

医科点数表の解釈 平成24年4月版

追補 201306

- 以下の告示・通知等により、本書の内容に訂正が生じたので、ここに追補します。
なお、これらの告示・通知等の内容については、当社ホームページの「診療報酬関連情報ナビ」にてご確認いただけますので、ご利用下さい。

http://www.shaho.co.jp/shaho/2012_sinryo/index.html

- 平成24年6月21日 医療課事務連絡（関連通知の一部訂正）
- 平成24年6月21日 医療課事務連絡（疑義解釈資料（訂正部分のみ））
- 平成24年6月29日 厚生労働省告示第413号（平成24年7月1日適用）
- 平成24年6月29日 保医発0629第3号（平成24年7月1日適用）
- 平成24年6月29日 保医発0629第4号（平成24年7月1日適用）
- 平成24年7月3日 医療課事務連絡（関連通知の一部訂正）
- 平成24年7月3日 医療課事務連絡（疑義解釈資料（訂正部分のみ））
- 平成24年7月13日 医療課事務連絡
- 平成24年7月27日 医療課事務連絡
- 平成24年8月9日 医療課事務連絡（関連通知の一部訂正）
- 平成24年8月24日 官報正誤
- 平成24年8月31日 保医発0831第5号（平成24年9月1日適用）
- 平成24年8月31日 保医発0831第6号（平成24年9月1日適用）
- 平成24年9月21日 医療課事務連絡（関連通知の一部訂正）
- 平成24年9月28日 厚生労働省告示第535号（平成24年10月1日適用）
- 平成24年9月28日 厚生労働省告示第539号（平成24年10月1日適用）
- 平成24年9月28日 保医発0928第1号（平成24年10月1日適用）
- 平成24年10月31日 保医発1031第2号（平成24年11月1日適用）
- 平成24年11月1日 厚生労働省告示第555号
- 平成24年11月1日 保医発1101第1号（平成24年11月1日適用）
- 平成24年11月21日 保医発1121第3号（平成24年11月21日適用）
- 平成24年11月22日 厚生労働省告示第569号
- 平成24年11月30日 厚生労働省告示第578号
- 平成24年11月30日 保医発1130第4号（平成24年12月1日適用）
- 平成24年12月14日 厚生労働省告示第586号
- 平成24年12月28日 厚生労働省告示第601号（平成25年1月1日適用）
- 平成24年12月28日 保医発1228第1号（平成25年1月1日適用）
- 平成24年12月28日 医療課事務連絡
- 平成25年1月18日 厚生労働省告示第6号（平成25年4月1日適用）
- 平成25年1月24日 医療課事務連絡（関連通知の一部訂正）
- 平成25年2月21日 保医発0221第31号

- 平成25年 2月22日 保医発0222第5号
- 平成25年 3月 8日 厚生労働省告示第42号
- 平成25年 3月 8日 厚生労働省告示第43号
- 平成25年 3月 8日 保医発0308第13号
- 平成25年 3月21日 厚生労働省告示第57号
- 平成25年 3月29日 厚生労働省告示第102号（平成25年 4月 1日適用）
- 平成25年 3月29日 厚生労働省告示第110号（平成25年 4月 1日適用）
- 平成25年 3月29日 保医発0329第4号（平成25年 4月 1日適用）
- 平成25年 4月12日 医療課事務連絡
- 平成25年 4月16日 厚生労働省告示第148号
- 平成25年 4月30日 保医発0430第3号（平成25年 5月 1日適用）
- 平成25年 4月30日 医療課事務連絡
- 平成25年 5月24日 厚生労働省告示第180号
- 平成25年 5月24日 厚生労働省告示第181号
- 平成25年 5月24日 保医発0524第4号
- 平成25年 5月31日 保医発0531第1号（平成25年 6月 1日適用）
- 平成25年 6月14日 保医発0614第3号（平成25年 6月14日適用）
- 平成25年 6月27日 保医発0627第2号（平成25年 7月 1日適用）
- 平成25年 6月28日 厚生労働省告示第216号（平成25年 7月 1日適用）
- 平成25年 6月28日 保医発0628第1号（平成25年 7月 1日適用）

- 本書の957～965頁に掲載の省令「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年 4月30日厚生省令第15号）」について、「第2条の4の2」を加える改正が平成24年10月1日から施行されることに伴い、以下の通知が発出されました。この通知の内容については、本追補の23頁に〔参考1〕として掲載しています。

- 平成24年 9月14日 保医発0914第1号

- 以下の通知が平成24年10月1日より適用され、それにより本書の1,037～1,047頁に掲載の通知「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて（平成20年 3月31日保医発0331003号）」が平成24年 9月30日限りで廃止となりました。なお、新通知の内容については「診療報酬関連情報ナビ」に掲載しています。

- 平成24年 7月31日 医政発0731第2号・薬食発0731第2号・保発0731第7号

頁	欄	行	訂正前	訂正後
15	一	下から12行目	[次行に追加]	平成25年1月18日 厚生労働省告示第6号(平成25年4月1日から適用)
59	右	上から17行目	一般病棟看護必要度評価加算や看護必要度加算	一般病棟看護必要度評価加算
59	右	上から21行目	[次行に追加]	(平24. 6. 21 医療課事務連絡)
61	右	下から19行目	[次行に追加]	(8)~(11) (略)
76	右	下から18~14行目	問 一般病棟看護必要度評価加算や看護必要度加算は、15歳未満の小児や産科患者についても加算を算定できるのか。 答 15歳未満の小児患者や産科患者は評価の対象除外となっており、これらの患者には算定できない。 (平24. 3. 30 医療課事務連絡)	[削除]
80	右	下から4行目	一般病棟看護必要度評価加算や看護必要度加算	一般病棟看護必要度評価加算
81	右	上から1行目	[次行に追加]	(平24. 6. 21 医療課事務連絡)
102	右	上から22行目	3時間	4.5時間
102	右	上から26行目	[次行に追加]	(平24. 11. 1 保医発 1101 1)
102	右	下から21~20行目	日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ) 静注療法指針部会	日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ) 静注療法指針改訂部会
102	右	下から19行目	[次行に追加]	(平24. 11. 1 保医発 1101 1)
102	右	下から7行目	3時間	4.5時間
102	右	下から5行目	(最終改正; 平24. 3. 5 厚生労働省告示第77号)	(最終改正; 平24. 11. 1 厚生労働省告示第555号)
114	右	下から12~11行目	平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、	[削除]
114	右	下から8行目	重度の意識障害者	重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。)
114	右	下から7~6行目	当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できる。	当面の間、当該加算を算定できる。
119	右	下から16行目	結核患者	結核患者等
221	右	上から9行目	又は	又はその他の非感染性ぶどう膜炎(既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。)
221	右	上から16~17行目	又は潰瘍性大腸炎	、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎(多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。)
221	右	上から21行目	ソ イマチニブを投与しているもの タ 結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの	ソ イマチニブを投与しているもの タ 結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの (平24. 11. 1 保医発 1101 1) (平24. 11. 21 保医発 1121 3) (平25. 6. 14 保医発 0614 3)
265	右	上から8~9行目	保険医療機関(以下この区分において紹介元保険医療機関という。)	保険医療機関(以下この区分において紹介元保険医療機関という。)又は退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション
284	左	上から8~9行目	障害者自立支援法	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
327	右	[C007訪問看護指示料の右欄として追加]		(訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算を月2回算定できる者)

