

令和2年度改定「医科診療報酬点数と早見表」の追補について(第2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。

- ・令和2年3月31日 医療課事務連絡 令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について
- ・令和2年4月16日 医療課事務連絡 令和2年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
- ・令和2年4月30日 医療課事務連絡 令和2年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
- ・令和2年4月30日 保医発0430第3号 検査料の点数の取扱いについて

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
早68	右	上から10行目	<b>別表第6の2 緩和ケア診療加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域</b> 23 岐阜県高山市,飛騨市,下呂市及び白川村の地域	<b>別表第6の2 緩和ケア診療加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域</b> 23 岐阜県高山市,飛騨市,下呂市及び白川町の地域	官報原稿誤り
早314	右	上から11行目	<b>別表第10の2の2 がん患者リハビリテーション料の対象患者</b> 1 <u>がん患者であって,がんの治療のために入院している間に手術,化学療法(骨髄抑制が見込まれるものに限る。),放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの</u> (削除) 2 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって,症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの	<b>別表第10の2の2 がん患者リハビリテーション料の対象患者</b> 1 <u>食道がん,肺がん,縦隔腫瘍,胃がん,肝臓がん,胆嚢がん,大腸がん又は膵臓がんと診断された患者であって,これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの</u> 2 ~ 7 8 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって,症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの	官報原稿誤り
27	右	上から7行目	<b>A001 再診料</b> (1)~(10) (略) (11) 認知症地域包括診療加算 ア 認知症地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない。 (イ) 認知症以外に1以上の疾病(疑いは除く。)を有する者 (ロ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者 ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの	<b>A001 再診料</b> (1)~(10) (略) (11) 認知症地域包括診療加算 ア 認知症地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない。 (イ) 認知症以外に1以上の疾病(疑いは除く。)を有する者 (ロ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者 ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの	字句訂正

			<p>② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの          なお、(ロ)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、(ロ)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分「F100」処方料の1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。</p> <p>イ～エ (略)          (12) (略)</p>	<p>② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの          なお、(ロ)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、(ロ)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分「F100」処方料の注1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。</p> <p>イ～エ (略)          (12) (略)</p>	
126	右	上から15行目	<p><b>A245 データ提出加算</b></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟(以下「対象病棟」という。)に入院している患者について算定する。<u>データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。</u>なお、ここでいう入院とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3及び4については通算した入院期間から算出し算定する。</p> <p>(3)～(9) (略)</p>	<p><b>A245 データ提出加算</b></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟(以下「対象病棟」という。)に入院している患者について算定する。<u>データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。</u>なお、ここでいう入院とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3及び4については通算した入院期間から算出し算定する。</p> <p>(3)～(9) (略)</p>	字句挿入
148	右	下から15行目	<p><b>A301 特定集中治療室管理料</b></p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。          ア～エ (略)          オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認          カ (略)</p> <p>(7)～(8) (略)</p>	<p><b>A301 特定集中治療室管理料</b></p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施する。          ア～エ (略)          オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認          カ (略)</p> <p>(7)～(8) (略)</p>	字句訂正

220	左	上から14行目	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 着用型自動除細動器による場合 <b>360点</b></p> <p>ロ <u>ペースメーカーの場合</u> <b>300点</b></p> <p>ハ <u>植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合</u> <b>520点</b></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>5 <u>ロ又はハを算定する患者について、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局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ<b>260点</b>又は<b>480点</b>に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u></p>	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 着用型自動除細動器による場合 <b>360点</b></p> <p>ロ <u>ペースメーカーの場合</u> <b>300点</b></p> <p>ハ <u>植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合</u> <b>520点</b></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>5 <u>ロ又はハを算定する患者について、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局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ<b>260点</b>又は<b>480点</b>に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</u></p>	官報原稿誤り
231	右	上から25行目	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>24 外来緩和ケア管理料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。</u></p> <p>ウ～カ (略)</p> <p>(3)～(10) (略)</p>	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>24 外来緩和ケア管理料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。</u></p> <p>ウ～カ (略)</p> <p>(3)～(10) (略)</p>	字句挿入
238	右	上から1行目	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>31 腎代替療法指導管理料</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) <u>当該管理料を算定する場合にあっては、(2)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>(2)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断した理由</u></p>	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>31 腎代替療法指導管理料</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) <u>当該管理料を算定する場合にあっては、(2)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>(2)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由</u></p>	字句訂正

241	右	上から12行目	<p><b>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料</b></p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(3) 夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。</p> <p>(4)～(9) (略)</p>	<p><b>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料</b></p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(2) 夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した<b>6才未満</b>患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。</p> <p>(4)～(9) (略)</p>	誤植
264	右	下から17行目	<p><b>B004退院時共同指導料1及びB005退院時共同指導料2</b></p> <p>(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の<u>三</u>に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2)～(15) (略)</p>	<p><b>B004退院時共同指導料1及びB005退院時共同指導料2</b></p> <p>(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の<u>二</u>に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2)～(15) (略)</p>	字句訂正

