の上から21行目～690頁の上から14行目を差し替え	※本正誤表、最終ページの【別紙】参照。	
■692	下から10行目の次に右記を挿入	栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関における入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）ただし、平成26年7月1日以降に算定する場合に限る。また、 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長したものに限る。	
■692	下から6行目	(…平成26年10月1日以降に限る)	(…平成26年10月1日以降に 算定する場合 に限る)
■693	上から11行目の次に右記を挿入	A207 診療録管理体制加算1	
■693	上から14行目の次に右記を挿入	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域） A238 退院調整加算（特定地域）	
■693	上から14行目の右記を削除	A207-4 看護職員夜間配置加算（平成26年10月1日以降に限る）	
■693	下から17行目	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の体制強化加算
■693	下から11行目の右記を削除	A311 精神科救急入院料の院内標準診療計画加算	
■693	下から10行目	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料の精神科急性期医師配置加算	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 1 の精神科急性期医師配置加算

頁	訂正箇所	誤	正
■694	上から4行目	在宅療養実績加算	在宅療養実績加算(強化型以外の在宅療養支援診療所、支援病院に限る)
■694	上から10行目	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 (平成26年10月1日以降に限る)	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
■696	上から8行目	7対1入院基本料(平成26年10月1日以降に限る)	7対1入院基本料(平成26年10月1日以降、 引き続き算定する場合 に限る)
■696	上から9行目	看護必要度加算1、2(平成26年10月1日以降に限る)	看護必要度加算1、2(平成26年10月1日以降、 引き続き算定する場合 に限る)
■696	上から11行目の右記を削除	A200 総合入院体制加算2 A207 診療録管理体制加算2 A207-2 医師事務作業補助体制加算2	
■696	上から14行目	A207-3 急性期看護補助体制加算(平成26年10月1日以降に限る)	A207-3 急性期看護補助体制加算(平成26年10月1日以降、 引き続き算定する場合 に限る)
■696	上から14行目の次に右記を挿入	A207-4 看護職員夜間配置加算(平成26年3月31日において、看護職員夜間配置加算の届出を行っている保険医療機関で、平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る)	
■696	上から15行目	A214 看護補助加算(一般病棟又は結核病棟の13対1入院基本料について、平成26年10月1日以降に限る)	A214 看護補助加算 1 (一般病棟又は結核病棟の13対1入院基本料について、平成26年10月1日以降、 引き続き算定する場合 に限る)
■696	上から16行目の次に右を挿入	A234-2 感染防止対策加算1(平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る)	
■696	上から17から18行目を削除	A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域の場合に限る) A238 退院調整加算(特定地域の場合に限る)	
■696	下から10行目の次に挿入	A300 救命救急入院料2又は4(平成27年4月1日以降、引き続き算定する場合に限る)	
■696	下から9行目	A301 特定集中治療室管理料3、4	A301 特定集中治療室管理料3、4(平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る)
■696	下から8行目	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料2	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料2(平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る)
■696	下から7行目の右を削除	A301-4 小児特定集中治療室管理料	
■696	下から6行目	A302 新生児特定集中治療室管理料1、2	A302 新生児特定集中治療室管理料1、2(平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る)
■696	下から6行目の次に挿入	A303 総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料(平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る)	
■696	下から4行目	・回復期リハビリテーション病棟入院料1(平成26年10月1日以降に限る)	・回復期リハビリテーション病棟入院料1(平成26年10月1日以降、 引き続き算定する場合 に限る)
■696	下から3行目の右記を削除	・回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算	
■696	下から3行目の次に右記を挿入	A311 精神科救急入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A312 精神療養病棟入院料 【在宅医療】 在宅療養支援診療所(強化型であって、平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る) 在宅療養支援病院(強化型であって、平成26年10月1日以降、引き続き算定する場合に限る)	
■697	上から5行目の次に右記を挿入	総合入院体制加算 → 総合入院体制加算2 診療録管理体制加算 → 診療録管理体制加算2	