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				◇ 特掲診療料の施設基準等 第四 在宅医療 四の三 訪問看護指示料の注2に規定する者 気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者 (平20. 3. 5 厚生労働省告示第63号) (最終改正; 平24. 3. 5 厚生労働省告示第78号)
327	右	下から1行目	1月に1回	1月に1回(別に厚生労働大臣が定める者については2回)
328	右	上から5行目	[次行に追加]	【厚生労働大臣が定める者】 ア 気管カニューレを使用している状態にある者 イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者 (イ) N P U A P (The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度 (ロ) D E S I G N分類(日本褥瘡学会によるもの) D 3, D 4又はD 5
329	右	下から6～5行目	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準	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基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準
330	右	下から22行目	障害者自立支援法	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
330	右	下から13行目	(最終改正; 平24. 3. 5 厚生労働省告示第78号)	(最終改正; 平25. 1. 18 厚生労働省告示第6号)
337	右	上から18行目	[次行に追加]	(10) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。 ㊦ (平25. 5. 24 保医発 0524 4)
338	右	下から19行目	[次行に追加]	セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
338	右	下から17行目	(最終改正; 平24. 5. 29 厚生労働省告示第369号)	(最終改正; 平25. 5. 24 厚生労働省告示第181号)
350	右	下から17行目	自己注射を行っている者	自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者
350	右	下から14行目	[次行に追加]	(平25. 2. 22 保医発 0222 5)
351	右	下から6行目	[次行に追加]	セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
351	右	下から4行目	(最終改正; 平24. 5. 29 厚生労働省告示第369号)	(最終改正; 平25. 5. 24 厚生労働省告示第181号)
352	右	下から2行目	[次行に追加]	セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
353	右	上から1行目	(最終改正; 平24. 5. 29 厚生労働省告示第369号)	(最終改正; 平25. 5. 24 厚生労働省告示第181号)
354	右	上から12行目	[次行に追加]	セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
354	右	上から14行目	(最終改正; 平24. 5. 29 厚生労働省告示第369号)	(最終改正; 平25. 5. 24 厚生労働省告示第181号)
358	右	下から3行目	及びアボモルヒネ塩酸塩製剤	, アボモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブベゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレレブチン製剤
358	右	下から1行目	[次行に追加]	(平25. 3. 8 保医発 0308 13) (平25. 5. 24 保医発 0524 4)
373	右	上から12～13行目	算定できる。	算定できる。また、Scorpion-ARMS法を応用したリアルタイムPCR法を用いてEGFR遺伝子検査

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				を実施した場合は、本区分「2」の抗悪性腫瘍剤感受性検査の所定点数を算定する。
373	右	上から13行目	[次行に追加]	(平24. 8.31 保医発 0831 5)
378	右	上から4行目	メチルクロトニルグリシン血症	メチルクロトニルグリシン尿症
382			[D007血液化学検査の「33」の肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) を準用する項目として追加]	◇ リポ蛋白分画 (HPLC法) リポ蛋白分画 (HPLC法) は、D007血液化学検査の「33」肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) の所定点数に準じて算定する。 [■] (平25. 6.28 保医発 0628 1)
387			[D008内分泌学的検査の「18」のインタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) を準用する項目として追加]	◇ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) は、D008内分泌学的検査の「18」インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) の所定点数に準じて算定する。 [■] (平25. 6.28 保医発 0628 1)
387	右	上から8～9行目	及びD007血液化学検査の「38」のALPアイソザイム (PAG電気泳動法)	, D007血液化学検査の「38」のALPアイソザイム (PAG電気泳動法) 及びI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)
387	右	上から10行目	[次行に追加]	(平25. 6.28 保医発 0628 1)
388	右	上から4行目	精密検査	診断
393	右		[D011免疫血液学的検査の右欄として追加]	◇ 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG, IgM及びIgA抗体), 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) ア 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG, IgM及びIgA抗体) 又は血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) はヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行った場合に算定する。 イ 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG, IgM及びIgA抗体) 又は血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) を行った場合には、D006出血・凝固検査の「20」血小板第4因子 (PF ₄) 及びD011免疫血液学的検査の「6」血小板関連IgG (PA-IgG) の所定点数を併せて算定する。なお、判断料については、D011免疫血液学的検査に係る判断料のみを算定する。 ウ 一連の検査で、血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG, IgM及びIgA抗体) 及び血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) を測定した場合は、一方の点数のみを算定する。 [■] (平24. 8.31 保医発 0831 5)
394	右	下から5行目	[次行に追加]	⑤ 内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者
395	右	下から7行目	[次行に追加]	① アの対象患者①及び⑤において、内視鏡検査等で確定診断した際の見・結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ② アの対象患者①及び⑤において、健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。
395	右	下から6行目	①	③
395	右	下から2行目	②	④
396	右	上から1行目	③	⑤
396	右	上から5行目	④	⑥
396	右	上から16行目	[次行に追加]	(平25. 2.21 保医発 0221 31)
398			[D012感染症免疫学的検査の「21」のヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (尿・随液) を]	◇ インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性 ア インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性は、

