『保険診療の手引』2018年４月版　正誤及び追補(2018.8.22)

※本書発刊以降に新たに示された告示・通知を追補として■印で示している。

<table>
<tr><th>頁</th><th>訂正箇所</th><th>誤</th><th>正</th></tr>
<tr><td>■9</td><td>下から２行目</td><td>４．※２は<u>2018年10月</u>に受領委任払い制度が導入される。</td><td>４．※２は<u>2019年１月</u>に受領委任払い制度が導入される。</td></tr>
<tr><td>■60</td><td>高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等

右のように訂正</td><td>高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等（2018年８月以降）
<table>
<tr><th colspan="2">年齢と所得区分</th><th>外来・入院</th></tr>
<tr><td rowspan="2">70歳未満
（後期高齢者除く）</td><td>低所得者（オ）</td><td>被保険者証（保険証）＋<u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u></td></tr>
<tr><td>一般所得（ウ）（エ）
上位所得者（ア）（イ）</td><td>被保険者証（保険証）＋<u>限度額適用認定証</u></td></tr>
<tr><td rowspan="4">70歳～74歳
高齢受給者
（後期高齢者除く）</td><td>低所得者Ⅰ
低所得者Ⅱ</td><td>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋<u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u></td></tr>
<tr><td>一般所得者</td><td>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証</td></tr>
<tr><td>現役並み所得（Ⅰ）（Ⅱ）</td><td><u>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋限度額適用認定証</u></td></tr>
<tr><td>現役並み所得（Ⅲ）</td><td><u>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証</u></td></tr>
<tr><td rowspan="4">75歳以上
65歳以上で一定以上の障がい状態にある者
（後期高齢者）</td><td>低所得者Ⅰ
低所得者Ⅱ</td><td>後期高齢者医療被保険者証＋<u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u></td></tr>
<tr><td>一般所得者</td><td>後期高齢者医療被保険者証</td></tr>
<tr><td>現役並み所得（Ⅰ）（Ⅱ）</td><td><u>後期高齢者医療被保険者証＋限度額適用認定証</u></td></tr>
<tr><td>現役並み所得（Ⅲ）</td><td>後期高齢者医療被保険者証</td></tr>
</table>
注１　：太字（　）内のア～オは限度額適用認定証等に表示されている区分
注２　：アンダーラインを付した認定証は、患者が保険者に申請して交付を受けておかなければならない
注３　：高齢受給者、後期高齢者の高額療養費の取扱いが変更されているので注意が必要</td><td></td></tr>
<tr><td>■61</td><td>左段下から23行目</td><td>(13)70歳以上の高額療養費
2012（平成24）年４月１日から70歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口に提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよいことになっている（自己負担限度額を超えた分については現物給付）。なお、認定証は個人ごとに交付される。
70歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、「特記事項」欄への記載は求められていないが、「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証（資料３ ⇒P.66）（適用区分が「Ⅰ」、「Ⅱ」であるもの）が提示された場合には、「摘要」欄に「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」と記載する。
「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。</td><td>(13)70歳以上の高額療養費
2012（平成24）年４月１日から70歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、<u>限度額適用認定証、</u>限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口に提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよい（自己負担限度額を超えた分については現物給付）。なお、認定証は個人ごとに交付される。
70歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、<u>2018（平成30）年８月の高額療養費の改定により、現役並み所得（Ⅰ）（Ⅱ）の患者も限度額適用認定証が必要になった。また、限度額適用区分と「特記事項」欄の記号について、「特記事項」欄への記載が必要となった。区分と記号は上記70未満の表と同じ。なお、</u>「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証（資料３ ⇒P.66）（適用区分が「Ⅰ」、「Ⅱ」であるもの）が提示された場合には、「摘要」欄<u>への</u>「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」<u>の記載が引き続き必要である。</u>
「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。</td></tr>
<tr><td>■68</td><td>70歳以上の高齢者（後期高齢者・高齢受給者）
の表を右のように訂正</td><td>70歳以上の高齢者（後期高齢者・高齢受給者）
<table>
<tr><th rowspan="2">限度額適用区分※3</th><th rowspan="2">区分（年収）</th><th rowspan="2">一部負担割合</th><th colspan="2">レセプト単位</th></tr>
<tr><th>入院外（個人単位）</th><th>入院外+ 入院（世帯単位）</th></tr>
<tr><td rowspan="2">現役Ⅲ</td><td rowspan="2">年収約1160万円～
健保：標報83万円以上
国保：課税所得690万円以上</td><td rowspan="6">３割</td><td>252,600 円＋（医療費－842,000 円）× １ %</td><td></td></tr>
<tr><td>多数該当：140,100 円</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現役Ⅱ</td><td rowspan="2">年収770万～1160万円
健保：標報53～79万円
国保：課税所得380 万円以上</td><td>167,400 円＋（医療費－558,000 円）× １ %</td><td></td></tr>
<tr><td>多数該当：93,000 円</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現役Ⅰ</td><td rowspan="2">年収370万～770万円
健保：標報28～50万円
国保：課税所得145万円以上</td><td>80,100 円＋（医療費－267,000 円）× １ %</td><td></td></tr>
<tr><td>多数該当：44,400 円</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">一般</td><td rowspan="2">年収156万～約370万円
健保：標報26万円以下
国保：課税所得145万円未満（※４）</td><td rowspan="2">１割又は２割（※１、２）</td><td rowspan="2">18,000 円（※2）（年間上限144,000 円）</td><td>57,600 円</td></tr>
<tr><td>多数該当：44,400 円</td></tr>
<tr><td colspan="2">低所得者Ⅱ</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">8,000 円</td><td>24,600 円</td></tr>
<tr><td colspan="2">低所得者Ⅰ</td><td>15,000 円</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>■70</td><td>左段下から 18 行目</td><td>ただし、７０歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。</td><td>ただし、７０歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに<u>限度額適用区分（イ）（ウ）の方は「限度額適用認定証」が、</u>低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。</td></tr>
<tr><td></td><td>右段７行目の次に追加</td><td colspan="2"><u>(7)　地域国保の都道府県単位化に伴う変更点</u>
<u>2018（平成 30）年４月に国保が都道府県単位化したことに伴い、都道府県国保の一般患者、高齢受給者の高額療養費について、以下の変更があった。</u>
