

平成30年度版「医科診療報酬点数表(早見表付)」の追補について(第4報)

以下の告示・通知等により、本書の内容に補正が生じたのでお知らせします。

- ・平成30年6月21日 医療課事務連絡 平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
- ・平成30年6月29日 保医発0629第1号 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部訂正について
- ・平成30年7月5日 事務連絡 官報掲載事項の一部訂正について

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
早315		上から17行目	<p>019 携帯型ディスプレイ注入ポンプ</p> <p>注 PCA型は、注射又は神経麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、PCA(Patient Controlled Analgesia)のために用いた場合に算定できる。なお、本材料を算定する場合には、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は神経麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。</p>	<p>019 携帯型ディスプレイ注入ポンプ</p> <p>注 PCA型は、注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、PCA(Patient Controlled Analgesia)のために用いた場合に算定できる。なお、本材料を算定する場合には、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。</p>	字句修正
早355		下から15行目	<p>191 抹消血管用ステントグラフト</p> <p>注 ア～イ (略)</p> <p>ウ 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。また、TASC II C/D病変の、大動脈分岐部病変に対してキッシングステント法が適用される場合にあつては、1回の手術につき、標準型については4本を上限とする。</p> <p>エ 浅大腿動脈のTASC II D病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定する。</p> <p>オ 腸骨動脈のTASC II A/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載もしくは症状詳記に添付する。</p>	<p>191 抹消血管用ステントグラフト</p> <p>注 ア～イ (略)</p> <p>ウ 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。</p> <p>エ TASC II D病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定する。</p>	字句挿入
29	右	下から20行目	<p>A002 外来診療料</p> <p>(4) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(3)と同様である。</p>	<p>A002 外来診療料</p> <p>(4) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(3)と同様である。</p>	字句修正

29	左	下から8行目	<p>A002 外来診療料 注 1～5 (略) 6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003(9カルプロテクチン(糞便)を除く。)に掲げるもの</p> <p>ハ～ツ (略)</p>	<p>A002 外来診療料 注 1～5 (略) 6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの</p> <p>ハ～ツ (略)</p>	字句挿入
45	右	上から1行目	<p>A100 一般病棟入院基本料 (1) 一般病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料、「注2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。</p>	<p>A100 一般病棟入院基本料 (1) 一般病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料、「注2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料等及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。</p>	字句修正
51	右	上から24行目	<p>A101 療養病棟入院基本料 (7) 「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2は、ADL区分3の状態の患者について、「別紙様式46」(略)の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。</p>	<p>A101 療養病棟入院基本料 (7) 「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2は、ADL区分3の状態の患者について、「別紙様式46」(略)の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。</p>	字句挿入

ア 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

- (9) 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

ア (略)

イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できない。

ア 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

- (9) 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア (略)

イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できない。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

73 右 上から2行目

A106 障害者施設等入院基本料

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法(ドレナージ) 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において2週以上実施していること

A106 障害者施設等入院基本料

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3参照)	ドレーン法(ドレナージ) 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において2週以上実施していること

字句修正

96	右	上から4行目	<p>A214 看護補助加算</p> <p>(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。</p> <p>ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。</p> <p>イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。(精神病棟を除く。)</p> <p>ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。</p> <p>エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。</p> <p>(イ)実施の必要性等のアセスメント</p> <p>(ロ)患者家族への説明と同意</p> <p>(ハ)身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録</p> <p>(ニ)二次的な身体障害の予防</p> <p>(ホ)身体的拘束の解除に向けた検討</p> <p>オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。</p>	<p>A214 看護補助加算</p> <p>(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。</p> <p>ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。</p> <p>イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。(精神病棟をのぞく。)</p> <p>ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。</p> <p>エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。</p> <p>(イ)実施の必要性等のアセスメント</p> <p>(ロ)患者家族への説明と同意</p> <p>(ハ)身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録</p> <p>(ニ)二次的な身体障害の予防</p> <p>(ホ)身体的拘束の解除に向けた検討</p> <p>オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。</p>	字句修正
105	右	上から17行目	<p>A227-2 精神科措置入院退院支援加算</p> <p>(2) 本加算の退院とは、自宅等へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。</p>	<p>A227-2 精神科措置入院退院支援加算</p> <p>(2) 本加算の退院とは、自宅等へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。</p>	字句修正