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			準用する項目として追加]	D012 感染症免疫学的検査の「21」のヘモフィ ルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・ 髄液)に準じて算定する。 イ E L I S A法により、インフルエンザ菌感染 が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、 インフルエンザ菌(無莢膜型)感染の診断の目 的て実施した場合に算定する。 ㊦ (平24.10.31 保医発 1031 2)
400			[D012 感染症免疫学的検査の「27」の単純ヘルペスウ イルス抗原定性(角膜)を準用する項目として追加]	◇ 単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器) 単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)は、 D 012 感染症免疫学的検査の「27」単純ヘルペスウ イルス抗原定性(角膜)の所定点数に準じて算定 する。 ㊦ (平25.6.28 保医発 0628 1)
400			[D012 感染症免疫学的検査の「27」の肺炎球菌莢膜抗 原定性(尿)を準用する項目として追加]	◇ 肺炎球菌莢膜抗原定性(髄液) 肺炎球菌莢膜抗原定性(髄液)は、 D012 感染 症免疫学的検査の「27」肺炎球菌莢膜抗原定性 (尿)の所定点数に準じて算定する。 ㊦ (平25.6.28 保医発 0628 1)
405	右	上から1行目	E L I S A法	E L I S A法又はC L E I A法
405	右	上から8行目	[次行に追加]	(平25.6.28 保医発 0628 1)
405	右	上から9行目	E L I S A法	E L I S A法又はC L E I A法
405	右	上から11行目	[次行に追加]	(平25.6.28 保医発 0628 1)
405	右	下から20行目	E L I S A法	E L I S A法又はC L E I A法
405	右	下から13行目	[次行に追加]	(平25.6.28 保医発 0628 1)
405	右	下から12行目	ネフエロメトリー法	ネフエロメトリー法又はT I A法
405	右	下から12行目	[次行に追加]	(平24.11.30 保医発 1130 4)
405			[D014 自己抗体検査の「25」抗アセチルコリンレセプ ター抗体(抗AChR抗体)を準用する項目として追加]	◇ 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 ア 抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、 D014 自 己抗体検査の「25」抗アセチルコリンレセプ ター抗体(抗AChR抗体)の所定点数に準じて算定 する。 イ 当該検査は、E L I S A法により、夏型過敏 性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合 に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者 は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班 による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」 により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とす る。 ㊦ (平25.5.31 保医発 0531 1)
409	右	下から14行目	又はS D A法	, S D A法又はT M A法による同時増幅法並びにH P A法及びD K A法による同時検出法
409	右	下から12行目	S D A法	S D A法, P C R法による増幅と核酸ハイブリダイ ゼーション法による検出を組み合わせた方法又は T M A法による同時増幅法並びにH P A法及びD K A法による同時検出法
409	右	下から11行目	[次行に追加]	(平24.6.29 保医発 0629 3) (平24.8.31 保医発 0831 5)
409	右	下から5~4 行目	又はS D A法	, S D A法又はT M A法による同時増幅法並びにH P A法及びD K A法による同時検出法
409	右	下から4行目	[次行に追加]	(平24.8.31 保医発 0831 5)
410	右	下から6行目	泌尿器又は生殖器	泌尿器, 生殖器又は咽頭
410	右	下から4行目	又はS D A法	, S D A法又はP C R法による同時増幅法及び核酸 ハイブリダイゼーション法による同時検出法
410	右	下から3行目	[次行に追加]	(平24.6.29 保医発 0629 3)
410			[D023 微生物核酸同定・定量検査の「5」のHPV核	◇ HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			酸検出を準用する項目として追加]	ア HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)は、 D023 微生物核酸同定・定量検査の「5」のHPV核酸検出の所定点数に準じて算定する。 イ 当該検査は、 D023 微生物核酸同定・定量検査の「5」のHPV核酸検出の施設基準を届けている保険医療機関のみ算定できる。 ウ 当該検査は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US(意義不明異型扁平上皮)と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。 エ 当該検査をHPV核酸検出と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。☒ (平25. 4.30 保医発 0430 3)
411	右	上から7～9行目	(2) HPV核酸検出は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US(意義不明異型扁平上皮)と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。細胞診と同時に実施した場合は算定できない。☒	(2) HPV核酸検出 ア HPV核酸検出は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US(意義不明異型扁平上皮)と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。 イ 当該検査をHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。☒ (平25. 4.30 保医発 0430 3)
413			[D023 微生物核酸同定・定量検査の「10」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出を準用する項目として追加]	◇ 結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出 ア 結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出は、 D023 微生物核酸同定・定量検査の「10」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出に準じて算定する。 イ 当該検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。 ウ 当該検査は、 D023 微生物核酸同定・定量検査の「6」結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。☒ (平24. 11.30 保医発 1130 4)
458			[D298-2 内視鏡下嚥下機能検査を準用する項目として追加]	◇ 消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる患者に対して、 D310 小腸ファイバースコープの「2」カプセル型内視鏡によるものを実施する前に、カプセル型内視鏡と形・大きさが同一の造影剤入りカプセルを患者に内服させ、消化管の狭窄や狭小化を評価した場合は、一連の検査につき1回に限り、 D298-2 内視鏡下嚥下機能検査の所定点数に準じて算定する。また、これとは別に E001 写真診断及び E002 撮影を別途算定できる。☒ (平24. 6.29 保医発 0629 4)
460	右	上から7～9行目	イ 事前に上部消化管検査及び下部消化管検査を実施し、原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断を行うために使用した場合に算定する。	イ カプセル型内視鏡の適用対象(患者)については、薬事法承認にて認められた適用対象(患者)に対して使用すること。 (平24. 6.29 保医発 0629 4)
460	右	上から11行目	[次行に追加]	
471	右	上から14行目	10年以上有するもの	10年以上有するもの又は当該療養について、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師(以下「専門医」という。)
471	右	下から17行目	10年以上有するもの	10年以上有するもの又は当該療養について、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師(以下「専門医」という。)

頁	欄	行	訂正前	訂正後
478	右		[E100シンチグラム(画像を伴うもの)の「3」の右欄として追加]	<p>(乳房用ポジトロン断層撮影について)</p> <p>(1) 乳房用ポジトロン断層撮影は、乳房専用のPET装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいい、本区分「3」及びE101シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影の所定点数を併せて算定する。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p> <p>(2) 乳房用ポジトロン断層撮影は、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p> <p>(3) 乳房用ポジトロン断層撮影は、¹⁸F DGを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p> <p>(4) 乳房用ポジトロン断層撮影は、E101-2ポジトロン断層撮影の「2」¹⁸F DGを用いた場合、E101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の「2」¹⁸F DGを用いた場合又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影と併せて同日に行った場合に限り算定する。なお、¹⁸F DGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p> <p>(5) 乳房用ポジトロン断層撮影は、E101-2ポジトロン断層撮影又はE101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関に限り算定できる。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p> <p>(6) 乳房用ポジトロン断層撮影は、E101-2ポジトロン断層撮影又はE101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2)</p>
482	右	上から23行目	[次行に追加]	<p>(9) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、PET装置とMRI装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。☑ (平25. 3. 29 保医発 0329 4)</p> <p>(10) 同一月に、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った場合は、本区分は算定せず、E101-2ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、E101-2ポジトロン断層撮影の届出を行っていなくても差し支えない。☑ (平25. 3. 29 保医発 0329 4)</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>(11) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については、^{18}F DGを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影に係るものを除く。 ㊦</p> <p>（平25. 3. 29 保医発 0329 4）</p> <p>(12) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影に当たって造影剤を使用した場合は、E 202磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。 ㊦</p> <p>（平25. 3. 29 保医発 0329 4）</p> <p>(13) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影による画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。 ㊦</p> <p>（平25. 3. 29 保医発 0329 4）</p> <p>(14) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、E 101-2ポジトロン断層撮影又はE 101-3ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関に限り算定できる。 ㊦</p> <p>（平25. 3. 29 保医発 0329 4）</p>
486	右	上から2行目	[次行に追加]	<p>(9) MR I 対応型ペースメーカーを植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合、別に厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「MR I 対応植込み型デバイス患者のMR I 検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行う。 ㊦</p> <p>（平24. 9. 28 保医発 0928 1）</p> <p>(10) MR I 対応型ペースメーカーを植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード（製造販売業者が発行する「条件付きMR I 対応ペースメーカーカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録に貼付する。 ㊦</p> <p>（平24. 9. 28 保医発 0928 1）</p>
500	右	下から17～12行目	答 処方せんへの一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則としているところであり、内用薬及び外用薬のうち、後発医薬品が存在する先発医薬品の主な単味剤剤について一般名処方マスタを作成・公表しているところである。一般名処方が浸透する当分の間は、可能な限り一般名処方マスタの範囲で対応	答 処方せんへの一般名処方による記載については、一般的名称に剤形及び含量を付加することを原則としているところであるが、配合剤も含め、一般名処方の加算対象となる成分・規格についての標準的な記載方法を全て網羅した一般名処方マスタを整備・公表している。一般名処方を行うに当たっては、標準的な記載方法である別添の一般名処方マスタを用いることが望ましい。なお、一般名処方マスタについては、後発医薬品の薬価収載にあわせて順次更新する予定としてい