<u>①　被保険者が府内市町村に転居しても、世帯の継続性が認められる場合は、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引き継ぐ（回数がリセットされない）。</u>
<u>②　世帯の継続性は、国保上の世帯主に着目して転居先の市町村が行う。</u>
<u>③　住所移動月においては、自己負担限度額を２分の１に設定</u>
<u>※　以上は患者の申請による。</u></td></tr>
<tr><td>■72</td><td>一部負担金等一覧表</td><td colspan="2">表中、「75 歳以上の誕生月以外（平成 30 年８月１日～）」について、上記 P.68 の「限度額適用区分」同様の追記をする。</td></tr>
<tr><td>105</td><td>中段「褥瘡評価実施加算」欄を右のように訂正</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">点数</th><th>要カルテ記載事項</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>入院基本料</td><td><u>褥瘡評価実施加算</u></td><td><u>【ADL 区分 3 の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】</u>
<u>「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付（今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容）</u></td></tr>
</table>
</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">点数</th><th>要カルテ記載事項</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>入院基本料</td><td><u>褥瘡対策加算１，２</u></td><td>【ADL 区分 3 の患者で、<u>「別紙様式 46」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、毎日評価している場合】</u>
<u>褥瘡の状態の評価の結果を「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見直した場合には、その内容。</u></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>448</td><td>左段上から 6 行目</td><td>2　単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合　<u>300 点</u></td><td>2　単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合　<u>320 点</u></td></tr>
<tr><td>598</td><td>左段上から 26 行目</td><td>嫌気性培養加算<u>（118 点）</u></td><td>嫌気性培養加算<u>（115 点）</u></td></tr>
<tr><td>1051</td><td>左段上から 22 行目</td><td>K133　黄色靭帯骨化症手術　脊　<u>28,370 点</u></td><td>K133　黄色靭帯骨化症手術　脊　<u>28,730 点</u></td></tr>
<tr><td>1191</td><td>表中 I012-2 を訂正</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">区分</th><th colspan="2">特別養護老人ホーム（注）</th><th colspan="2">短期入所生活介護</th></tr>
<tr><th>配置医師</th><th>それ以外</th><th>配置医師</th><th>それ以外</th></tr>
<tr><td rowspan="12">特掲診療料</td><td rowspan="2">在宅医療</td><td>在宅療養指導管理材料加算</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td>C200 薬剤
C300 特定保険医療材料</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリ</td><td>疾患別リハビリテーション</td><td colspan="4">○（※ 6 ）</td></tr>
<tr><td>上記以外</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td rowspan="6">精神科専門療法</td><td>I002 通院・在宅精神療法
I003 -2 認知療法・認知行動療法</td><td colspan="4">○
（ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する）</td></tr>
<tr><td>I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ</td><td colspan="2">○（※7）</td><td colspan="2">○（※8）</td></tr>
<tr><td>I012 -2 精神科訪問看護指示料</td><td colspan="2">○（※7）</td><td colspan="2">○（※~~8~~7）</td></tr>
<tr><td>I016 精神科在宅患者支援管理料</td><td colspan="4">○（「1」の「ハ」を除く）</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外</td><td colspan="4">○</td></tr>
<tr><td colspan="2">検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断</td><td colspan="4">○</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>1309</td><td>上の表中、６段目</td><td>
<table>
<tr><td></td><td>入院基本料</td><td></td><td>15～30 日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>急性期一般入院基本料</td><td>急性期一般入院料4</td><td></td><td><u>1,597</u></td></tr>
</table>
</td><td>
<table>
<tr><td></td><td>入院基本料</td><td></td><td>15～30 日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>急性期一般入院基本料</td><td>急性期一般入院料4</td><td></td><td><u>1,579</u></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1316</td><td>右段の下から４行目</td><td>⑹　褥瘡対策加算１又は２を算定した場合は、「摘要」欄に褥対１又は褥対２と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基準に基づくＡＤＬ得点又はランク）及び評価日を記載する。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載する。</td><td>⑹　褥瘡対策加算１又は２を算定した場合は、「摘要」欄に褥対１又は褥対２と表示する。</td></tr>
<tr><td>1360</td><td>（2）算定点数
障害者施設等入院基本料（1 日につき）
右のように訂正</td><td>
<table>
<tr><td colspan="3">入院基本料</td><td></td><td>外泊点数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>90 日超</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">10 対 1
入院基本料</td><td rowspan="2">脳卒中後遺症による
重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>199</td></tr>
<tr><td>特定患者</td><td></td><td>145（129）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">重度意識障害
（脳卒中後遺症）</td><td>医療区分 3</td><td></td><td>199</td></tr>
<tr><td>医療区分 2</td><td></td><td>220</td></tr>
<tr><td>医療区分 1</td><td></td><td>200</td></tr>
<tr><td rowspan="5">13対 1
入院基本料</td><td rowspan="2">脳卒中後遺症による
重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>168</td></tr>
<tr><td>特定患者</td><td></td><td>145（129）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">重度意識障害
（脳卒中後遺症）</td><td>医療区分 3</td><td></td><td>168</td></tr>
<tr><td>医療区分 2</td><td></td><td>198</td></tr>
<tr><td>医療区分 1</td><td></td><td>178</td></tr>
<tr><td rowspan="5">15対 1
入院基本料</td><td rowspan="2">脳卒中後遺症による
重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>147</td></tr>