頁	訂正箇所	誤	正
■697	上から12行目の次に右記を挿入	人工乳房及び組織拡張器（乳房用） → 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る） 自家培養軟骨 → 骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術に限る） 悪性脳腫瘍に対する光線力学療法 → 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算 人工内耳植込術（植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した場合） → 植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術 人工乳房及び組織拡張器（乳房用） → ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後） バルーン拡張型人工生体弁セット → 経皮的動脈弁置換術 磁場によるナビゲーションシステム → 磁気ナビゲーション加算	
■697	下から1行目の次に右記を挿入	（注）特定機能病院及び専門病院については省略した。	
715	「改定の概要」(1)のウ	ウ.「同一日に3人以上」の場合は、点数が 引 き上げられた。	ウ.「同一日に3人以上」の場合は、点数が 引 き下げられた。
717	表中「01-1 訪問看護基本療養費(I)」、イの「週3日目まで」の「金額」欄	5,500	5,550
718	表中「01-2 精神科訪問看護基本療養費(I)」、イの「週3日目まで30分以上の場合」の「金額」欄	5,500	5,550
718	表中「01-2-2 精神科訪問看護基本療養費(II)」の「金額」欄	1,660	1,600
■725	9～17行目を右に差し替え	第3部は、次に掲げる告示及び介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（平成26年3月19日事務連絡）に基づき作成した。通知の改定は行われぬ。 ○ 平成26年3月12日厚生労働省告示第67号（居宅サービス）、第68号（居宅介護支援）、第69号（施設サービス） ○ 平成26年3月18日厚生労働省告示第79号（特定診療費）、第80号（地域密着型）、第81号（介護予防）、第82号（介護予防地域密着型）、第83号（介護予防支援）、第84号（外部サービス）、第85号（夜間対応型）、第86号（区分支給限度基準額）	

最新の正誤表については、保団連 HP(<http://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介していきますので、ご確認ください。

保団連正誤表

検索

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



【別紙】

※分量の関係で、別紙扱いとして掲載します。

頁	訂正箇所	誤	正
<p>■689 ～690</p>	<p>689 頁の上から 21 行目～690 頁の上から 11 行目を右記に差し替え</p>	<p>(3) 保険医療機関（有床診療所を除く）において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、特に規定する場合を除き、すべての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、なお、アに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合及びイに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、医学的に当該入院で実施しなければならない特別の理由がある場合に限り、これらの点数を算定すること。また、算定の理由について、その必要性について医学上の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>ただし、それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査においては入院5日以内に手術を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。（例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等）</p> <p>また、入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合は、当該保険医療機関及び転院先の保険医療機関ともに、短期滞在手術等基本料3を算定しない。</p> <p>ア「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合 イ「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 ウ「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合 エ「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査 オ「D413」前立腺針生検法 カ「K008」腋臭症手術の「2」皮膚有毛部切除術 キ「K093-2」関節鏡下手根管開放手術 ク「K196-2」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ケ「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの コ「K282」水晶体再建術の「2」眼内レンズを挿入しない場合 サ「K474」乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5cm未満 シ「K617」下肢静脈瘤手術の「1」抜去切除術 ス「K617」下肢静脈瘤手術の「2」硬化療法（一連として） セ「K617」下肢静脈瘤手術の「3」高位結紮術 ソ「K633」ヘルニア手術の「5」鼠径ヘルニア タ「K634」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） チ「K721」内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術の「1」長径2cm未満 ツ「K721」内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術の「2」長径2cm以上 テ「K743」痔核手術の「2」硬化療法（四段階注射法によるもの） ト「K867」子宮頸部（腔部）切除術 ナ「K873」子宮鏡下子宮筋腫摘出術</p>	<p>(4) 以下のア～エに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。</p> <p>ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合 イ 入院した日から起算して5日以内に（3）のア～ナに掲げる手術又は検査の中から2以上を実施した場合。 ウ 入院した日から起算して5日以内に（3）のア～ナに掲げる手術又は検査に加えて、手術（第10部手術に掲げるもの）を実施した場合。 エ 入院した日から起算して5日以内に（3）のア～ナに掲げる手術又は検査を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合。</p>
<p>690</p>	<p>上から12～13行目を右記を差し替え</p>	<p>(5) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用（投薬に掲げる各所定点数をいう）を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載する）。</p>	<p>(5) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用（投薬に掲げる各所定点数をいう）を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載する）。</p>
<p></p>	<p>上から13行目の次に右記を追加</p>	<p>(4)(7)短期滞在手術を行うことを目的として本基本料1又は2に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料1又は2に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	<p>(7)短期滞在手術を行うことを目的として本基本料1又は2に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料1又は2に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>
<p></p>	<p>上から14行目の次に右記を追加</p>	<p>編注：(3)を(36)とし、(5)から(9)を(58)(69)(710)(811)(912)とし、短期滞在手術基本料とあるのを短期滞在手術等基本料に変更する。</p>	<p>編注：(3)を(36)とし、(5)から(9)を(58)(69)(710)(811)(912)とし、短期滞在手術基本料とあるのを短期滞在手術等基本料に変更する。</p>