

# 『保険診療の手引』2024年6月版 正誤・追補(2024.10.22)

※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・ <b>四肢</b> ・体幹	第2款 筋骨格系・ <b>四肢</b> ・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おいては、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。

<p>169</p> <p>■</p>	<p>上から 9 行目</p>	<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。  <b>編注</b> 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)の掲示事項について、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><b>1 医療 DX 推進体制整備加算 1 の施設基準</b></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)の掲示事項について、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><b>2 医療 DX 推進体制整備加算 2 の施設基準</b></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。</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><b>3 医療 DX 推進体制整備加算 3 の施設基準</b></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。</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>
<p>179</p> <p>■</p>	<p>右段上から 16 行目</p>	<p>(17) 医療情報取得加算 (3 月に 1 回)  <b>医療情報取得加算 3</b>            <u>2 点</u>  <b>医療情報取得加算 4</b>            <u>1 点</u></p>	<p>(17) 医療情報取得加算 (3 月に 1 回)    <u>1 点</u></p>
<p>181</p> <p>■</p>	<p>右段上から 18 行目</p>	<p>(19) 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 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  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	<p>(10) 医療情報取得加算 <b>3・4</b>          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 <b>3</b>として、3月に1回に限り <b>2</b>点を所定点数に加算する。<b>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 <b>4</b>として、3月に1回に限り <b>1</b>点を所定点数に加算する。</b></p>	<p>(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 <b>1</b>点を所定点数に加算する。</p>
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"> <li>・外来<b>集団</b>栄養食事指導料</li> <li>・集団栄養食事指導料</li> <li>・在宅時医学総合管理料</li> <li>・施設入居時等医学総合管理料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来栄養食事指導料</li> <li>・集団栄養食事指導料</li> <li>・在宅時医学総合管理料</li> <li>・施設入居時等医学総合管理料</li> </ul>

465 ■ 右上編注部分を右に差替え

**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)。

**【「摘要」欄にコードが設けられている事項】**

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	<p>(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。))</p> <p>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。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>820101320</p> <p>820101321</p> <p>820101322</p> <p>820101323</p> <p>820101324</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>

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>その他の医療機関</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> <td>720</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">別に定める患者 (④ ③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>1,045</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></td> <td>深 夜 (午後10時から午前6時)</td> <td>2,020</td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の医療機関	昼 間		720	別に定める患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045	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 (午後10時から午前6時)	2,020	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th>その他の医療機関</th> </tr> <tr> <th colspan="2">昼 間</th> <td>720</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">別に定める患者 (④ ③)</td> <td>診療従事者の緊急往診</td> <td>1,045</td> </tr> <tr> <td>夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)</td> <td>1,370</td> </tr> <tr> <td>休日(日・祝日、12/29~1/3)</td> <td>1,370</td> </tr> <tr> <td></td> <td>深 夜 (午後10時から午前6時)</td> <td>2,020</td> </tr> </tbody> </table>	区 分		その他の医療機関	昼 間		720	別に定める患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,370	休日(日・祝日、12/29~1/3)	1,370		深 夜 (午後10時から午前6時)	2,020
区 分		その他の医療機関																																	
昼 間		720																																	
別に定める患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045																																	
	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 (午後10時から午前6時)	2,020																																	
区 分		その他の医療機関																																	
昼 間		720																																	
別に定める患者 (④ ③)	診療従事者の緊急往診	1,045																																	
	夜間(午後6時から午前8時) (深夜を除く)	1,370																																	
	休日(日・祝日、12/29~1/3)	1,370																																	
	深 夜 (午後10時から午前6時)	2,020																																	

