

診療点数早見表 2016年4月版

(2016年4月22日第1版第1刷)

追補・正誤表

2016年7月1日 医学通信社

1. 疑義解釈(事務連絡) (2016年4月25日, 2016年6月14日)

疑義解釈資料の送付について(その2)

(平28.4.25)

A 001 再診料・A 002 外来診療料

問 A001 再診料の「注5」並びに「注6」に規定する加算及びA002 外来診療料の「注8」並びに「注9」に規定する加算については、所定の入院料と別途算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

答 算定できない。

認知症地域包括診療加算(A 001 再診料)

問 認知症地域包括診療加算について、「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もの」が要件とされているが、各月の最初の受診(再診)で投薬を受けていなければ必ず算定できると解釈されるのか。また、月の初回の受診時には算定要件を満たしていたが、その後、同月内の受診で算定要件を満たさなかった場合の扱いはどのようになるか。

答 各月の最初の受診(再診)については、それ以前の投薬に関し当該受診の日まで薬剤数に関する要件を満たしている場合に限り、算定できる。月の初回の受診時に算定要件を満たしていたが、その後、薬剤数が増えたため算定要件を満たさなくなった場合には、その日からは当該加算を算定できないが、同月内の過去の受診に遡って加算を取り消す必要はない。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

問 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き」について、「A モニタリング及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車(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に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

答 緊急時の転院搬送のみ対象となり、予定された転院搬送については対象とならない。

A 101 療養病棟入院基本料

問 療養病棟入院基本料「注11」の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合には、特別入院基本料の例により入院基本料等加算を算定してよいか。

答 そのとおり。

問 療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価票」17の、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する」とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開始後30日間は該当するのか。また、30日間を超えて点滴を継続した場合は31日以降は該当しないのか。

答 肺炎等急性増悪により点滴治療が30日未満で終了した

場合にも、開始から30日間は本項目に該当する。肺炎等急性増悪により点滴治療を30日を超えて実施した場合には、実施した日に限り、本項目に該当する。

夜勤時間特別入院基本料(A 100～A 103)、A 106 障害者施設等入院基本料

問 入院基本料の算定について、①夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例 7対1入院基本料1,591点)を100分の70として算定してよいか。②A106 障害者施設等入院基本料の「注2」における月平均夜勤時間超過減算の規定については、「注6」にある重度の意識障害の患者で医療区分2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

答 ①よい。②適用される。

A 246 退院支援加算

問 退院支援加算1の施設基準において、当該医療機関の退院支援・地域連携担当者と、20以上の連携保険医療機関等の職員が年3回以上面会することとされているが、他の20以上の連携保険医療機関等の職員と、会合や研修等と一緒に会すれば、当該要件を満たすこととなるか。

答 それぞれの連携保険医療機関等の職員と、直接に対面して業務上の意思疎通を行うことが必要であり、会合や研修と一緒に会することでは、当該要件を満たすことにならない。なお、退院支援において数か所連携保険医療機関等と退院調整の打ち合わせを行う等の場合には、全ての連携保険医療機関等の職員と相互に十分な意思疎通を図ることができれば、それぞれの連携保険医療機関等の職員と面会したものと扱うことができる。

A 247 認知症ケア加算

問 認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

答 全員揃っていることが望ましく、少なくとも看護師を含め2名以上で巡回することが必要である。

A 248 精神疾患診療体制加算

問 精神疾患診療体制加算2の算定日と、入院精神療法の算定日が同一週の場合に、入院精神療法の週あたりの算定回数を計算する際に精神疾患診療体制加算2の算定日についても、入院精神療法の算定日とみなすのか。

答 そのとおり。

A 312 精神療養病棟入院料、A 318 地域移行機能強化病棟入院料

問 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務については、週2日以内とされているが、週2日以外の日に措置診察等に対応することが可能か。

答 予定外の緊急の重症患者への対応及び精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)については、外来業務

及び他病棟の入院患者の診療業務に含めず、必要に応じ従事することができる。

B 001 「10」入院栄養食事指導料

問 最初の入院時に栄養食事指導を行い、退院後数日で同一傷病により再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、「初回」の入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

答 「初回」の入院栄養食事指導料は、前回入院時と入院起算日が変わらない再入院の場合、算定できない。

B 001-2-11 小児かかりつけ診療料

問 小児科外来診療料については、初診を行いそのまま入院となった場合、当該診療料ではなく初診料を算定することとされているが、小児かかりつけ診療料についても同様か。

答 小児かかりつけ診療料についても同様の算定方法となる。

B 007-2 退院後訪問指導料

問 B007-2 退院後訪問指導料を入院していた保険医療機関が算定した日において、当該保険医療機関と同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、医療保険では、在宅患者訪問看護・指導料を算定できないこととされたが、介護保険の訪問看護費は算定できるのか。

答 算定できない。

検査・画像情報提供加算 (B 009), B 009-2 電子的診療情報評価料

問 検査・画像情報提供加算と電子的診療情報評価料の施設基準に定める「厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能」について、厚生労働省標準規格とは具体的に何を指すのか。

答 「保健医療情報分野の標準規格(厚生労働省標準規格)について」の一部改正について(平成28年3月28日医政発0328第6号・政社発0328第1号)に定める標準規格を指す。なお、ストレージ機能については、当該通知において、SS-MIX2が含まれることとされている点に留意する。

C 002 在宅時医学総合管理料, C 002-2 施設入居時等医学総合管理料

問 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、処方せんを交付しない場合の加算が創設されたが、当該月に処方を行わない場合にも算定できるか。

答 算定できない。

国際標準検査管理加算 (D 026 検体検査判断料)