132	右	上から19行目	A246 入退院支援加算 (21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)は必ず実施しなければならない。 ア～ク (略)	A246 入退院支援加算 (21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)は必ず実施しなければならない。 ア～ク (略)	字句挿入
141	右	下から19行目	A300 救命救急入院料 (10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。 この際、区分「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A101」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。また、区分「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。	A300 救命救急入院料 (10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。 この際、区分「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A101」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。また、区分「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。	字句挿入
163	右	上から19行目	A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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」別添2(略)「入院基本料等の施設基準等」第5の6(略)の規定により看護配置の異なる病棟毎に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。	A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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」別添2(略)「入院基本料等の施設基準等」第5の6(略)の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。	字句修正

206	右	下から4行目	B001 特定疾患治療管理料 5 小児科療養指導料 (7) 日常的に車椅子を使用する患者であつて、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。	B001 特定疾患治療管理料 5 小児科療養指導料 (7) 日常的に車椅子を使用する患者であつて、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきたした患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。	字句修正
214	右	上から1行目	14 高度難聴指導管理料 (1) 区分「K328」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、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において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。	14 高度難聴指導管理料 (1) 区分「K328」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、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(支)局長に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。	字句修正
221	右	上から20行目	23 がん患者指導管理料 (1) がん患者指導管理料イ ア (略) イ 当該患者について区分「B005-6」がん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分「B005-6-2」がん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍(転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。)に対して行った場合は別に算定できる。 ウ・エ (略)	23 がん患者指導管理料 (1) がん患者指導管理料イ ア (略) イ 当該患者について区分「B005-6」がん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分「B005-6-2」がん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍(転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。)に対して行った場合は別に算定できる。 ウ・エ (略)	字句修正

228	右	下から9行目	<p>B001-2 小児科外来診療料</p> <p>(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗 <u>薬適正使用支援加算</u>、区分「A000」初診料、区分「A 001」再診料及び区分「A002」外来診療料の時間外 加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、<u>区 分「A000」初診料の機能強化加算</u>、区分「B001-2 -2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分「B001-2 -5」院内トリアージ実施料、区分「B001-2-6」夜 間休日救急搬送医学管理料、区分「B010」診療情報 提供料(Ⅱ)並びに区分「C000」往診料(往診料の加 算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただ し、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は 小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、 250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料 の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例 加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520 点又は180点を算定する。</p>	<p>B001-2 小児科外来診療料</p> <p>(3) 当該患者の診療に係る費用は、区分「A000」初 診料、区分「A001」再診料及び区分「A002」外来診 療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特 例加算、区分「B001-2-2」地域連携小児夜間・休 日診療料、区分「B001-2-5」院内トリアージ実施 料、区分「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管 理料、区分「B010」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区 分「C000」往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全 て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、 休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する 場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点 を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加 算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場 合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定 する。</p>	字句挿入
232	右	下から19行目	<p>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料</p> <p>(1) 第二次救急医療機関(都道府県が作成する医療計 画において、入院を要する救急医療を担う医療機関 であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。)又 は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精 神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以 外の日(休日を除く。)にあつては、夜間に限る。)、休 日に、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に 規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うた めの救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道 路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊 急搬送に用いるものに限る。)をいう。)及び救急医療 用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特 別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターに より搬送された患者であつて初診のものについて、必 要な医学管理が行われた場合に算定する。 なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同 様である。</p>	<p>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料</p> <p>(1) 第二次救急医療機関(都道府県が作成する医療計 画において、入院を要する救急医療を担う医療機関 であつて、第三次救急医療機関以外のものをいう。)又 は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精 神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以 外の日(休日を除く。)にあつては、夜間に限る。)、休 日に、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に 規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うた めの救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道 路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊 急搬送に用いるものに限る。)をいう。)及び救急医療 用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特 別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターに より搬送された患者であつて初診のものについて、必 要な医学管理が行われた場合に算定する。 なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同 様である。</p>	字句修正