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。	
810	右段下から9行目の下に右を追加	<b>ウ 本検査は、関連学会の定める指針に従って実施する。</b>			
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 <u>(270点)</u>	(5) 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <u>(262点)</u>		
834	右段上から7行目	(9) HPV核酸検出 <u>届 (350点)</u> 、HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） <u>届 (352点)</u>	(9) HPV核酸検出 <u>届 (347点)</u> 、HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） <u>届 (347点)</u>		
837	右段下から16行目	サイトメガロウイルス核酸検出 <u>(825点)</u>	サイトメガロウイルス核酸検出 <u>(801点)</u>		
841	右段上から8行目	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <u>(189点)</u>	(3) 大腸菌ベロトキシン定性 <u>(184点)</u>		
919	下から21行目	1回につき <u>所定点数</u> 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 <b>影響</b> について、・・・	・・・MRI <b>撮影</b> 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	<b>【「摘要」欄にコードが設けられている事項】</b>			
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	<p>長期収載品の選定療養に関する取扱い</p> <p>（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。））</p> <p>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。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>820101320</p> <p>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</p> <p>820101321</p> <p>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</p> <p>820101322</p> <p>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</p> <p>820101323</p> <p>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</p> <p>820101324</p> <p>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</p>		

1068	左段 下から 11 行目	…入院外の患者に限り、 <b>50</b> 点で算定する。	…入院外の患者に限り、 <b>53</b> 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。	<b>830600194</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (フェインジェクト 静注 500mg) ; *****</b>
			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。	<b>830600195</b>	<b>投与前の血中 Hb 値 (モノヴァー静注 500mg) ; *****</b>
			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 <b>6月1日</b> から 7 日までの・・・	入院中の患者以外の患者について、各年 <b>7月1日</b> から 7 日 までの・・・	
1165	■ 上から 5 行目	なお、 <b>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</b> 、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、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>専任の非常勤医師を、</b> <b>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</b> 、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、 <b>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</b> 、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、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>専任の非常勤医師を、</b> <b>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</b> 、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、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>専任の非常勤医師を、</b> <b>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</b> 、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、 <b>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</b> 、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、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>専任の非常勤医師を、</b> <b>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</b> 、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、 <b>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</b> 、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、 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>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</b> 、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) <b>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。</b>	(1) <b>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 ができる。</b>	
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、 <b>急性期リハ加算</b> と併算定可	
1198	■ 上から 3 行目	なお、 <b>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</b> 、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 <b>週3日以上常態として勤務しており、かつ</b> 、所定労働 時間が週 22 時間以上の勤務を行っている <b>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</b> 、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>
1263	上から 8 行目	ア 1、2 又は 3 に規定する各加算に係る届出を行っている保険医療機関である。	ア 1、2 又は 3 に規定する各加算 ( <u>児童思春期精神科専門管理加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算</u> ) に係る届出を行っている保険医療機関である。
1537	左段上から 17～18 行目	<u>6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術</u> <u>通 4</u> 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	<u>【編注】 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P. 1863</u>	<u>【編注】 介護老人保健施設入所者に係る取り扱い→ P. 1683</u>
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
2023	左側上から 22 行目～右側上から 3 行目まで	④ 「注 11」の規定により、A101 療養病棟入院料 1 の入院料 A から入院料 F のいずれかを算定する場合にあつては、定期的 (少なくとも月に 1 回) に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式 2 (⇨P. 1984) 又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に添付する。	削除
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	<u>【算定期間に限りがない区分】</u>	削除
2059	下から 9 行目	留意点 J 045 人工呼吸の「 <u>35 時間</u> 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 J 045 人工呼吸の「 <u>3 5 時間</u> を超えた場合 (1 日につき)」を算定している場合に限る。



2552	左欄下から4行目と3行目の間に右を追加	<b>注</b> 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。 <b>(2024. 3. 28 厚労省事務連絡)</b>	
2604	下段のAの表	A 一般的な診断群分類 <b>1,688 分類</b>	A 一般的な診断群分類 <b>718 分類</b>
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 <b>257 分類</b>	B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類 <b>1,212 分類</b>
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 <b>236 分類</b>	C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類 <b>229 分類</b>
2606	上段のDの表	D 高額薬剤や手術等に係る診断群分類 <b>153 分類</b>	D 高額薬剤や <b>短期滞在</b> 手術等に係る診断群分類 <b>142 分類</b>

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/>