問 国際標準検査管理加算の施設基準に「国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること」とあるが、どのような認定が必要なのか。

答 ISO15189に基づく臨床検査室の認定について、「基幹項目」及び「非基幹項目」を対象として認定を取得することが必要。

問 国際標準検査管理加算は、当該保険医療機関が取得している認定の対象となっている検査項目(例えば、ISO15189の「基幹項目」、「非基幹項目」に該当する検査項目)以外の検査については、加算できないのか。

答 認定の対象となっている検査かどうかに関わらず、検体検査管理加算(Ⅱ)検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)の算定と併せて、国際標準検査管理加算を算定できる。

問 ISO15189に基づく臨床検査室の認定を取得していない保険医療機関が、当該認定を取得している衛生検査所に検査の実施を委託した場合、国際標準検査管理加算は算定できないのか。

答 当該保険医療機関が認定を受けていない場合は算定できない。

D 419 その他の検体採取

問 その他の検体採取の「6」鼻腔・咽頭拭い液採取について、同日に複数検体の検査を行った場合、検査の検体ごとに算定は認められるか。

答 1日につき1回の算定となる。

E 003 造影剤注入手技

問 E003 造影剤注入手技の「3」動脈造影カテーテル法について、「注2 頸動脈閉塞試験(マクス試験)を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点が加算される」とあるが、閉塞方法を問わず算定できるのか。

答 用手的な圧迫のみ場合は算定できず、バルーンカテーテルを用いて頸動脈閉塞試験を実施した場合のみ算定できる。

【投薬】(F 200)

問 F200 薬剤料について、「注2」(例えば、3種類以上の抗不安薬)と「注3」(7種類以上の内服薬)の両方に該当する場合については、薬剤費をどのように算定するのか。

① 3種類の抗不安薬と、4種類の「向精神薬(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬)以外の薬剤」を投薬する場合

② 3種類の抗不安薬と、7種類の「向精神薬以外の薬剤」を投薬する場合

答 ①の場合については、抗不安薬について所定点数の100分の80で、「向精神薬以外の薬剤」については所定点数の100分の100で算定する。②の場合については、抗不安薬を除いても「注3」の要件に該当することから、「向精神薬以外の薬剤」について、所定点数の100分の90で算定する。

【リハビリテーション料】

問 疾患別リハビリテーション料の施設基準に基づいて専従配置された理学療法士等が、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて別の理学療法士等が専従配置された病棟でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料、又はADL維持向上等体制加算の施設基準に基づいて病棟に専従配置された理学療法士等が、当該病棟の入院患者に対し当該病棟以外の場所でリハビリテーションを提供した場合、疾患別リハビリテーション料は算定できるか。

答 いずれも算定できる。

問 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(平成28年3月25日保医発0325第8号)によると、「目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない」とされているが、こうした取り扱いとできるのはどの程度の期間か。

答 当該取り組みは、介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的であることから、一か所の通所リハビリテーション事業所につき、3月を超えることができない。

問 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となる急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後又は手術後1月以上経過したものとされているが、例えば5月25日に手術を行った例は、6月1日からではなく、6月26日から心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となるのか。

答 そのとおり。発症又は手術の日の翌日から起算して1月を経過した日から対象となる。

問 呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算を算定する場合、その期限について「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日に限り」とされているが、「発症、手術若しく

は急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの」は当該30日の期間に含まれるか。

答 含まれる。

I 002 通院・在宅精神療法

問1 児童思春期精神科専門管理加算の施設基準における、16歳未満の患者の数について、のべ患者数と実患者数のいずれをいうのか。

答 のべ患者数をいう。

問2 通院・在宅精神療法の算定について、「当該保険医療機関において、3種類の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」を別紙様式40を用いた1月、4月、7月、10月の報告のうち直近のものを用いて判断することが必要となるが、10月においては7月の報告を用いて判断してよいか。また、平成28年9月までは全ての医療機関が条件を満たすものとして扱われるが、平成28年10月についても、同様に条件を満たすものとして扱ってよいか。

答 いずれもよい。11月、12月、1月の3ヶ月の診療報酬については10月の報告に基づいて判断することになる。

I 003-2 認知療法・認知行動療法

問 認知療法・認知行動療法3の施設基準について、「うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること」とあるが、「ウの研修の講師」による確認を行う講師は医師でなければならないか。

答 必ずしも医師である必要はないが、「ウ」の研修において、研修後、受講生による面接を確認する者として定められたものである必要がある。

問 認知療法・認知行動療法について、『1』、『2』及び『3』は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、『3』の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、『1』の点数を算定できる」とあるが、一連の治療において、『1』を算定すべきものと『2』を算定すべきものが混在する場合、どのように算定すればよいか。

答 一連の治療において、やむを得ず『1』を算定すべきものと『2』を算定すべきものが混在する場合に限り、それぞれにおいて算定すべき点数を算定してよい。

J 115-2 排痰誘発法

問 J115-2 排痰誘発法について、留意事項通知において「結核を疑う患者に対し」とあるが、結核患者の退院の可否を判定する等の目的で実施した場合にも算定できるか。

答 算定できる。

J 118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)

問 J118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を実施するに当たって、初めてロボットスーツを装着する際には患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅などを勘案して当該患者に適切な装着条件を探索する必要があるが、当該プロセスに係る技術はどのように算定するのか。

答 初めて当該処置を実施する場合の装着条件の探索については、1肢毎にJ129 治療器具の採型ギプスの「2」義肢器具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき)に準じて算定する。