<tr><td>特定患者</td><td></td><td>145（129）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">重度意識障害
（脳卒中後遺症）</td><td>医療区分 3</td><td></td><td>147</td></tr>
<tr><td>医療区分 2</td><td></td><td>183</td></tr>
<tr><td>医療区分 1</td><td></td><td>163</td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
<tr><td>1364
～
1367</td><td>図表の該当部を別表①に差し替え</td><td colspan="2">別表①参照</td></tr>
<tr><td>1367</td><td>図表下※部分</td><td>※4　7対1入院基本料、10対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。
※7　<s>13対1入院基本料、</s>15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。
※9　18対1入院基本料、20対1入院基本料を算定するものを除く。
<s>※10</s>　精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。
<s>※11</s>　10対1入院基本料、13対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。</td><td>※4　特別入院基本料等を算定するものを除く。また急性期一般入院料7については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。
※7　15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。
※9　特別入院基本料等を算定するものを除く。また地域一般入院料1及び2については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。
※10　13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。
※11　10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料のみ算定可能。
※12　精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。
※13　10対1入院基本料、13対1入院基本料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。</td></tr>
<tr><td>1401</td><td>上から 24 行目</td><td>⑦ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。当該体制については、急性期看護補助体制加算の⑨（⇨Ｐ．1397）と同様とし、看護職員に関する体制については、これに準じる。</td><td>⑦ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備している。当該体制については、急性期看護補助体制加算の⑨（⇨Ｐ．1397）の例による。</td></tr>
<tr><td>1402</td><td>上から 17 行目</td><td>平成28年3月 31 日において…</td><td>平成30年3月31日において…</td></tr>
<tr><td>1413</td><td>上から 26 行目の下に挿入</td><td colspan="2">⑸　看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者である。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えない。なお、院内研修の内容については、療養病棟入院基本料の施設基準〔通知〕の９の⑷（⇨Ｐ．1322）による。</td></tr>
<tr><td>1413</td><td>下から 18 行目</td><td>⑸　当該病棟において、…</td><td>⑹　当該病棟において、…</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1413</td><td>下から９行目の下に挿入</td><td colspan="2">**⑺　看護補助加算1について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る）にあっては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。**</td></tr>
<tr><td>1625</td><td>表中下から２段目</td><td>
<table>
<tr><td></td><td></td><td>医学管理等</td><td>在宅医療</td></tr>
<tr><td>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料</td><td></td><td>×</td><td>△（※25）</td></tr>
</table>
</td><td>
<table>
<tr><td></td><td></td><td>医学管理等</td><td>在宅医療</td></tr>
<tr><td>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料</td><td></td><td>△（※25）</td><td>×</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>1629</td><td>右段下から６行目</td><td>リン脂質、~~遊離脂肪酸~~、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、~~前立腺酸性ホスファターゼ~~、無機リン及びリン酸</td><td>リン脂質、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、無機リン及びリン酸</td></tr>
<tr><td>1767
～
1768</td><td>「「特記事項」欄」を右のように訂正</td><td colspan="2">
13　「特記事項」欄　**(2018 年 8 月以降)**
<table>
<tr><th>コード</th><th>略号</th><th>内　　容</th></tr>
<tr><td>17</td><td>削除
~~上位~~</td><td>（削除）
~~70 歳以上で「標準報酬月額 28 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という）又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く）~~</td></tr>
<tr><td>18</td><td>削除
~~一般~~</td><td>（削除）
~~70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「34」の②に該当する場合を除く）~~</td></tr>
<tr><td>19</td><td>削除
~~低所~~</td><td>（削除）
~~70 歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合~~</td></tr>
<tr><td>22</td><td>削除
~~多上~~</td><td>（削除）
~~70 歳以上で「標準報酬月額 28 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合~~</td></tr>
<tr><td>26</td><td>区ア</td><td>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合
①　（変更なし）
②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある**難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という）に基づく医療受給者証（以下「**特定医療費受給者証**」という）**、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く）
70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合
①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上 ）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合
②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く）</td></tr>
<tr><td>27</td><td>区イ</td><td>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合
①　（変更なし）
②　（変更なし）
70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合
①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合
②「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く）</td></tr>
<tr><td>28</td><td>区ウ</td><td>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合
①　（変更なし）
②　（変更なし）
70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合
①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合
②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