233	右	下から22行目	<p>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p> <p>(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できる。</p> <p>(5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できる。</p>	<p>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p> <p>(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できる。</p> <p>(5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できる。</p>	字句修正
234	右	上から17行目	<p>B001-2-8 外来放射線照射診療料</p> <p>(1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分「A000」初診料、区分「A001」再診料、区分「A002」外来診療料又は区分「A003」オンライン診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できる。</p>	<p>B001-2-8 外来放射線照射診療料</p> <p>(1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分「A000」初診料、区分「A001」再診料又は区分「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できる。</p>	字句修正
242	右	下から1行目	<p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>(12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力をを行う。</p>	<p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>(12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力をを行う。</p>	字句挿入

251	右	上から6行目	<p>B001-9 療養・就労両立支援指導料</p> <p>(2) 入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」(略) <u>及び</u>「別紙様式49の2」(略)又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行う。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。</p>	<p>B001-9 療養・就労両立支援指導料</p> <p>(2) 入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」(略) <u>から</u>「別紙様式49の2」(略) <u>まで</u>又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行う。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。</p>	字句修正
263	右	下から21行目	<p>B005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>(2) 「注1」認知症療養計画は、「別紙様式32」(略) <u>及び</u>「別紙様式32の2」(略)又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価(認知機能(MMSE、HDS-R等)、生活機能(ADL、IADL等)、行動・心理症状(NPI、DBD等)等)、家族又は介護者等による介護の状況(介護負担度の評価(NPI等)等)、治療計画(受診頻度、内服薬の調整等)、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料1を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。</p>	<p>B005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>(2) 「注1」認知症療養計画は、「別紙様式32」(略) <u>から</u>「別紙様式32の2」(略)又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価(認知機能(MMSE、HDS-R等)、生活機能(ADL、IADL等)、行動・心理症状(NPI、DBD等)等)、家族又は介護者等による介護の状況(介護負担度の評価(NPI等)等)、治療計画(受診頻度、内服薬の調整等)、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料1を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。</p>	字句修正
265	右	上から2行目	<p>B005-7-2 認知症療養指導料</p> <p>(4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式32」(略) <u>及び</u>「別紙様式32の2」(略)又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。</p>	<p>B005-7-2 認知症療養指導料</p> <p>(4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式32」(略) <u>から</u>「別紙様式32の2」(略)又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。</p>	字句修正

299	右	下から6行目	<p>C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)</p> <p>(19) 「注8」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注7」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注8」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン (平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載する。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは区分「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している。</p>	<p>C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)</p> <p>(19) 「注8」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注7」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注8」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン (平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載する。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは区分「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している。</p>	字句挿入
321	右	下から20行目	<p>C005 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料</p> <p>(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者</p>	<p>C005 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料</p> <p>(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者</p>	字句修正

			末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を 使用 している 状態	末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を 装着 している 患者	
334	右	下から17行目	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (4) 訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。ただし、当該患者(患者の病状に特に変化がないものに限る。)に関し、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注1の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供(区分「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。)を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (4) 訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。ただし、当該患者(患者の病状に特に変化がないものに限る。)に関し、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供(区分「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。)を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。	字句挿入
339	右	下から17行目	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならない。 ア～エ (略)	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならない。 ア～エ (略)	字句修正

343	右	上から1行目	<p>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料</p> <p>(4) また、関係者のうちいずれかが、「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(平成30年3月5日保医発0305第2号)」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)等に所属する場合においては、以下のアからウまでを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>ア～ウ (略)</p>	<p>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料</p> <p>(4) また、関係者のうちいずれかが、「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(平成30年3月5日保医発0305第2号)」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)等に所属する場合においては、以下のアからウを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>ア～ウ (略)</p>	字句挿入
363	右	下から9行目	<p>C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料</p> <p>(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。</p>	<p>C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料</p> <p>(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「<u>在宅における</u>悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。</p>	字句修正
387	右	上から11行目	<p>検査 通則</p> <p>16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである</p> <p>CLIA : Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法</p> <p><u>CLEIA: Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法</u></p> <p>ECLIA : Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法</p>	<p>検査 通則</p> <p>16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである</p> <p>CLIA : Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法</p> <p>(新設)</p> <p>ECLIA : Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法</p>	字句挿入