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			されたい。なお、対象については、順次拡大する予定としている。	る。
500	右	下から9行目	〔次行に追加〕	(平24. 7. 3 医療課事務連絡)
501	右	下から28～22行目	答 マスタに掲載されている品目以外の後発医薬品のある先発医薬品について、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載による処方せんを交付した場合でも一般名処方加算は算定できる。 その場合には、薬剤の取り違え事故等が起こらないようにするなど、医療安全に十分配慮しなければならない。 一般名処方マスタは、加算対象医薬品のすべてはカバーしていない。今後、順次更新していく予定である。	答 厚生労働省のホームページに掲載されている一般名処方マスタは、一般名処方の加算対象となる成分・規格を全て網羅した形で整備・公表されているところであり、今後、後発医薬品の薬価収載にあわせて順次更新していく予定である。
501	右	下から21行目	〔次行に追加〕	(平24. 7. 3 医療課事務連絡)
549	右	下から15～13行目	脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等(以下この項において「対象精神疾患」という。)のもの	脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という。)又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんがあるもの
550	右	下から11～10行目	脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等(以下この項において「対象精神疾患」という。)	脳器質性障害等(以下この項において「対象精神疾患」という。)又は対象精神疾患に伴う、知的障害、認知症、心身症及びてんかん
554	右	上から5～6行目	脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等	脳器質性障害等
557	右	下から21～20行目	脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等	脳器質性障害等
558	右	上から5行目	脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等	脳器質性障害等
575	右	下から1行目	〔次行に追加〕	(5) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さに応じて各号により算定する。ただし、入院中の患者以外に使用した場合に限る。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2) (6) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際、局所陰圧閉鎖処置用材料の初回の貼付に限り、J003の「注」による所定点数を加算する。ただし、入院中にJ003局所陰圧閉鎖処置を算定していた患者が引き続き外来で使用した場合は算定できない。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2) (7) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際は、部位数にかかわらず、所定点数を算定する。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2) (8) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際は、J001-4重度褥瘡処置及びJ053皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。J000創傷処置又はJ001熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。☑ (平25. 6. 27 保医発 0627 2) (9) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、J000創傷処置により算定する。☑

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				(平25. 6. 27 保医発 0627 2) (10) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定することができる。 [印] (平25. 6. 27 保医発 0627 2)
578	右	下から14行目	[次行に追加]	(1) 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。 [印] (平25. 6. 27 保医発 0627 2)
578	右	下から13行目	(1)	(2)
578	右	下から11行目	(2)	(3)
578	右	下から10行目	(3)	(4)
578	右	下から 6 行目	(4)	(5)
578	右	下から 5 行目	[次行に追加]	(6) 「注」に規定する加算は、入院中以外の患者が陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行っていた場合で、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置を行った場合は算定できない。 [印] (平25. 6. 27 保医発 0627 2) (7) 局所陰圧閉鎖処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定することができる。 [印] (平25. 6. 27 保医発 0627 2)
595	右	下から15～14行目	又はクローン病患者に対して次のア、イ又はウのとおり	, クローン病又は膿疱性乾癬患者に対して次のア、イ、ウ又はエのとおり
596	右	上から 3 ～ 8 行目	ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り、一連の治療につき2クールを限度として算定できる。 なお、当該療法の実施回数は、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定する。 [印]	ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り、一連の治療につき2クールを限度として算定できる。 なお、当該療法の実施回数は、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定する。 エ 薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者(厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準)に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として行い、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定できる。 [印] (平24. 9. 28 保医発 0928 1)
599			[J047カウンターショックの「2」を準用する項目として追加]	◇ 心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを使用した場合は、J047カウンターショックの「2」の所定点数に準じて算定する。ただし、不整脈手術などに伴う除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。 [印] (平24. 9. 28 保医発 0928 1)
606	右		[J077子宮出血止血法の「1」の右欄として追加]	◇ 子宮用止血バルーンカテーテルを用いて止血を行った場合は、「1」により算定する。ただし、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に、他の止血法を行った場合であっても、一連のものとして算定する。 [印] (平25. 3. 29 保医発 0329 4)
634	右	上から 5 行目	[次行に追加]	(5) II度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、加圧した生理食塩水を用い、組織や汚染物質等の切除、除去を目的に行った場合は、本区分及びK936自動縫合器加算(一

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				連の治療につき1個)の所定点数を併せて算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
645	右	下から7行目	[次行に追加]	(8) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「1」により算定する。 (平25.3.29 保医発 0329 4)
645	右	下から6行目	(8)	(9)
650	右	[K082人工関節置換術の「1」肩、股、膝の右欄として追加]		◇ 「1」肩、股、膝に掲げる手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は、本区分とK939画像等手術支援加算の「2」実物大臓器立体モデルによるものの所定点数を併せて算定できる。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
651	右	[K082-3人工関節再置換術の「1」肩、股、膝の右欄として追加]		◇ 「1」肩、股、膝に掲げる手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は、本区分とK939画像等手術支援加算の「2」実物大臓器立体モデルによるものの所定点数を併せて算定できる。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
655	右	[K126脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)の「2」の右欄として追加]		◇ 自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、「2」により算定し、複数回採取した場合でも、一連のものとして算定する。 (平25.3.29 保医発 0329 4)
697	右	[K514-2胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術の「3」の右欄として追加]		◇ 悪性びまん性胸膜中皮腫に対して、胸膜肺全摘を行った場合は、本区分の「3」により算定する。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、胸膜肺全摘を行った旨を記載する。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
721	右	下から1行目	[次行に追加]	(3) 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用はK000創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)で算定する。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
723	右	下から1行目	直径5センチメートル未満	長径5センチメートル未満
729	右	[K653-5内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術の右欄として追加]		◇ 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。 (平24.12.28 保医発 1228 1)
734	右	上から5行目	[次行に追加]	(3) 胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて、胸水を羊水腔に持続的に排出した場合は、一連の治療につき1回に限り、経皮的胆管ドレナージ術の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関にて実施された場合に算定する。 ア 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうちの1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。 イ 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。 ウ A303総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、A302新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。 なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				用は所定点数に含まれ、別に算定できない。㊦ (平24. 6.29 保医発 0629 4)
760	右		〔K823-3膀胱尿管逆流症手術(治療用注入材によるもの)の右欄として追加〕	◇ 所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。㊦
771	右	上から17行目	「通則8」,「通則10」	「通則10」
777	右	下から1行目	◇	(1)
777	右	下から1行目	〔次行に追加〕	(2) 両側に使用した場合であっても一連として所定点数は1回に限り算定する。㊦
885	—	上から4行目	(最終改正;平成24年3月5日 厚生労働省告示第80号)	(最終改正;平成25年6月28日 厚生労働省告示第216号)
886	—	下から6行目	胸部大動脈用ステントグラフト用	大動脈用ステントグラフト用
892	—	下から5行目	イ 特殊型 180,000円	イ 特殊型 (I) 180,000円 ウ 特殊型 (II) 189,000円 エ 特殊型 (III) 153,000円
892	—	下から3行目	③ カップ・ライナー一体型 (II) 87,900円	③ カップ・ライナー一体型 ア カップ・ライナー一体型 (II) 87,900円 イ カップ・ライナー一体型 (III) 94,200円
893	—	上から1行目	〔次行に追加〕	⑦ ライナー (V) 59,400円 ⑧ ライナー (VI) 60,300円 ⑨ ライナー (VII) 79,200円
893	—	下から6行目	(1) 一般スクリュー (生体用合金 I) 6,440円	(1) 一般スクリュー (生体用合金 I) ① 標準型 6,440円 ② 特殊型 6,920円
895	—	上から25~26行目	(1) 肩甲骨側材料 134,000円 (2) 上腕骨側材料 553,000円	(1) 肩甲骨側材料 ① 標準型 134,000円 ② 特殊型 146,000円 (2) 上腕骨側材料 ① 標準型 553,000円 ② 特殊型 574,000円
896	—	下から11行目	〔次行に追加〕	(4) 位置情報表示装置 (プローブ・ドリル) 22,400円
897	—	下から22行目	イ 多孔体 1mL当たり14,900円	イ 多孔体 i 一般型 1mL当たり14,900円 ii 蛋白質配合型 1mL当たり14,900円
898	—	上から15行目	〔次行に追加〕	(12) 頭蓋骨閉鎖用クランプ 38,200円
898	—	下から24行目	脊髄刺激装置用リード	脳・脊髄刺激装置用リード
898	—	下から13行目	〔次行に追加〕	(7) 振戦軽減用 (16極以上用) 充電式 2,070,000円
900	—	上から5行目	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料
900	—	下から15行目	(1) シングルチャンバ 733,000円	(1) シングルチャンバ ① 標準型 733,000円 ② MR I 対応型 781,000円
900	—	下から10行目	(6) デュアルチャンバ (IV型) 1,000,000円	(6) デュアルチャンバ (IV型) ① 標準型 1,000,000円 ② MR I 対応型 1,050,000円 〔編注;薬事法承認番号が22400BZX00131000のものについては、平成24年10月1日から平成26年3月31日まで1,080,000円〕
900	—	下から9行目	(7) トリプルチャンバ (I型) 1,510,000円	(7) トリプルチャンバ (I型) ① 標準型 1,510,000円 ② 極性可変型 1,570,000円
900	—	下から1行目	〔次行に追加〕	エ 4極 138,000円
901	—	上から13行目	⑤ アブレーション機能付き 371,000円	⑤ アブレーション機能付き ア 標準型 371,000円
901	—	上から15行目	〔次行に追加〕	イ 接触情報感知機能付き 378,000円