K 047-3 超音波骨折治療法

問 「四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない」が削除されたが、取扱いに変更があるのか。

答 そもそも当該治療法を手術中に行われるものではないことから、従前のおり算定できない。

K 126-2 自家培養軟骨組織採取術

問 特定保険医療材料である150ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨については、機能区分が①採取・培養キット及び②調製・移植キットに細分化されたが、平成28年3月31日以前にK126-2 自家培養軟骨組織採取術を実施したことから①採取・培養キットを算定しなかった患者が、平成28年4月1日以降にK059 骨移植術(軟骨移植術を含む)「4」自家培養軟骨移植術を実施した場合であっても、②調製・移植キットしか算定ができないのか。

答 K126-2 自家培養軟骨組織採取術を平成28年3月31日以前に実施し、平成28年4月1日以降にK059 骨移植術(軟骨移植術を含む)「4」自家培養軟骨移植術を実施した場合に限り、K059の算定時に、特定保険医療材料150ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨①採取・培養キット及び②調製・移植キットを算定できる。その際は、摘要欄にK126-2を実施した日付を記載すること。

疑義解釈資料の送付について(その4)

(平28.6.14)

(A 001) 認知症地域包括診療加算・B 001-2-10 認知症地域包括診療料

問 屯服薬も内服薬の種類としてカウントするのか。

答 そのとおり。

ただし、疑義解釈(その1)問94(点公表p.230右段「事務連絡」)において、臨時的投薬であって投薬期間が2週間以内のものは除くこととされており、臨時に1回だけ処方した屯服薬であって、投薬期間が2週間以内のものは、カウントしない。同じ銘柄の屯服薬を2回目以降に処方した場合は、臨時の投薬とはいえず、内服薬の種類としてカウントすることとなる。

(A 100 等) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

問 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票評価の手引き」について、「C 手術等医学的状況」において「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ対象となること」とあるが、一旦退院し再度入院した場合(入院期間が通算される再入院を含む)には、評価の対象となるのか。

答 対象となる。

問 重症度、医療・看護必要度に係る評価について、「入院した日に退院(死亡退院含む)した患者は、延べ患者数に含めるものとする」とされたが、①転棟した場合の評価はどちらの病棟ですればよいか。②転棟したその日に退院(死亡退院含む)した場合は延べ患者数に含めるのか。

答 ①病棟種別が同じ病棟(病室)間で転棟する場合は、転棟先の病棟(病室)において、転棟時までの評価を含めた評価を行い、基準を満たす患者の割合の算出時の延べ患者数に含める。病棟種別が違う病棟(病室)間で転棟する場合は、転棟前の病棟(病室)において、転棟時まで評価を行うが、延べ患者数には含めない。転棟先の病棟(病室)においては、入棟時から評価対象として評価を行い、延べ患者数に含める。

②転棟する病棟(病室)の病棟種別が同一かどうかに関わらず、転棟前及び転棟先の両方の病棟で退棟時までの評価は行うが、転棟日(退院日)の延べ患者数には含めない。

(A 100, A 104, A 105) 許可病床数

問 平成28年3月31日において現に一般病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている許可病床数が200床未満の保険医療機関であってそれぞれの10対1入院基本料に係る届出を同時に行わないものについては、平成30年3月31日までの間に限り「重症度、医療・看護必要度」割合の要件が23%以上とされたところだが、ここでいう許可病床数とは何を指すのか。

答 ここでいう許可病床数は、医療法上許可された病床（一般病床以外の病床を含む）の合計を指す。

A 100 等 月平均夜勤時間

問 看護職員の見直しで、月平均夜勤時間の計算方法が見直され、「夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合」の計算方法が示されたが、この場合、①この夜勤時間帯は、連続した1回の夜勤帯において兼務した場合だけでなく、別の日に病棟以外（当該病棟で算定する入院基本料とは別の入院基本料等を算定する病棟及び病室を含む）で夜勤をした場合も兼務者としてこの計算を行うことでよい。②計算に計上する時間に、休憩時間は含まれるのか。

答 ①そのとおり。

②当該病棟に勤務している時間帯に休憩した場合に限り、含めてよい。

A 101, B 001「5」「7」等 指定難病・小児慢性特定疾病

問 指定難病については、

■A101療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分に係る評価表評価の手引き」19～23、B001「7」難病外来指導管理料、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料、F200薬剤「注1」、J038人工腎臓「注3」等においては、「同法（難病の患者に対する医療等に関する法律）第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む）に係るものに限る」

■C002在宅時医学総合管理料の「注5」等に規定する「別に厚生労働大臣が定める状態」においては、「難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病」と規定されている。

これらについて、いずれも病名及び重症度が「特定医療費の支給認定に係る基準」を満たすことを患者が受診する保険医療機関の医師が診断したが、受給者証の交付を受けていない場合も、対象に含まれるか。

また、小児慢性特定疾病については、B001「5」小児科療養指導料において、「児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る）」とあるが、これについても同様か。

答 いずれも、医師が、病名及び重症度が基準を満たすことを客観的な根拠とともに医学的に明確に診断できる場合には含まれる。

A 200 総合入院体制加算

問 A200総合入院体制加算の施設基準において、『B009診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上であること』とあるが、B009診療情報提供料（I）の「注15」の加算を算定する退院患者についても、B009診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者数の中に含める事は出来るか。

答 そのとおり。

A 207-2 医師事務作業補助体制加算

問 A207-2医師事務作業補助体制加算1において、「医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること」とあるが、病棟又は外来において研究データの整理や統計・調査の入力業務を行った場合も、病棟又は外来において行われた医師事務作業補助者の業務時間に含めて良いか。