390	右	上から4行目	外来迅速検体検査加算 (2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。 区分「D006」出血・凝固検査の注の場合 区分「D007」血液化学検査の注の場合 区分「D008」内分泌学的検査の注の場合 区分「D009」腫瘍マーカーの注2の場合 例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原(CEA)と「8」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。	外来迅速検体検査加算 (2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。 区分「D006」出血・凝固検査の注の場合 区分「D007」血液化学検査の注の場合 区分「D008」内分泌学的検査の注の場合 区分「D009」腫瘍マーカーの注2の場合 例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原(CEA)と「6」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。	字句修正
402	右	下から21行目	D006-4 遺伝学的検査 (5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからエまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 (6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからエまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 (7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。	D006-4 遺伝学的検査 (5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 (6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 (7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。	字句挿入
410	右	下から1行目	D007 血液化学検査 (48) 「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、CLIA法又は CLEIA 法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。	D007 血液化学検査 (48) 「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、CLIA法又は CLIEA 法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。	字句修正

412	右	上から21行目	<p>D008 内分泌学的検査</p> <p>(7) 脳性Na利尿ペプチド(BNP) ア～イ (略)</p> <p>ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP) ア 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p> <p>ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)又は「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p>	<p>D008 内分泌学的検査</p> <p>(7) 脳性Na利尿ペプチド(BNP) ア～イ (略)</p> <p>ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を「摘要」欄に記載する。</p> <p>(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP) ア 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p> <p>ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)又は「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を「摘要」欄に記載する。</p>	字句修正
439	右	下から23行目	<p>D023 微生物核酸同定・定量検査</p> <p>(5) 「7」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCR法により実施した場合に算定する。</p>	<p>D023 微生物核酸同定・定量検査</p> <p>(5) 「7」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCRにより実施した場合に算定する。</p>	字句挿入
446	左	上から12行目	<p>D025 基本的検体検査実施料(1日につき)</p> <p>注 2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ 糞便検査(カルプロテクチン(糞便)を除く。)</p> <p>ホ～ヨ (略)</p>	<p>D025 基本的検体検査実施料(1日につき)</p> <p>注 2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ 糞便検査</p> <p>ホ～ヨ (略)</p>	字句挿入

458	右	上から1行目	D210-3 植込型心電図検査 (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査(心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。)等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。	D210-3 植込型心電図検査 (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査(心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。)等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。	字句挿入
490	右	上から2行目	D263-2 コントラスト感度検査 空間周波数特性(MTF)を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、 区分「K282」 水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。	D263-2 コントラスト感度検査 空間周波数特性(MTF)を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。	字句挿入
506	右	上から1行目	〔内視鏡検査に係る共通事項(区分「D295」～区分「D325」まで)〕 (1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査加算は、所定点数に含まない。	〔内視鏡検査に係る共通事項(区分「D295」～区分「D325」まで)〕 (1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査 実施 加算は、所定点数に含まない。	字句修正
509	右	上から1行目	D302 気管支ファイバースコープ 「注」の気管支肺胞洗浄法検査 同時 加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。	D302 気管支ファイバースコープ 「注」の気管支肺胞洗浄法検査加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。	字句挿入
518	右	上から2行目	D412 経皮的針生検法 区分「D404-2」、「D409」、「D410」、「D411」及び「D413」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。なお、所定点数には透視(CT透視を除く。)、心電図 検査 及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。	D412 経皮的針生検法 区分「D404-2」、「D409」、「D410」、「D411」及び「D413」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。なお、所定点数には透視(CT透視を除く。)、心電図及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。	字句挿入
518	右	上から14行目	D414-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA) (2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡 検査 加算は所定点数に含まれ、算定できない。	D414-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA) (2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡加算は所定点数に含まれ、算定できない。	字句挿入

520	右	下から6行目	D419-2 眼内液(前房水・硝子体液)検査 眼内リンパ腫の診断目的に眼内液(前房水・硝子体液)を採取し、ELISA法によるIL-10濃度と、CLEIA法によるIL-6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。	D419-2 眼内液(前房水・硝子体液)検査 眼内リンパ腫の診断目的に眼内液(前房水・硝子体液)を採取し、ELISA法によるIL-10と、CLEIA法によるIL-6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。	字句挿入
524	右	上から10行目	画像診断 通則 5 画像診断管理加算 (1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師(地方厚生(支)局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。)が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。(「6」又は「7」により算定する場合を除く。)また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。	画像診断 通則 5 画像診断管理加算 (1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師(地方厚生(支)局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。)が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2又は3は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。(「6」又は「7」により算定する場合を除く。)また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。	字句修正