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				〔編注；薬事法承認番号が22400BZX00163000のものについては、平成24年10月1日から平成26年3月31日まで382,000円〕
901	一	上から16行目	〔次行に追加〕	⑦ 除細動機能付き 229,000円
901	一	下から21行目	〔次行に追加〕	(3) アダプター 256,000円
903	一	上から12行目	〔次行に追加〕	③ 軸流型 18,100,000円
903	一	下から23行目	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	特殊カテーテル
903	一	下から7行目	(2) 末梢血管用ステントセット 210,000円	(2) 末梢血管用ステントセット ① 一般型 210,000円 ② 再狭窄抑制型 224,000円
904	一	上から16行目	イ バルーン型 187,000円	イ 遠位バルーン型 187,000円 ウ 近位バルーン型 187,000円
904	一	下から1行目	〔次行に追加〕	(17) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル 172,000円 (18) 血管塞栓用プラグ 126,000円 (19) 冠動脈カテーテル交換用カテーテル 19,100円
905	一	下から12行目	139 組織拡張器 31,200円	139 組織拡張器 (1) 一般用 31,200円 (2) 乳房用 32,100円
905	一	下から7行目	144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器 4,090,000円	144 両室ペーシング機能付き植込型除細動器 (1) 単極又は双極用 4,090,000円 (2) 4極用 4,290,000円
905	一	下から2行目	(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) 1,620,000円	(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ① 標準型 1,620,000円 ② 血管分岐部対応型 1,850,000円 〔編注；薬事法承認番号が22400BZX00516000のものについては、平成25年7月1日から平成26年3月31日まで1,970,000円〕
906	一	上から4行目	150 ヒト自家移植組織 306,000円	150 ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 306,000円 (2) 自家培養軟骨 2,080,000円
906	一	上から16行目	158 皮下グルコース測定用電極 6,070円	158 皮下グルコース測定用電極 (1) 一般型 6,070円 (2) 疼痛軽減・針刺し事故防止機構付加型 6,370円
906	一	下から15行目	〔次行に追加〕	173 中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ 23,500円 174 植込型骨導補聴器 (1) 音振動変換器 396,000円 (2) 接合子付骨導端子 122,000円 (3) 骨導端子 63,200円 (4) 接合子 67,400円 175 脳手術用カテーテル 48,300円 176 子宮用止血バルーンカテーテル 17,900円 177 心房中隔穿刺針 51,700円 178 神経再生誘導材 388,000円 179 気管支用充填材 7,400円 180 陰圧創傷治療用カートリッジ 21,000円 181 人工乳房 69,400円
909		「114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極」の項中	⑤ アブレーション機能付き	⑤ アブレーション機能付き ア 標準型

頁	欄	行	訂正前	訂正後
910			[下から1行目の次に以下のように加える。] (3) IIの規定にかかわらず、薬事法(昭和35年法律第145号)第14条第1項の規定による承認を受け、次の表の左欄の薬事法承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。	
			112 ベースメーカー (6) デュアルチャンバ(IV型) ② MR I 対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00131000	平成24年10月1日から 平成26年3月31日まで 1,080,000円
			114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ⑤ アブレーション機能付き イ 接触情報感知機能付き (薬事法承認番号) 22400BZX00163000	平成24年10月1日から 平成26年3月31日まで 382,000円
			146 大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ② 血管分岐部対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00516000	平成25年7月1日から 平成26年3月31日まで 1,970,000円
911	一	上から3行目	[次行に追加]	(最終改正;平25.6.27 保医発 0627 2)
916	右	上から3行目	[次行に追加]	オ 白蓋形成用カップ(I)・特殊型(III)及び骨盤側材料・ライナー(VI)は骨盤側材料・ライナー(VII)と組み合わせて使用した場合に限り、それぞれ算定する。
916	右	上から11行目	[次行に追加]	(38-3) 固定用内副子(プレート) ストレートプレート(生体用合金I・S)及びストレートプレート(生体用合金I・L)を胸骨に用いる場合は、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する項目を記載すること。 ア 高度肥満(BMI30以上)の患者 イ インスリン依存型糖尿病の患者 ウ 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス例、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)
917	右	上から20行目	[次行に追加]	(45-2) 合成吸収性骨片接合材料 頭蓋骨閉鎖用クランプは、頭蓋骨の成長が見込まれる小児患者に対して使用した場合に算定できる。
918	左	下から7~5行目	(107 経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料)	(107 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)
918	右	下から11行目	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料
918	右	下から10行目	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料
918	右	下から9行目	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	特殊カテーテル
918	右	下から9~8行目	又は経皮的冠動脈ステント留置術	、経皮的冠動脈ステント留置術又は末梢動脈(頸動脈、腎動脈、四肢の動脈)の経皮的血管形成術
919	右	上から5~6行目	及び「アブレーション機能付き」	、「アブレーション機能付き・標準型」又は「アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き」
919	右	上から8~9行目	、「アブレーション機能付き」	「アブレーション機能付き・標準型」又は「心房内・心室内全域型」と「アブレーション機能付き・接触