答 研究データの整理や統計・調査の入力業務など、個々の患者の診察と直接的に関係ない業務は、一般的に病棟又は外来以外の場所において実施されるものであり、敢えて病

棟又は外来において行った場合であっても病棟又は外来における業務時間に含まれない。

A 207-3 急性期看護補助体制加算/A 207-4 看護職員夜間配置加算/A 214 看護補助加算

問 急性期看護補助体制加算（夜間看護体制加算）、看護職員夜間配置加算及び看護補助加算（夜間看護体制加算）における看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の「ウ」の夜勤の数について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目の夜勤の連続回数の対象となるか。

答 勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は当該加算の項目の夜勤の連続回数の対象として計上する。

A 243 後発医薬品使用体制加算/F 100 外来後発医薬品使用体制加算

問 A243後発医薬品使用体制加算及びF100の「注11」の外来後発医薬品使用体制加算において、当該保険医療機関で調剤した医薬品に、注射や在宅の部で算定され、直接患者に交付される薬剤は含まれるか。

答 含まれる。

A 244 病棟薬剤業務実施加算

問 A244病棟薬剤業務実施加算の施設基準において、「医薬品に係る情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知すること」とされているが、医療従事者への速やかな周知は電子的媒体、紙媒体いずれでもよいか。

答 速やかに周知されていれば電子的媒体、紙媒体いずれでもよい。

A 246 退院支援加算

問 A246退院支援加算の施設基準における専従者は、非常勤でも良いのか。

答 不可。ただし、平成28年3月31日に退院調整加算を算定していた保険医療機関で、平成28年4月1日以降退院支援加算2を算定している保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合においては、平成30年3月31日までは非常勤であっても差し支えない。

問 A246退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱い如何。

答 介護支援連携指導料の点数が入院料に含まれており別途算定できない場合であっても、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績（1回の入院中2回までに限る）が認められる場合は、退院支援加算1の過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件において、算定回数に含めることが可能である。

問 同一の保険医療機関において、退院支援加算1と、退院支援加算2の両方の届出を行い、それぞれの算定要件を満たす患者についてそれぞれの点数を算定することができるか。

答 不可。退院支援加算1と退院支援加算2は、各保険医療機関において、いずれか片方を届け出るものである。

問 A246退院支援加算1において、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出するとある。入院後3日以内には退院困難な要因に該当しなかったが、その後の病状の変化により、退院困難な要因に該当することとなった者について、直ちに、退院困難な要因を有する患者として抽出し、算定要件として定められている支援を実施した場合に、退院支援加算1を算定することはできるか。

答 算定できる。退院支援加算1においては、全ての入院患

者について病棟専任の退院支援職員が入院後3日以内に患者の状況を把握することとされており、こうした把握を行った後に、新たに退院困難な要因が発生した場合については、算定対象の患者に加えることができる。なお、この場合であっても、退院支援計画の作成や家族等との話し合いについての要件を含め、他の算定要件を満たす必要がある。

問 A246 退院支援加算1において、退院支援職員が原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出するとあるが、入院後3日間がいずれも土曜・休日である場合の取扱い如何。

答 最初の平日に退院支援職員が患者の状況を把握し患者の抽出を行うことも可能とする。金曜日の夜間や、連休前日の夜間に入院した場合も同様である。

B 001「9」外来栄養食事指導料

問 平成28年3月31日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」の別添1の問184（点数表p.209左段「事務連絡／問1」）の答において「当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療）が終了した後に、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる」とあるが、外来患者が自ら診療を中止した後に数か月以上にわたり受診せず、新たに別の疾病で診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合も、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

答 このような事例についても、当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けていた場合はその全ての診療）が終了したと医師が判断し、医師の指示により新たな疾病についてのみ外来栄養食事指導を行う場合は、「初回」の指導料を算定できる。

B 001「10」入院栄養食事指導料

問 最初の入院時に入院栄養食事指導料を2回算定し、退院後数日で再入院した患者に対し栄養食事指導を行う場合、入院栄養食事指導料を再度算定できるか。

答 入院起算日が同じ入院の場合には再度算定できない。入院起算日が異なる入院の場合に限り、改めて入院栄養食事指導料を2回まで算定できる。

B 001「16」喘息治療管理料

問 「喘息治療管理料2」について、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導を行った場合に、初回に限り算定することとされたが、

- ①「初回に限り算定する」の初回とはどういう意味か。吸入は以前から行っていたが、新たに補助器具を用いて指導を行った際にも算定できるのか。
- ②薬剤の変更や、吸入補助器具の汚損等の理由により、再度算定することは可能か。

答 ①初回とは、吸入補助器具が初めて患者に提供され、併せて服薬指導が実施された時点をいう。従前から吸入を実施していた患者について、吸入補助器具を初めて交付し、併せて服薬指導を実施した際にも算定できる。
②吸入補助器具については、汎用性及び耐久性のあるものを交付すべきであり、薬剤の変更や、吸入補助器具の破損等により再交付する場合については、初回に算定する管理料に含まれる。但し、算定から年月が経過し、小児の成長に伴い、大きさの異なる補助器具を使用する必要が生じた場合に限り、1回（初回の交付が1歳未満の場合には2回）限り、再度算定できる。この場合には、再度算定が必要なる理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

B 001-7リンパ浮腫複合的治療料

問 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設標準の（1）ウについて、以下の研修を修了した者は、「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」にかかる要件を満たすものと考

えてよいか。

（座学部分のみ要件を満たす研修として）

- ・厚生労働省委託事業として実施された「新リンパ浮腫研修」（平成25年度に実施のもの）
- ・一般社団法人ライフ・プランニング・センターにより実施された「新リンパ浮腫研修」（平成26年度から28年度に実施のもの）
- ・日本DLM技術者会による「DVTM研修」（平成22年度から24年度に実施のもの）