(2) 画像診断管理加算1、**画像診断管理加算2**又は**画像診断管理加算3**は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握する。

画像診断管理加算1、2又は3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握する。

525	右	上から21行目	<p>6 遠隔画像診断による画像診断管理加算</p> <p>(2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p> <p>(3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握する。</p>	<p>6 遠隔画像診断による画像診断管理加算</p> <p>(2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2又は3は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p> <p>(3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1、2又は3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握する。</p>	字句挿入
-----	---	---------	---	--	------

559	右	下から18行目	F100 処方料 (16) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は85%以上であるとともに、外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。	F100 処方料 (16) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は85%であるとともに、外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。	字句挿入
583	右	上から21行目	リハビリテーション 通則 6 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮する。 (1)～(4) (略)	リハビリテーション 通則 6 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(3)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮する。 (1)～(4) (略)	字句修正
588	右	下から2行目	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) 対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるもの。 ア～ク (略) ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等をいう。	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) 対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるもの。 ア～ク (略) ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等をいう。	字句修正

595	右	下から2行目	<p>H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>(2) 対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等をいう。</p>	<p>H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>(2) 対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等をいう。</p>	字句修正
602	右	上から19行目	<p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>(4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 別紙様式21の6(略)又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ワ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせて記載する様式(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)</p> <p>(イ)～(ニ) (略)</p> <p>(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う具体的内容に係るもの</p> <p>(チ)～(ヲ) (略)</p>	<p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>(4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 別紙様式21の6(略)又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)からリハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)</p> <p>(イ)～(ニ) (略)</p> <p>(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの</p> <p>(チ)～(ヲ) (略)</p>	字句修正

H004 摂食機能療法

- (6) 「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2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(支)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。
- (7) 「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、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カンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載する。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載する。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (8) 「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載する。
- (10) 「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

H004 摂食機能療法

- (6) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2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(支)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。
- (7) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、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カンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載する。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載する。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (8) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載する。
- (10) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

字句修正

619	右	上から14行目	<p>I002 通院・在宅精神療法</p> <p>(4) 「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。</p> <p>(6) 「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区(以下「都道府県等」という。)が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。</p> <p>(7) 「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>(8) 算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載する。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又は「2」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。</p>	<p>I002 通院・在宅精神療法</p> <p>(4) 「1」のイ及びハの(2)並びに「2」のイ及びハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。</p> <p>(6) 「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区(以下「都道府県等」という。)が、精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。</p> <p>(7) 「1」のイ又はロ及び「2」のイ又はロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>(8) 算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載する。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又はハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。</p>	字句修正
-----	---	---------	---	---	------

635	右	下から13行目	I009 精神科デイ・ケア (11) 「注4」に掲げる 長期の入院歴を有する患者 とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者である。	I009 精神科デイ・ケア (11) 「注4」に掲げる 長期入院患者 とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者である。	字句修正
644	右	上から9行目	I012 精神科訪問看護・指導料 (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、 精神科在宅患者支援管理料1 (ハを除く。)又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。	I012 精神科訪問看護・指導料 (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、 当該管理料1 (ハを除く。)又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。	字句修正
650	右	上から15行目	I016 精神科在宅患者支援管理料 (2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。 ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者(入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。) イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺後による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について)(平成18年4月3日)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)(平成30年3月5日保医発0305第2号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。)	I016 精神科在宅患者支援管理料 (2) 「1」及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。 ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する 係る 指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者(入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。) イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺後による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について)(平成18年4月3日)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)(平成28年3月4日保医発0304第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(JCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。)	字句修正

			<p>(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。</p> <p>(5) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(6) 「1」のロ及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>(12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録に添付すること。</p>	<p>(3) 「1」及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。</p> <p>(5) 「1」及び「2」のイは、<u>で</u>以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(6) 「1」及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>(12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを添付すること。</p>	
658	右	上から14行目	<p>処置 通則</p> <p>5 「通則5」の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2(以下「時間外加算等2」という。)は、区分「A000」初診料の「注7」、区分「A001」再診料の「注5」、区分「A002」外来診療料の「注8」に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分「A000」初診料の「注9」又は区分「A001」再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。</p>	<p>処置 通則</p> <p>5 「通則5」の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2(以下「時間外加算等」という。)は、区分「A000」初診料の「注7」、区分「A001」再診料の「注5」、区分「A002」外来診療料の「注8」に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分「A000」初診料の「注9」又は区分「A001」再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。</p>	字句挿入
672	右	上から8行目	<p>J026-4 ハイフローセラピー(1日につき)</p> <p>(2) 区分「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。</p>	<p>J026-4 ハイフローセラピー(1日につき)</p> <p>(2) 区分「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。</p>	字句修正