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				情報感知機能付き」
919	右	上から9行目	〔次行に追加〕	(60-2) 植込型除細動器用カテーテル電極アダプターは、除細動閾値が高く、除細動電極の追加が必要となった患者に対して使用した場合に限り算定できる。
920	右	上から10行目	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの材料価格には、	特殊カテーテルのうち、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの材料価格には、
920	右	下から17行目	〔次行に追加〕	オ 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルについては、ガイドワイヤーの通過が困難な慢性完全閉塞下肢動脈において、経皮的血管形成術を実施した場合に限り算定できる。なお、経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 カ 血管塞栓用プラグ a 心臓及び頭蓋内血管を除く、動静脈奇形、瘤、動静脈瘻等の異常血管、出血性病変、肝臓腫瘍に栄養する血管のうち、直径2mm以上の血管に使用した場合に算定できる。なお、患者の血管病変部の所見(直径を含む。)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 b プッシャーワイヤー及びローダーは別に算定できない。 キ 冠動脈カテーテル交換用カテーテルは、1回の手術に対し、1本を限度として算定する。
920	右	下から11行目	〔次行に追加〕	(69-2) 組織拡張器 乳房用は以下のいずれにも該当する場合に限り算定できる。 ア 乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 a 一次再建の場合 術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。 b 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例であること。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 イ 当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。 a 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師、もしくは、その指導下で研修を行う医師であること。 b 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、医師登録がなされていること。 ウ 以下に該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は本通知別添様式2〔本追補24頁の参考3参照〕により提出すること。 a 一次再建の場合 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、形成外科の経験を5年以上

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>有している常勤又は非常勤の医師と連携して手術を行うこと。</p> <p>b 二次再建の場合 形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること。</p> <p>エ 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。</p> <p>オ 乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。</p>
921	右	下から15行目	[次行に追加]	ウ 胸部大動脈用ステントグラフトの血管分岐部対応型は、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等の主要血管分岐部を含む部位に使用した場合に算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する主要分岐血管名を記載すること。
921	右	下から8行目	[次行に追加]	ア 自家培養表皮
921	右	下から7行目		a
921	右	下から4行目		b
921	右	下から2行目		c
922	右	上から2行目		d
922	右	上から2行目	ヒト自家移植組織	ヒト自家移植組織（自家培養表皮）
922	右	上から3行目	[次行に追加]	<p>イ 自家培養軟骨</p> <p>a 膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）で、他に治療法がなく、かつ、軟骨欠損面積が4 cm²以上の軟骨欠損部位に使用する場合にのみ算定できる。</p> <p>b 使用した個数、大きさに係わらず、所定の価格を算定する。</p> <p>c 当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。</p> <p>i 整形外科の経験を5年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。</p> <p>ii 所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。</p> <p>① 当該材料の適応に関する事項</p> <p>② 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項</p> <p>③ 軟骨採取法に関する事項</p> <p>④ 周術期管理に関する事項</p> <p>⑤ 合併症への対策に関する事項</p> <p>⑥ リハビリテーションに関する事項</p> <p>⑦ 全例調査方法に関する事項</p> <p>⑧ 手術方法に関する事項（当該材料に類似した人工物を用いた手技を含む。）</p> <p>d 以下のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は「特掲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24年3月5日保医発0305第3号）別添2の様式52及び本通知別添様式1〔本追補24頁の参考2参照〕により提出すること。</p> <p>i C T撮影及びMR I撮影の施設基準に適</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていること。</p> <p>ii 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の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ていること。</p> <p>iii 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること若しくは大学病院本院であること。</p> <p>e ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を添付すること。</p>
923	右	上から7行目	30mL	32.4g
923	右	上から12行目	[次行に追加]	<p>(94) 植込型骨導補聴器</p> <p>ア 接合子付骨導端子又は骨導端子及び接合子はいずれか一方のみ算定する。</p> <p>イ 植込型骨導補聴器は、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。</p> <p>a 両側外耳道閉鎖症、両側耳硬化症、両側真珠腫又は両側耳小骨奇形で、既存の手術による治療及び既存の骨導補聴器を使用しても改善がみられない患者。</p> <p>b 一側の平均骨導聴力レベルが45dB以内の患者。</p> <p>c 18歳以上の患者。ただし、両側外耳道閉鎖症の患者については、保護者の同意が得られた場合、15歳以上でも対象となる。</p> <p>ウ 植込型骨導補聴器を植え込んだ場合の手技料は、区分番号「K304」乳突洞開放術（アントロトミー）の点数に準じて算定する。</p> <p>エ 接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を行った場合は、区分番号「K147」穿頭術（トレパナチオン）の点数に準じて算定するが、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。</p> <p>オ 植込型骨導補聴器を使用する際には、診療報酬明細書の摘要欄に患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等を詳細に記載すること。</p> <p>カ 植込型骨導補聴器の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種交換等の場合は算定できない。</p> <p>キ 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の施設基準は、区分番号「K328」人工内耳植込術の施設基準に準じて、改めて届け出ること。</p> <p>ク 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後、補聴器適合検査を実施した場合は、区分番号「D244-2」補聴器適合検査の「2」2回目以降により算定する。</p> <p>(95) 子宮用止血バルーンカテーテル</p> <p>分娩後の子宮からの弛緩出血に対し、子宮収縮剤の投与及び子宮双手圧迫法を試みても止血で</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>きない患者に対して使用した場合にのみ算定できる。</p> <p>(96) 神経再生誘導材 神経再生誘導材を用いて神経再建術を行った場合は、区分番号「K182」神経縫合術の「1」の点数に準じて算定する。</p> <p>(97) 気管支用充填材 気管支用充填材を用いて瘻孔閉鎖を行った場合の手技料は、区分番号「D302」気管支ファイバースコープの点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(98) 人工乳房 ア 乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 a 一次一次的再建の場合 術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない症例で、かつ、大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。 b 一次二次的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 c 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> <p>イ 当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。 a 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師、もしくは、その指導下で研修を行う医師であること。 b 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、医師登録がなされていること。</p> <p>ウ 以下に該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は本通知別添様式2〔本追補24頁の参考3参照〕により提出すること。 a 一次一次的再建の場合 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されており、かつ、形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師と連携して手術を行うこと。 b 一次二次的再建及び二次再建の場合 形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること。</p> <p>エ 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。</p> <p>オ 乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後								
				<p>機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。</p> <p>カ 人工乳房を用いて乳房再建術を行った場合は、区分番号「K476-3」乳房再建術（乳房切除後）の点数に準じて算定する。</p>								
928			<p>〔「057 人工股関節用材料」の項中(1-2)について以下のように改める。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(1-2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅰ）</td> <td>人工股関節HA-1-2</td> </tr> <tr> <td>(1-3) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅱ）</td> <td>人工股関節HA-1-3</td> </tr> <tr> <td>(1-4) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅲ）</td> <td>人工股関節HA-1-4</td> </tr> </table>	(1-2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅰ）	人工股関節HA-1-2	(1-3) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅱ）	人工股関節HA-1-3	(1-4) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅲ）	人工股関節HA-1-4			
(1-2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅰ）	人工股関節HA-1-2											
(1-3) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅱ）	人工股関節HA-1-3											
(1-4) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）・特殊型（Ⅲ）	人工股関節HA-1-4											
928			<p>〔「057 人工股関節用材料」の項中(2-2)の次に以下のように加える。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(2-3) 骨盤側材料・カップ・ライナー—体型（Ⅲ）</td> <td>人工股関節HA-2-3</td> </tr> </table>	(2-3) 骨盤側材料・カップ・ライナー—体型（Ⅲ）	人工股関節HA-2-3							
(2-3) 骨盤側材料・カップ・ライナー—体型（Ⅲ）	人工股関節HA-2-3											
928			<p>〔「057 人工股関節用材料」の項中(3-3)の次に以下のように加える。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(3-4) 骨盤側材料・ライナー（Ⅴ）</td> <td>人工股関節HA-3-4</td> </tr> <tr> <td>(3-5) 骨盤側材料・ライナー（Ⅵ）</td> <td>人工股関節HA-3-5</td> </tr> <tr> <td>(3-6) 骨盤側材料・ライナー（Ⅶ）</td> <td>人工股関節HA-3-6</td> </tr> </table>	(3-4) 骨盤側材料・ライナー（Ⅴ）	人工股関節HA-3-4	(3-5) 骨盤側材料・ライナー（Ⅵ）	人工股関節HA-3-5	(3-6) 骨盤側材料・ライナー（Ⅶ）	人工股関節HA-3-6			
(3-4) 骨盤側材料・ライナー（Ⅴ）	人工股関節HA-3-4											
(3-5) 骨盤側材料・ライナー（Ⅵ）	人工股関節HA-3-5											
(3-6) 骨盤側材料・ライナー（Ⅶ）	人工股関節HA-3-6											
929			<p>〔「060 固定用内副子（スクリュー）」の項中(1)について以下のように改める。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(1-1) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・標準型</td> <td>固定用内副子・FA-1</td> </tr> <tr> <td>(1-2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・特殊型</td> <td>固定用内副子・FA-1-2</td> </tr> </table>	(1-1) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・標準型	固定用内副子・FA-1	(1-2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・特殊型	固定用内副子・FA-1-2					
(1-1) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・標準型	固定用内副子・FA-1											
(1-2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・特殊型	固定用内副子・FA-1-2											
930			<p>〔「065 人工肩関節用材料」の項中(1)及び(2)について以下のように改める。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(1) 肩甲骨側材料・標準型</td> <td>人工肩関節・SG-1</td> </tr> <tr> <td>(1-2) 肩甲骨側材料・特殊型</td> <td>人工肩関節・SG-1-2</td> </tr> <tr> <td>(2) 上腕骨側材料・標準型</td> <td>人工肩関節・SH-2</td> </tr> <tr> <td>(2-2) 上腕骨側材料・特殊型</td> <td>人工肩関節・SH-2-2</td> </tr> </table>	(1) 肩甲骨側材料・標準型	人工肩関節・SG-1	(1-2) 肩甲骨側材料・特殊型	人工肩関節・SG-1-2	(2) 上腕骨側材料・標準型	人工肩関節・SH-2	(2-2) 上腕骨側材料・特殊型	人工肩関節・SH-2-2	
(1) 肩甲骨側材料・標準型	人工肩関節・SG-1											
(1-2) 肩甲骨側材料・特殊型	人工肩関節・SG-1-2											
(2) 上腕骨側材料・標準型	人工肩関節・SH-2											
(2-2) 上腕骨側材料・特殊型	人工肩関節・SH-2-2											
931			<p>〔「073 髄内釘」の項中(8)の次に以下のように加える。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(9) 位置情報表示装置（プローブ・ドリル）</td> <td>髄内釘・F4-k</td> </tr> </table>	(9) 位置情報表示装置（プローブ・ドリル）	髄内釘・F4-k							
(9) 位置情報表示装置（プローブ・ドリル）	髄内釘・F4-k											
932			<p>〔「078 人工骨」の項中(6)について以下のように改める。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(6) 汎用型・吸収型・多孔体・一般型</td> <td>人工骨・AB-06</td> </tr> <tr> <td>(6-2) 汎用型・吸収型・多孔体・蛋白質配合型</td> <td>人工骨・AB-06-2</td> </tr> </table>	(6) 汎用型・吸収型・多孔体・一般型	人工骨・AB-06	(6-2) 汎用型・吸収型・多孔体・蛋白質配合型	人工骨・AB-06-2					
(6) 汎用型・吸収型・多孔体・一般型	人工骨・AB-06											
(6-2) 汎用型・吸収型・多孔体・蛋白質配合型	人工骨・AB-06-2											
932			<p>〔「080 合成吸収性骨片接合材料」の項中(13)の次に以下のように加える。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(14) 頭蓋骨閉鎖用クランプ</td> <td>吸収性接合材・F9-k</td> </tr> </table>	(14) 頭蓋骨閉鎖用クランプ	吸収性接合材・F9-k							
(14) 頭蓋骨閉鎖用クランプ	吸収性接合材・F9-k											
933			<p>〔「114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極」の項中(6)について以下のように改める。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・標準型</td> <td>カテ電極・機能付加型・V</td> </tr> <tr> <td>(6-2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き</td> <td>カテ電極・機能付加型・V-2</td> </tr> </table>	(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・標準型	カテ電極・機能付加型・V	(6-2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き	カテ電極・機能付加型・V-2					
(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・標準型	カテ電極・機能付加型・V											
(6-2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き	カテ電極・機能付加型・V-2											
933			<p>〔「114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極」の項中(7)の次に以下のように加える。〕</p> <table border="1"> <tr> <td>(8) 除細動機能付き</td> <td>カテ電極・機能付加型・VII</td> </tr> </table>	(8) 除細動機能付き	カテ電極・機能付加型・VII							
(8) 除細動機能付き	カテ電極・機能付加型・VII											
943	右	上から5行目	栄養障害症	栄養障害								
994	—	上から5行目	（最終改正；平成24年5月29日 厚生労働省告示第368号）	（最終改正；平成25年5月24日 厚生労働省告示第180号）								
994	—	上から21行目	及び機能評価係数Ⅰ	，機能評価係数Ⅰ								
996	—	下から19～18行目	別表第2に記載されている医薬品を除く。	別表第2に記載されている医薬品を、同年10月1日以降においては別表第4に記載されている医薬品を、平成26年4月1日以降においては別表第6に記載されている医薬品を除く。								
996	—	下から18行目	別表第3に記載されている医薬品	別表第3に記載されている医薬品（平成25年4月1日以降においては、別表第5に記載されている医薬品を、平成26年4月1日以降においては別表第7に								