（実習部分のみ要件を満たす研修として）

- ・フランシラセラピストスクール日本校による「リンパ浮腫セラピスト」認定コース（平成26年度から28年度に実施のもの）
- ・一般社団法人ICAAによる「リンパドレナージュセラピスト育成講座」（平成26年度から28年度に実施のもの）
- ・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会による「上級コース（リンパ浮腫コース）」（平成26年度から28年度に実施のもの）
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「リンパ浮腫セラピスト実技研修コースB 基礎講習＋基礎補習」（平成26年度に実施のもの）

（座学部分、実習とも要件を満たす研修として）

- ・フランシラセラピストスクール日本校による「リンパ浮腫セラピスト」認定コース（平成22年度から25年度に実施のもの）
- ・公益財団法人がん研究会有明病院によるリンパ浮腫セラピスト養成講習会（平成23年度から28年度に実施のもの）
- ・日本DLM技術者会による「DVTM研修」（平成25年度から28年度に実施のもの）
- ・特定非営利活動法人日本リンパドレナージスト協会による「MLD/CDT 技能者（リンパ浮腫）養成講座」（平成24年度又は25年度に実施のもの）、「リンパ浮腫セラピスト養成講座」（平成26年度から28年度に実施のもの）
- ・一般社団法人ICAAによる「リンパドレナージュセラピスト育成講座」（平成24年度に実施のもの）
- ・東京医療専門学校による「リンパ浮腫療法士・資格取得講習会」（平成25年度から28年度に実施のもの）
- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージュ協会による「養成講習会」（平成11年度から28年度の間に実施のもの）
- ・一般社団法人リンパ浮腫指導技能者養成協会による「リンパ浮腫指導技能者養成講座」（平成20年度から平成25年度に実施のもの）

答 よい。

B 005-9 排尿自立指導料

問 B005-9 排尿自立指導料の注に「週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する」とあるが、

- ①同一入院中にカテーテルの再留置が必要となった場合は、再度の算定が可能か。
- ②別の医療機関に転院した場合、新たに6回を限度に算定できるのか。

答 ①同一入院期間中は6回までである。
②入院期間が通算される入院の場合、通算して6回を限度として算定する。

C 002 在宅時医学総合管理料・C 002-2 施設入居時等医学総合管理料

問 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に在宅時医学総合管理料を算定していた患者のうち、当該住居に居住している間に在宅時医学総合管理料を算定していた患者は、平成29年3月末まで引き続き在宅時医学総合管理料を算定可能とされている。一方、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介

護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平成28年3月25日保医発0325第8号）では、これらの患者について、在宅時医学総合管理料は算定できないとされているが、平成29年3月末までの間は、算定できると考えてよい。

答 よい。

投薬

問 一般名処方加算1について、「後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る）が一般名処方されている場合」とあるが、先発医薬品のない後発医薬品も一般名で処方される必要があるのか。

答 そのとおり（ただし、先発医薬品と薬価が同額又は高いものは除く）。なお、平成29年3月31日までの間は、後発医薬品のある先発医薬品及び先発医薬品に準じたものについてのみ一般名処方されていれば、先発医薬品のない後発医薬品が一般名処方となされていなくても加算1を算定して差し支えない。また、一般名処方加算2の対象については従前の通り、先発医薬品のない後発医薬品は含まれない。

I002 通院・在宅精神療法

問 児童思春期精神科専門管理加算のうち、「ロ」に規定する加算を算定する際には、「発達障害の評価に当たっては、ADI-R（Autism Diagnostic Interview?Revised）やDISCO（The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders）等で採用されている診断項目を考慮すること」とされているが、ADI-R及びDISCO以外に、どの診断用アセスメント・ツールを考慮すればよいのか。

答 患者の状態に応じ、ADI-R及びDISCOの他、ADOS（Autism Diagnostic Observation Schedule）及びCAADID（Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV）日本版で採用されている診断項目を考慮すること。

I016 精神科重症患者早期集中支援管理料

問 当該管理料を算定中又は算定後の患者が入院し、再度、対象患者の要件に該当した場合に、当該管理料を再算定することができるか。

答 算定可能。当該管理料を算定中の者が再算定する場合には、再算定を開始した日を初回算定日として算定すること。

処置の休日・時間外・深夜加算

問 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について、第9部処置の「通則5」の「ロ」に定める、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に算定できる休日・時間外・深夜加算は算定可能か。

答 算定不可。

J038 人工腎臓

問 J038人工腎臓の「注3」下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、当該医療機関がABI検査やSPP検査の設備を有しておらず、他の医療機関で実施した検査の結果を見て、専門的な医療機関へ紹介している場合、当該加算の施設基準を満たすか。

答 当該医療機関で検査を実施している場合に限り算定できる。

K898 帝王切開術

問 K898帝王切開術の「注」に規定されている複雑な場合について、「オ 開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう）のある妊婦に対して実施する場合」とあるが、帝王切開術の既往のある妊婦に対して新たに帝王切開術を実施する場合も対象となるのか。

答 そのとおり。

K920 「5」希釈式自己血輸血

問 K920「5」希釈式自己血輸血について、「手術時及び手術後3日以内に予め貯血をしておいた自己血を輸血した場合に算定できる」とあるが、手術後に輸血をする際は、手術室以外の場所で輸血した場合であっても算定出来るのか。

答 算定できる。ただし、手術後に手術室以外で輸血をする場合であっても、「輸血療法の実施に関する指針」及び関連学会のガイドライン等を遵守し、保管管理等に留意するものであること。