		得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く）
	29	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　（変更なし） ②　（変更なし） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く）
	30	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　（変更なし） ②　（変更なし） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
	31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で（中略）（ 以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という） ②　70 歳以上で「標準報酬月額 83 万以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）
	32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で（中略）特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）
	33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で（中略）特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70 歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）
	34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ①　（変更なし） ②　70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）~~、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合~~

■1769　「※２　適用区分一覧表」を右のように訂正

※２　適用区分一覧表

	受給者証の適用区分	レセプトの特記事項欄への記載	
70 歳未満 高齢受給者 後期高齢者	ア	26　区ア	31　多ア（※多数該当の場合）
	イ	27　区イ	32　多イ（※多数該当の場合）
	ウ	28　区ウ	33　多ウ（※多数該当の場合）
	エ	29　区エ	34　多エ（※多数該当の場合）
	オ	30　区オ	35　多オ（※多数該当の場合。高齢受給者、後期高齢者の場合は、多数回該当はない）

~~高齢受給者・後期高齢者について「特記事項」欄に記載するのは「特定医療」「特定疾患」の患者のみ。~~

※３　医療機関における難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証の提示パターンとレセプトの取扱いについて（平成 30 年８月１日以降、当面の間適用）

【所得区分の受給者証への反映ができている場合】

提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
反映後の受給者証	受給者証の所得区分に応じた記載とする

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン		レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
①	反映前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ	［70 歳未満の場合］特記事項へは記載しない　［70 歳の場合］「29 区エ」を記載する
②	反映前の受給者証＋「3 割」（現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等）	「26 区ア」を記載する
③	反映前の受給者証＋限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定に応じた記載とする

※　本取扱いは、平成 28 年２月２日健難発第 0202 第１号通知「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療に係る高額療養費の支給に係る事務について」及び平成 28 年２月２日健難発 0202 第２号通知「児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る事務について」に基づく内容である。