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				収載されている医薬品を除く。)
997	一	上から15行目	及びアボモルヒネ塩酸塩製剤	，アボモルヒネ塩酸塩製剤，セルトリズマブペゴル製剤，トシリズマブ製剤及びメトレプレチン製剤
997	一	上から25行目	及びエジュラント錠25mg	，エジュラント錠25mg，アイミクス配合錠HD，アイミクス配合錠LD及びスタリビルド配合錠
998	一	下から6行目	別表第1～別表第3	別表第1～別表第7
1000	右	上から11～12行目	及び機能評価係数I	，機能評価係数I
1012	一	下から6行目	(最終改正；平成24年3月26日 厚生労働省告示第158号)	(最終改正；平成25年1月18日 厚生労働省告示第6号)
1014	一	下から4行目	障害者自立支援法施行令(平成18年政令第10号)第1条第一号	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施行令(平成18年政令第10号)第1条の2第一号
1015	一	上から5行目	(平成24年3月19日 厚生労働省告示第134号)	(平成25年3月29日 厚生労働省告示第110号)
1015	一	下から3行目	平成24年9月30日	平成25年9月30日
1015	一	下から1行目	平成24年4月1日	平成25年4月1日
1057	一	上から9行目	(最終改正；平成24年3月5日 厚生労働省告示第77号)	(最終改正；平成24年11月1日 厚生労働省告示第555号)
1073	一	上から5行目	3時間以内	4.5時間以内
1105	右	上から12行目	一般病棟看護必要度評価加算の届出	一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出
1105	右	上から21～22行目	一般病棟看護必要度評価加算の届出	一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出
1105	右	上から29行目	一般病棟看護必要度評価加算の届出	一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出
1120	右	下から22行目	〔次行に追加〕	13 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数(入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。)の割合である。
1120	右	下から21行目	13	14
1120	右	下から17行目	14	15
1120	右	下から14行目	15	16
1120	右	下から3行目	16	17
1121	左	上から12～13行目	看護必要度加算	10対1入院基本料又は看護必要度加算
1235	右	下から1行目	夜間看護配置数※6	夜間看護配置数※6※9
1235	右	下から1行目	月平均1日当たり夜間看護配置数	月平均1日当たり夜間看護配置数※8
1236	左	下から6行目	〔次行に追加〕	※8 月平均1日当たり夜間看護配置数は参考値であり、実際には常時12対1を満たす必要がある。 ※9 夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。
1236	左	下から1行目	〔次行に追加〕	3 看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前1か月の日々入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
1242	右	下から9～8行目	2 夜間看護配置加算、看取り加算 夜間の看護職員の配置数を記入	2 夜間看護配置加算、看取り加算 1)以下のうち、加算を算定するものを○印で囲