問 K920「5」希釈式自己血輸血について、「麻酔導入後から執刀までの間に自己血の貯血を行った後に」とあるが、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の貯血を行った場合に、別途、K920「3」自己血貯血の費用を算定出来るか。

答 算定できない。

病理診断

問 保険医療機関間の連携による病理診断について、送付側として、病理診断管理加算を算定している保険医療機関が、病理診断管理加算を算定している受取側の保険医療機関と連携して病理診断を行うことは可能か。また、その際、病理診断管理加算については、受取側の保険医療機関における該当区分に従い、送付側で算定される病理診断料に加算するの否か。

答 そのとおり。

N004 細胞診

問 N004細胞診の「3」セルブロック法によるものにより作製された標本について、病理診断を実施した場合、N006病理診断料の「2」細胞診断料を算定するの否か。

答 そのとおり。

大病院定額自己負担

問 特定機能病院及び一般病床（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第40条の2第2号に規定する医療型障害児入所施設に係る一般病床を除く。以下同じ）の数が500床以上の地域医療支援病院は、既に平成28年3月31日までに病床数が200床以上の病院について受けた初診・再診に係る特別の料金等の内容の定めについて地方厚生（支）局長に報告を行っている場合であっても、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院の初診・再診に係る特別の料金等の内容の定めについて改めて報告する必要があるか。

答 特別の料金の徴収額に変更がない場合も含め、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院の初診・再診に係る特別の料金等の内容の定めについて改めて報告する必要がある。

2. 厚生労働省の訂正事務連絡（2016年4月25日、2016年6月7日、2016年6月14日）

■A218 地域加算（p.116 右段から p.117 「人事院規則で定める地域に準じる地域」の表中に以下を追加する）

5級地		京都府	宇治田原町
茨城県	河内町	奈良県	五條市
6級地		和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
宮城県	七ヶ浜町	佐賀県	佐賀市
茨城県	坂東市、境町、五霞町	7級地	
三重県	朝日町、川越町、木曾岬町	群馬県	大泉町、千代田町

(表末尾の「備考」に以下の文を追加する)

平成 28 年 3 月 31 日において A 218 地域加算の対象地域であったが、同年 4 月 1 日以降人事院規則 9 - 49 第 2 条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（群馬県板倉町、神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安塔町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限り、7 級地とみなす。

(以下は、上記訂正に伴う差額請求手続きの参考資料 (別紙))

別紙1

地域加算に係る保険者別差額請求一覽表

点数表 **DPC** 医療機関コード **1234567** 医療機関名 **●●●病院**

該当の地域加算 **6級地 (0.0018)**
 診断群別点数表の「点数」欄に属する
 点数の総点数(入材料の総点数) **1,315,749 点**
(1,315,749 点)**

№	保険者番号 法別 府県 番号 区	保険者名	区分	療養の給付		備考
				点数 (療養日)	金額 (療養日)	
1	01 13 ...	●●●	1	500	3,500	
			3	500	4,000	
			5	500	3,500	
			7	500	4,500	
			9	500	3,500	
小	計	(保険者数)		2,500	19,000	
合	計	(保険者数)		2,500	19,000	

※1 地域加算を含まない「点数」を記入すること。
 ※2 公費使用分に係る点数(再掲)

別紙2

地域加算に係る差額請求内訳書

点数表 **歯科・歯科 DPC**

保険者番号 **06******* 医療機関コード **1234567**
 保険者名 **●●組合** 医療機関名 **●●●●**

(一 枚)

№	被保険者の 記号・番号	受診者名	診療 年月	区分	請求金額 (差額分)	うち差額請求(再掲)	備考
2	▲▲▲▲	▲▲▲	H28.5	5	140		
小	計	(件)			000		
合	計	(件)			000		

別紙1

地域加算に係る保険者別差額請求一覽表

点数表 **歯科・歯科** 医療機関コード **1234567** 医療機関名 **●●●病院**

該当の地域加算 **6級地 (5.0)**
 地域加算算定対象入材料の総算定日数 **1,000 日**
(1,000日)**

№	保険者番号 法別 府県 番号 区	保険者名	区分	療養の給付		備考
				点数 (療養日)	金額 (療養日)	
1	01 13 ...	●●●	1	1,000	7,000	
			3	1,000	8,000	
			5	1,000	7,000	
			7	1,000	9,000	
			9	1,000	7,000	
2	02 15 ...	△△△	1			
小	計	(保険者数)		5,000	38,000	
合	計	(保険者数)		5,000	38,000	

※ 公費使用分に係る日数(再掲)

別紙2

地域加算に係る差額請求内訳書

保険者番号 **06******* 医療機関コード **1234567**
 保険者名 **●●組合** 医療機関名 **●●●●**

(一 枚)

№	被保険者の 記号・番号	受診者名	診療 年月	区分	請求金額 (差額分)	うち差額請求(再掲)	備考
2	▲▲▲▲	▲▲▲	H28.5	5	140		
小	計	(件)			000		
合	計	(件)			000		

ページ・行	誤 (または変更箇所)	正
-------	-------------	---

■注射の「通則」に関する事務連絡

p.482 左段下から 16 行目 (「事務連絡」問 1)	E202 の「注 4」	E202 の「注 3」
----------------------------------	-------------	-------------

■H 003-4 目標設定等支援・管理料 (別紙様式 23 の 5)

p.525 「2. ADL 評価/FIM による評価の場合」の「運動/セルフケア」欄	「整容」と「更衣(上半身)」の間に 右の欄を挿入	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">清拭・入浴</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	清拭・入浴	
清拭・入浴				