279	右	上から9行目	<b>B005-9 外来排尿自立指導料</b> (1)～(3) (略) (4) (3)について、診療録等に記載する。なお、見直した計画については、計画書を診療録等に添付することとしても差し支えない。  (5) (略)	<b>B005-9 外来排尿自立指導料</b> (1)～(3) (略) (4) (3)について、診療録等に記載する。なお、見直した計画については、計画書を診療録等に添付 <del>し</del> にすることとしても差し支えない。  (5) (略)	字句訂正
279	右	下から4行目	<b>B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1</b> (1)～(4) (略) (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、 <u>社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県(以下区分「<b>B005-10</b>」及び「B005-10-2」において「市町村等」という。)の担当者等が参加していること。</u>  (6)～(10) (略)	<b>B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1</b> (1)～(4) (略) (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、 <u>社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県(以下区分「B005-10-2」において「市町村等」という。)の担当者等が参加していること。</u>  (6)～(10) (略)	字句挿入
326	右	上から5行目	<b>C002 在宅時医学総合管理料及びC002-2 施設入居時等医学総合管理料</b> (1)～(17) (略) (18) 在宅時医学総合管理料の「注5」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注5」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の <u>三</u> に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。  (19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の <u>三</u> 第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の <u>三</u> 第二号の(1)に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。  (20)～(27) (略)	<b>C002 在宅時医学総合管理料及びC002-2 施設入居時等医学総合管理料</b> (1)～(17) (略) (18) 在宅時医学総合管理料の「注5」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注5」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の <u>二</u> に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。  (19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の <u>二</u> 第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の <u>二</u> 第二号の(1)に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。  (20)～(27) (略)	字句訂正

414	右	下から16行目	<b>D003 糞便検査</b> (1)～(3) (略) (4) カルプロテクチン(糞便) ア (略) イ 本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ELISA法、 <u>FELA法又は金コロイド凝集法</u> により測定した場合に、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ (略)	<b>D003 糞便検査</b> (1)～(3) (略) (4) カルプロテクチン(糞便) ア (略) イ 本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ELISA法又は <u>FELA法</u> により測定した場合に、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ウ (略)	字句挿入
550	右	上から5行目	<b>D313 大腸内視鏡検査</b> (1)～(2) (略) (3) 同一の患者につき、「1」のファイバースコープによるものと「2」のカプセル型内視鏡によるものを併せて2回以上行った場合には、主たるもののみ算定する。ただし、(2)の <u>ア</u> に掲げる場合は、併せて2回に限り算定する。 (4)～(5) (略)	<b>D313 大腸内視鏡検査</b> (1)～(2) (略) (3) 同一の患者につき、「1」のファイバースコープによるものと「2」のカプセル型内視鏡によるものを併せて2回以上行った場合には、主たるもののみ算定する。ただし、(2)の <u>イ</u> に掲げる場合は、併せて2回に限り算定する。 (4)～(5) (略)	字句訂正
581	右	下から10行目	<b>第3節 コンピューター断層撮影診断料</b> 1～3 (略) 4 「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、 <u>関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> ア～カ (略)	<b>第3節 コンピューター断層撮影診断料</b> 1～3 (略) 4 「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、 <u>関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載する。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u> ア～カ (略)	字句挿入

664	左	下から13行目	<b>I002 通院・在宅精神療法</b> (1回につき) 1 通院精神療法 イ～ハ (略) 2 在宅精神療法 イ～ハ (略) 注 1～7 (略) 8 <u>1を算定する患者であって、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において、直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</u>	<b>I002 通院・在宅精神療法</b> (1回につき) 1 通院精神療法 イ～ハ (略) 2 在宅精神療法 イ～ハ (略) 注 1～7 (略) 8 <u>1を算定する患者であって、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において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</u>	官報原稿誤り
739	左	上から2行目	<b>(救急処置)</b> <b>J044 救命のための気管内挿管</b> <b>500点</b> 注 (略)	<b>(救急処置)</b> <b>J044 救命のための気管内挿管</b> <b>480点</b> 注 (略)	官報原稿誤り
739	左	上から6行目	<b>J044-2 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法</b> (1日につき) <b>480点</b>	<b>J044-2 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法</b> (1日につき) <b>400点</b>	官報原稿誤り
759	右	下から2行目	<b>J118 介達牽引</b> (1) 絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピード <sup>ト</sup> ラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにペーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。 (2)～(4) (略)	<b>J118 介達牽引</b> (1) 絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにペーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。 (2)～(4) (略)	字句挿入
803	右	上から13行目	<b>K053 骨悪性腫瘍手術</b> (1)～(2) (略) (3) 処理骨を用いた再建と、区分「K081」人工骨頭挿入術又は「K082」人工関節置換術に掲げる手術を同時に行った場合は、主たるもののみにより算定する。	<b>K053 骨悪性腫瘍手術</b> (1)～(2) (略) (3) 処理骨を用いた再建と、区分「K081」人工骨頭挿入術又は「K082」人工関節置換術掲げる手術を同時に行った場合は、主たるもののみにより算定する。	字句挿入

988	右	上から9行目	<b>K936 自動縫合器加算</b> (1) 区分「K514-3」、「K514-5」、「K552」、「K552-2」、「K674」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K684-2」、「K696」、「K705」の「2」、「K706」、「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2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。 (2)～(7) (略)	<b>K936 自動縫合器加算</b> (1) 区分「K514-3」、「K514-5」、「K552」、「K552-2」、「K674」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K684-2」、「K696」、「K705」、「K706」、「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2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。 (2)～(7) (略)	字句挿入
995	右	上から2行目	<b>第11部 麻酔</b> (削除) (削除)  (全て、削除)	<b>第11部 麻酔</b> <b>※通則</b> 1 <u>血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第3節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。</u> 以下、 <u>2～10</u>	字句削除
索35	左	下から22行目	<b>〈索引〉</b> 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算(在宅療養指導管理材料加算)…………… <u>397</u>	<b>〈索引〉</b> 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算(在宅療養指導管理材料加算)…………… <u>387</u>	誤植