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			すること。	むこと。 (1) 夜間看護配置加算1・夜間看護配置加算2 (2) 看取り加算 2) 夜間の看護職員の配置数 夜間の看護職員の配置数を記入すること。
1321	—	上から9行目	(最終改正;平成24年5月29日 厚生労働省告示第369号)	(最終改正;平成25年5月24日 厚生労働省告示第181号)
1330	—	下から13行目	[次行に追加]	四の三 訪問看護指示料の注2に規定する者C007 気管カニューレを使用している状態にある者 又は真皮を越える褥瘡の状態にある者
1331	—	上から6行目	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員, 設備及び運営に関する基準	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基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員, 設備及び運営に関する基準
1331	—	上から25行目	障害者自立支援法	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
1341	—	上から6行目	障害者自立支援法施行規則	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施行規則
1341	—	上から6～7行目	障害者自立支援法	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
1348	—	上から1行目	[次行に追加]	セルトリズマブペゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
1426	右	上から5行目	年4月～ 年3月	年 月～ 年 月
1426	右	下から1行目	[次行に追加]	3 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。
1520	左	下から5行目	K560 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	K560 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)(上行大動脈(大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る。))並びに上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術(大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る。))を除く。)
1539	—	下から4行目	届け出た場合	届け出たもの
1550	左	上から13行目	第2の1	第2の1の(1)
1550	左	上から17行目	第2の1	第2の1の(1)
1554	[「007 訪問看護指示料」の項について以下のように改める。]			
			C007 訪問看護指示料	○
1560	[「02 訪問看護管理療養費」の項について以下のように改める。]			
	02	訪問看護管理療養費		○
		24時間対応体制加算		○
		24時間連絡体制加算		○
		特別管理加算		○
		退院時共同指導加算		○
		退院支援指導加算		○
		在宅患者連携指導加算		×
		在宅患者緊急時等カンファレンス加算		○
				※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者
				※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)
				※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)
				※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者 (末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)
				※2又は精神科訪問看護療養費を算定できる者

頁	欄	行	訂正前	訂正後
1568	右	上から7～8行目	障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設の設備及び運営に関する基準	障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準
1568	右	上から9行目	第4条第1号	第4条第1項第1号
1568	右	上から12行目	事業所	事業所（以下「療養介護事業所」という。）
1569	左	下から18行目	指定療養介護事業所	療養介護事業所
1570	左	上から9行目	末期の悪性腫瘍等	精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）、末期の悪性腫瘍等
1571	左	下から7行目	身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、	指定障害者支援施設、盲導犬訓練施設、
1571	左	下から6～5行目	知的障害者入所更生施設（定員150名以上）、知的障害者入所授産施設（定員150名以上）、乳児院（定員100名以上）、情緒障害児短期治療施設	乳児院（定員100名以上）、情緒障害児短期治療施設、療養介護事業所
1778	—	上から3行目	〔次行に追加〕	（平24. 7. 3 医療課事務連絡）
1779	—	下から4～2行目	今後の円滑な実施に向け、「先発医薬品に準じたもの」も含め、一般名処方への加算対象となる成分・規格を全て網羅した一般名処方マスタを早急に整備し、公表する予定としている。	円滑な実施のため、「先発医薬品に準じたもの」も含め、一般名処方の加算対象となる成分・規格を全て網羅した一般名処方マスタが整備・公表されている。

【参考1】

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う実施上の留意事項について

（平24. 9. 14 保医発 0914 1）

本改正は、保険薬局における調剤一部負担金に対するポイント付与が行われている事例が認められたことに鑑み、次の考え方を踏まえ、一部負担金等の受領に応じて専らポイントの付与及びその還元を目的とするポイントカードについては、ポイントの付与を認めないことを原則とするものです。

- ・ 保険調剤等においては、調剤料や薬価が中医協における議論を経て公定されており、これについて、ポイントのような付加価値を付与することは、医療保険制度上、ふさわしくない。
- ・ 患者が保険薬局等を選択するに当たっては、保険薬局等が懇切丁寧に保険調剤等を担当し、保険薬剤師等が調剤、薬学的管理及び服薬指導の質を高めることが本旨であり、適切な健康保険事業の運営の観点から、ポイントの提供等によるべきではない。

ただし、現金と同様の支払い機能を持つクレジットカードや、一定の汎用性のある電子マネーによる支払いに生じるポイントの付与は、これらのカードが患者の支払いの利便性向上が目的であることに鑑み、当面、やむを得ないものとして認めることとしますが、その取扱いについては、引き続き年度内を目途に検討することとしているので、ご留意願います。

【参考2】

別添様式1

自家培養軟骨使用の施設基準に係る届出書添付書類

1 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数					
例					
2 関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（1名以上）					
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	膝関節手術の経験症例数	関節軟骨修復術の経験症例数	所定の研修終了年月日
		年	例	例	
		年	例	例	
		年	例	例	
		年	例	例	

【記載上の注意】

- 「1」は関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を100症例以上実施していること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を「特掲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24年3月5日保医発0305第3号）別添2の様式52により添付すること。なお、大学院本院については、「1」への記載及び手術症例の一覧の提出は不要である。
- 「2」は、5年以上の整形外科の経験を有する常勤医師について記載すること。また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

【参考3】

別添様式2

人工乳房及び組織拡張器（乳房用）使用の施設基準に係る届出書添付書類

1 使用する医療材料について（該当する部分に○印をつける）					
<ul style="list-style-type: none"> 人工乳房 （一次一次的再建 一次二次的再建及び二次再建） 組織拡張器（乳房用） （一次再建 二次再建） 					
2 形成外科または乳腺外科の経験を5年以上有する医師の氏名等					
医師の氏名	所属する診療科名	該当する経験分野（該当部に○印をつける）	経験年数	常勤・非常勤の区分（該当部に○印をつける）	医師登録年月日
		・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
		・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
		・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
		・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	

【記載上の注意】

- 「1」は、使用する材料ごとに、該当する部分全てに○印をつけること。
- 「2」は、5年以上の形成外科または乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、形成外科または乳腺外科の経験年数及び医師登録の有無がわかるもの）を添付すること。