■ I 012-2 精神科訪問看護指示料

p.569 右段下から 27 行目	同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料	同一建物居住者訪問看護・指導料
-------------------	---------------------	-----------------

■基本診療料の施設基準等「別添6」「別紙7」,「別紙18」

p.922 左段下から 5 行目, p.996 左段上から 16 行目	看護職員が自ら～	医師又は看護職員が自ら～
--	----------	--------------

■ A 234-2 感染防止対策加算 (施設基準)「事務連絡」

p.971 左段下から 31 ～ 28 行目 (「事務連絡」問1「答」)	①そのとおり。 ②必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。	① 全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行う。 ② 必要性に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生のリスクの評価を定期的に行っている場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2月に1回以上巡回していること。
---	--	--

■基本診療料の施設基準等「別表第5の1の2」

p.74 右段上から 13 行目 p.1031 左段下から 18 行目	注6の点数	注5の点数
p.74 右段上から 19 行目 p.1031 左段下から 11 行目	及び短期滞在手術等基本料3	、地域移行機能強化病棟入院料及び短期滞在手術等基本料3

■基本診療料の施設基準等「別添7」「様式7」

p.1052 「特定一般病棟入院料」の欄中	看護配置加算と看護補助加算の欄中の斜線	削除し空欄にする
-----------------------	---------------------	----------

■基本診療料の施設基準等「別添7」「様式10の8」

p.1063 「2. 退院患者の状況」①の欄中	(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者のうち、再入院患者、死亡退院患者を除く)	(当病棟から当該病棟に転棟した患者のうち、当該病棟での入院期間が1月未満の患者、再入院患者及び死亡退院患者を除く)
-------------------------	--	---

■基本診療料の施設基準等「別添7」「様式49の2」,「様式49の3」

p.1100 「記載上の注意」「2」, p.1101 「記載上の注意」「2」	地域連携診療計画管理料を算定～	区分番号「A246」退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定～
---	-----------------	---------------------------------

■ K 695-2 腹腔鏡下肝切除術 (施設基準), K 703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 (施設基準)

p.1186 左段下から 9 ～ 8 行目 p.1187 左段下から 12 ～ 11 行目 (「事務連絡」「答」)	現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における～	現時点では、日本外科学会系のデータベースである～
---	---------------------------------	--------------------------

■特掲診療料の施設基準等「別表第9の5」

p.511 右段上から 14 行目の次 p.1206 左段上から 14 行目の次	右を挿入する	8 リハビリテーションを要する状態の患者であって、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〔ただし、心大血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者に該当するものを除く〕
---	--------	---

■特掲診療料の施設基準等「第2」届出に関する手続き

p.1211 左段下から 26 行目	(5) 後発医薬品調剤体制加算の施設基準	(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準
--------------------	----------------------	-------------------------------------

■特掲診療料の施設基準等「別添2」「様式5の8」

p.1227 表中の7つ目の欄	②/⑥	⑥/②
-----------------	-----	-----

■特掲診療料の施設基準等「別添2」「様式66の2」

p.1292 見出しの直下	「腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出添付書類」の下に右を挿入する	I. 腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出の区分 (該当するものにそれぞれに○を付すこと) () 部分切除及び外側区域切除 () 亜区域切除, 1区域切除(外側区域切除を除く), 2区域切除及び3区域切除以上のもの II. 当該療養に係る医療機関の体制状況等
---------------	-----------------------------------	---

■療養担当規則等に基づき定める揭示事項等(別紙様式2)

p.1388	「区分/徴収額」の記入欄の上に右を挿入する	1 届出種別 ア 200床以上の病院(イを除く) イ 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院 注 該当する方に○をつけること。 2 特別の料金等の内容
--------	-----------------------	---

3. その他の告示・通知 (2016年5月31日告示237号, 238号/6月24日告示265号/保医発通知0531・1, 2号)

ページ・行	追加・訂正(下線部が変更部分)
-------	-----------------

■検査の点数の取扱い

p.375 右段5～21行目を訂正	→「43」のデングウイルス抗原定性又は同抗原・抗体同時測定定性 ア デングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、D012感染症免疫学的検査の「43」デングウイルス抗原定性の所定点数に準じて算定する。 イ デングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスNS1抗原、IgG抗体及びIgM抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。 ウ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、……。 エ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。
-------------------	---

■特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正等

p.832 左段下から30行目を訂正	→オプション部品の定義 ④ 人工膝関節用部品・人工関節用部品(Ⅱ) イ 骨との固定力を強化するためのポーラス状のタンタル又は純チタンによる加工等が施されているものであって、その旨が薬事承認又は認証事項に明記されている。
p.838 左段下から7行目の次に下線部を挿入	071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨 (3) カスタムメイドプレート (略) カスタムメイドプレート・CP-3 813,000円
p.838 右段下から18～13行目までを訂正	→カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨の定義 ① 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「人工骨インプラント」、「コラーゲン使用人工骨」、「人工上顎骨」、「人工椎間板」、「人工椎体」、「人工肋骨」、「人工全耳小骨」、「人工眼窩縁」、「人工頬骨」、「局所人工耳小骨」、「人工関節セット」、「脊椎ケージ」、「体内固定用プレート」又は「患者適合型体内固定用プレート」であるものにより構成される。
p.838 右段下から8～6行目までを訂正	(2) 機能区分の考え方: 使用目的等により、カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイドプレートに区分し、カスタムメイド人工骨については、更に大きさにより3区分に区分する。
p.838 右段下から2行目～ p.839 左段7行目までを訂正	(3) 機能区分の定義 ② カスタムメイド人工骨(S): 次のいずれにも該当すること。 ア 当該患者の手術のために特別に設計・製造された特定の形状を有する人工骨であって、製品に外接する円柱のうち最小のもの体積が150mL未満のものである。 イ ⑤に該当しない。 ③ カスタムメイド人工骨(M): 次のいずれにも該当すること。 ア 当該患者の手術のために特別に設計・製造された特定の形状を有する人工骨であって、製品に外接する円柱のうち最小のもの体積が150mL以上かつ350mL未満のものである。