■ 1779	左段下から	(10)　（削除）　⇒　本文削除する。 (11)　（削除）　⇒　本文削除する。 (12)　（削除）　⇒　本文削除する。 (15)　（削除）　⇒　本文削除する。
■ 1780 ～ 1781	右段３行目	(20)　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載する。 (21)　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には「特記事項」欄に「区イ」と記載する。 (22)　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載する。 (23)　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載する。 (24)　70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。 (25)　70 歳未満において~~(20)における~~「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 83 万以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載す

		る。 （26） 70 歳未満において~~(21)における~~「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載する。 （27） 70 歳未満において~~(28)における~~「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。 （28） 70 歳未満において~~(23)における~~「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において~~で~~「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く ）~~難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合~~には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。 （29） 70 歳未満において~~(24)における~~「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載する。

最新の正誤表については、保団連 HP(http://hodanren.doc-net.or.jp/)でも紹介していきますので、ご確認下さい。

別表①　P1364～1367 の図表

区分番号	項目			点数	算定単位	施設基準	急性	地域	療養	精神	結核	障害者	有床診	有床診療費	掲載頁
A207-3	急性期看護補助体制加算	1	25 対 1(補助 5 割以上)	210	1 日につき	要届出	○※4								P1393
		2	25 対 1(補助 5 割未満)	190											
		3	50 対 1	170											
		4	75 対 1	130											
	夜間急性期看護補助体制加算		夜 30 対 1	+90			急性期看護補助体制加算に加算								
			夜 50 対 1	+85											
			夜 100 対 1	+70											
	夜間看護体制加算			+60											
A212	超重症児（者）入院診療加算		6 歳未満	800	1 日につき	―	○	○	○	○	○	○	○	○	P1406
			6 歳以上	400											
	準超重症児（者）入院診療加算		6 歳未満	200											
			6 歳以上	100											
	救急・在宅重症児（者）受入加算			+200			（準）超重症児（者）入院診療加算に加算								
A213	看護配置加算			25	1 日につき	要届出		○※6		○※1・7	○※1・7	○※8			P1409
A214	看護補助加算	1		129	1 日につき	要届出		○※9		○※1・7	○※1・7	○※7			P1410
		2		104											
		3		76											
	夜間 75 対 1 看護補助加算			+40	1 日につき			○		○※1・10	○※1・10	○※10			
	夜間看護体制加算			+165	入院初日			○		○※1・10	○※1・10	○※10			
A226-2	緩和ケア診療加算			390	1 日につき	要届出	○※1	○※1							P1427
		特定地域		200											
	小児加算			+100			緩和ケア診療加算に加算								
	個別栄養食事管理加算			+70											
A230-3	精神科身体合併症管理加算	1	7 日以内	450	1 日につき	要届出				○※11					P1438
		2	8～10 日	225											
A232	がん拠点病院加算	1	がん診療拠点病院	500	入院初日	基準	○※1	○※1							P1448
			地域がん診療病院	300											
		2	小児がん拠点病院	750											
	ゲノム情報加算			+250			がん拠点病院加算に加算								
A233-2	栄養サポートチーム加算			200	週 1 回	要届出	○※1	○※1	○※2						P1450
		特定地域		100											
	歯科医師連携加算			+50			栄養サポートチーム加算に加算								
A234-2	感染防止対策加算	1		390	入院初日	要届出	○※1	○※1	○※2	○※1	○※3	○	○	○※1	P1460
		2		90											
	感染防止対策地域連携加算			+100			感染防止対策加算 1 に加算								
	抗菌薬適正使用支援加算			+100											
A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算			1,000	退院時 1 回	要届出				※12					P1474
A246	入退院支援加算	1	イ　一般病棟等	600	退院時 1 回	要届出	○※1	○※1					○		P1493
			ロ　療養病棟等	1,200					○※2		○※3	○		○※1	
		2	イ　一般病棟等	190			○※1	○※1					○		
			ロ　療養病棟等	635					○※2		○※3	○		○※1	
		3		1,200			○※1	○※1							
	地域連携診療計画加算			+300			入退院支援加算に加算								
	小児加算			+200		―									
	入院時支援加算			+200											
	入退院支援加算（特定地域）	一般病棟等		95		要届出	○※1	○※1							
		療養病棟等		318					○※1		○※1	○			
A249	精神科急性期医師配置加算			500	1 日につき	要届出				○※13					P1507