707	右	下から8行目	J117 鋼線等による直達牽引 (3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行なった場合の手技料を含む。)の所定点数のみにより算定する。	J117 鋼線等による直達牽引 (3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	字句挿入
708	右	上から11行目	J118 介達牽引 (4) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 介達牽引 の費用は算定できない。	J118 介達牽引 (4) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 人工呼吸 の費用は算定できない。	字句修正
708	右	下から18行目	J118-2 矯正固定 (2) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 矯正固定 の費用は算定できない。	J118-2 矯正固定 (2) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 人工呼吸 の費用は算定できない。	字句修正
709	右	上から8行目	J118-3 変形機械矯正術 (2) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 変形機械矯正術 の費用は算定できない。	J118-3 変形機械矯正術 (2) 区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、 人工呼吸 の費用は算定できない。	字句修正
765	右	上から1行目	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。 例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例 下記ア及びイを合算した点数を算定する。 ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。 例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例 下記ア及びイを合算した点数を算定する。 ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数	字句修正

			イ「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数	イ「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数 <u>ウ「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数</u>	
828	右	上から1行目	K546 経皮的冠動脈形成術 (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に <u>対して</u> 算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	K546 経皮的冠動脈形成術 (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	字句挿入
845	右	上から9行目	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 (2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」 <u>並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペースメーカー機能付き」及び「体外式ペースメーカー機能付き・特殊型」</u> については算定できない。	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 (2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」 <u>及び「アブレーション機能付き」</u> については算定できない。	字句修正
846	右	上から3行目	K597 ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術 (「K597」、「K597-2」共通事項) (1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー移植の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。	K597 ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術 (「K597」、「K597-2」共通事項) (1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー移植の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。	字句挿入
849	右	下から6行目	K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型) (1) 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。	K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型) (1) 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等 <u>など</u> の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。	字句修正
920	右	上から10行目	K920 輸血 (21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。	K920 輸血 (21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体 <u>検査</u> 等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。	字句修正

924	右	下から22行目	<p>K931 超音波凝固切開装置等加算</p> <p>(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、区分「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。</p>	<p>K931 超音波凝固切開装置等加算</p> <p>(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、区分「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。</p>	字句修正
926	右	上から8行目	<p>K936 自動縫合器加算</p> <p>(2) 区分「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「K695-2」の「6」まで、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p> <p>(4) 区分「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」まで及び「K817」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p> <p>(5) 区分「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、「K529-3」及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	<p>K936 自動縫合器加算</p> <p>(2) 区分「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「6」、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p> <p>(4) 区分「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」及び「K817」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p> <p>(5) 区分「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	字句挿入

939	右	下から22行目	<p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>(12) 麻酔の実施時間 ア～イ (略)</p> <p>ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。</p> <p>(イ)～(ニ) (略)</p> <p>例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合</p> <p>① 最初に仰臥位で10分間 ② 次に伏臥位で2時間30分間 ③ 最後に仰臥位で20分間 の計3時間の麻酔を行った場合 基本となる2時間に②の2時間を充当 9,050点 ②の残り30分の加算 900点 仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点</p> <p>算定点数 10,550点</p>	<p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>(12) 麻酔の実施時間 ア～イ (略)</p> <p>ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。</p> <p>(イ)～(ニ) (略)</p> <p>例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合</p> <p>① 最初に仰臥位で10分間 ② 次に伏臥位で2時間30分間 ③ 最後に仰臥位で20分間 の計3時間の麻酔を行った場合 基本となる2時間に②の2時間を充当 9,150点 ②の残り30分の加算 900点 仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点</p> <p>算定点数 10,650点</p>	字句修正
941	右	上から16行目	<p>(14) 硬膜外麻酔併施加算(注4)</p> <p>硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注5」に規定する加算を算定する。</p>	<p>(14) 硬膜外麻酔加算(注4)</p> <p>硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注5」に規定する加算を算定する。</p>	字句挿入