	<p>イ ⑤に該当しない。</p> <p>④カスタムメイド人工骨（L）：次のいずれにも該当すること。 ア 当該患者の手術のために特別に設計・製造された特定の形状を有する人工骨であつて、製品に外接する円柱のうち最小のものの体積が350mL以上のものである。 イ ⑤に該当しない。</p> <p>⑤カスタムメイドプレート：次のいずれにも該当すること。 ア 当該患者の手術のために特別に設計・製造された特定の形状を有するプレートであつて、電子ビーム積層造形法により製造されるものである。 イ 材質がチタン合金製である。</p>
p.859 左段下から33～30行目までを訂正	<p>→心臓手術用カテーテルの定義</p> <p>(2) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル</p> <p>③機能区分の定義</p> <p>カ 再狭窄抑制型：冠動脈ステント内再狭窄病変、又は対照血管径が3.0mm未満の新規冠動脈病変のある患者に対し、経皮的冠動脈形成術のバルーン拡張時に、バルーンに塗布されている薬剤を血管内壁に吸収させることを目的に使用するカテーテルである。</p>
p.861 左段29～34行目までを訂正	<p>→血管内手術用カテーテルの算定</p> <p>カ 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル</p> <p>a 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。</p> <p>b 内膜下に挿入されたガイドワイヤーを真腔に再疎通させる機能を有するものについては、TASCIIA/B病変であつて、病変長が15cmを越えない病変において、ガイドワイヤーが偽腔に迷入した場合に限り、1回の手術に当たり1本を上限として算定できる。</p>
p.863 右段23～28行目までを訂正	<p>→血管内手術用カテーテルの定義</p> <p>(18) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルの定義</p> <p>①薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であつて、一般的名称が「振動式末梢血管貫通用カテーテルシステム」又は「血管狭窄部貫通用カテーテル」である。</p> <p>②慢性完全閉塞下肢動脈へのガイドワイヤーの通過が困難な患者に対し、経皮的血管形成術を実施する際にガイドワイヤーの通過部を確保することを目的として使用するカテーテルであり、以下のいずれかに該当する。 ア 機械的振動により、血管内の石灰化した病変を貫通させる機能を有する。 イ 内膜下に挿入されたガイドワイヤーを真腔に再疎通させる機能を有する。</p>
p.874 右段4行目を訂正	<p>→ヒト骨格筋由来細胞シートの算定</p> <p>ア 当該材料は、虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に従い、ハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、同基準に従つて使用された場合に限り算定できる。</p>

■保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等

p.1402 左段12行目に挿入	<p>ハ 医科点数表区分番号 D009 の6に掲げる前立腺特異抗原（PSA）（歯科点数表第2章第3部検査通則第5号においてその例による場合を含む）</p> <p>ニ 医科点数表区分番号 D009 の6に掲げるCA 19-9（歯科点数表第2章第3部検査通則第5号においてその例による場合を含む）</p> <p>※上記の挿入に伴い、「7の8」の「ハ」～「ワ」を「ホ」～「ヨ」に変更する。</p>
------------------	---

■厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準

p.1417 右段10行目の次に挿入	<p>58 陽子線治療〔肝細胞がん（初発のものであつて、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild-Pugh分類による点数が7点未満のものに限る）〕</p> <p>59 重粒子線治療〔肝細胞がん（初発のものであつて、肝切除術、肝移植術、エタノールの局所注入、マイクロ波凝固法又はラジオ波焼灼療法による治療が困難であり、かつChild-Pugh分類による点数が7点未満のものに限る）〕</p> <p>60 アキシチニブ単剤投与療法〔胆道がん（切除が不能と判断されたもの又は術後に再発したものであつて、ゲムシタビンによる治療に対して抵抗性を有するものに限る）〕</p>
--------------------	---

4. 正誤

ページ・行	誤	正
■ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料		
p.153 右段下から 31 ～ 27 行目	事務連絡「問3」	すべて削除する（今改定により、当該治療室に入院する全患者の評価が必要になったため）
■ J 039 血漿交換療法〔参考（1）血漿交換療法の適応と使用材料〕		
p.592 参考	表中の「17」の行	1行すべて削除する（重複）
■ K 514 肺悪性腫瘍手術「9」		
p.659 左段上から 3 行目	9 壁側・臓側胸膜全切除	9 胸膜肺全摘
■ K 529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術		
p.661 右段上から 22 行目 （「編注」）	K 936 自動縫合器加算（4 個限度）が算定可。	K 936 自動縫合器加算（4 個限度）、K 936-2 自動吻合器加算（1 個限度）が算定可。
■ 診療報酬点数一覧表「A 100 一般病棟入院基本料」の表中「初期加算」		
p.751 表（上）・最右列（初期加算）	13 対 1 入院基本料と 15 対 1 入院基本料の境の罫線	罫線を削除する
■ 診療報酬点数一覧表「B 008 薬剤管理指導料」の表中		
p.772 右欄（要件欄） 2 行目	週 1 回（間隔 6 日以上）、月 4 回を限度として算定	週 1 回、月 4 回を限度として算定（「間隔 6 日以上」を削除する）

— 以上につき訂正・追加いたします。