

『点数表改定のポイント』2018 年 4 月版 正誤

(2018.7.24 現在)

頁	訂正箇所	誤	正
10	上から 6 行目	…オンライン医学管理料（月 1 回 100 点）、在医総管・ <u>施設総管</u> の…	…オンライン医学管理料（月 1 回 100 点）、在医総管の…
13	下から 16 行目	②ベンゾジアゼピン系薬剤の長期継続処方…	②ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期継続処方…
20	上から 2 行目	ウ. 小児科外来診療料(<u>小児かかりつけ診療料</u>)を届け出ている…	ウ. 小児科外来診療料(19 頁「A000 初診料」の 1. 改定の概要(1)アの①～④のいずれかを届け出ている…
37	下から 5 行目	c 平成 31 年 3 月 31 日までの間、 <u>ア</u> に…	c 平成 31 年 3 月 31 日までの間、 <u>a</u> に…
40	下段の様式の差替え(別紙参照)	様式 1 機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類	別紙様式 47 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書
54	「◇小児特定疾患カウンセリング料」の「併せて算定できないもの」欄	<u>・小児運動器疾患指導管理料</u>	(削除)
54	「◇小児科療養指導料」の「併せて算定できないもの」欄	(右を追記)	<u>・小児運動器疾患指導管理料</u>
85	上から 18 行目	(1) 小児かかりつけ診療料を届け出て…	(1) 小児かかりつけ診療料等を届け出て… 編注 20 頁の正誤と連動して修正。
85	下から 10 行目	(3) …「抗微生物薬適使用の手引き」を…	(3) …「抗微生物薬適正使用の手引き」を…
150	下から 2 行目	3. 別に厚生労働大臣が定める病院等の…	3. 別に厚生労働大臣が定める疾病等の…
152	下から 6 行目	…死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 <u>14</u> 日間…	…死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 <u>15</u> 日間…
196	上から 12～13 行目	③ 呼吸器について3年以上の… ④ 呼吸器について3年以上の…	③ 呼吸器科について3年以上の… ④ 呼吸器科について3年以上の…
197	下から 6～7 行目	(3) 呼吸器について3年以上の… (4) 呼吸器について3年以上の…	(3) 呼吸器科について3年以上の… (4) 呼吸器科について3年以上の…
213	上から 14 行目	<u>キャタピラー</u>	<u>キャピラリー</u>
214	上から 6～14 行目、(1)のイを(2)の文末に移動	(1) 遺伝カウンセリング加算… ア 点数が 500 点引き上げ… <u>イ D015 血漿蛋白免疫学的検査の「21 免疫電気泳動法」が再編されたこととともない「17 免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）」又は「24 免疫電気泳動法（特異抗血清）」を実施した場合に算定できることが明記された。</u> ウ D006-4 遺伝学的検査を… エ 施設基準の医師配置要件が… (2) 免疫電気泳動法診断加算について、院外で作成された免疫電気泳動像を用いた場合でも算定できるとされた。	(1) 遺伝カウンセリング加算… ア 点数が 500 点引き上げ… <u>イ D006-4 遺伝学的検査を…</u> <u>ウ 施設基準の医師配置要件が…</u> (2) 免疫電気泳動法診断加算について、院外で作成された免疫電気泳動像を用いた場合でも算定できるとされた。 <u>「21 免疫電気泳動法」が再編されたこととともない「17 免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）」又は「24 免疫電気泳動法（特異抗血清）」を実施した場合に算定できることが明記された。</u>
220	(c) D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査の概要	<u>(2)「2 mRNA 定量（1 以外のもの）」が 2020 年 3 月 31 日までの間に限り算定できる経過措置の対象とされた。</u>	(削除)
220	(d)D006-3MajorBCR-ABL1 の概要	既存の概要を(1)とした上で、右記を追加。	<u>(2)「2 mRNA 定量（1 以外のもの）」が 2020 年 3 月 31 日までの間に限り算定できる経過措置の対象とされた。</u>
221	上から 1 行目	遺伝性自己症疾患	遺伝性自己炎症疾患
239	下から 4 行目	…実施する際に、血液を 2 ヶ所以上から採取した場合に限り 2 回加算できる。	…実施する際に、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合に加算する。血液を 2 ヶ所以上から採取した場合は 2 回算定できる。
243	上から 5 行目、概要の(2)	(2) D237 終夜睡眠ポリグラフィーの「3 1 及び 2 以外の場合」について、自院からの…	(2) D237 終夜睡眠ポリグラフィーの「3 1 及び 2 以外の場合」が 660 点引き上げられ、3,960 点とされた。また、「1 携帯用装置を使用した場合」及び「2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」について、自院からの…

頁	訂正箇所	誤	正
245	下から 12 行目	(f) D211-3 時間内歩行試験	(f) D211-3 時間内歩行試験 <u>屈</u>
248	下から 4 行目	(e) D231 人工臓臓検査(一連につき)	(e) D231 人工臓臓検査 (一連につき) <u>屈</u>
249	下から 7 行目、 概要の(3)	(3) D237 終夜睡眠ポリグラフィーの「3 1 及び 2 以外 の場合」が 660 点引き上げられ 3,960 点となっ た。また、自院からの依頼で歯科医院機関に…	(3) D237 終夜睡眠ポリグラフィーの「3 1 及び 2 以外 の場合」が 660 点引き上げられ 3,960 点となった。また、 「 <u>1 携帯用装置を使用した場合</u> 」及び「 <u>2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用し た場合</u> 」について、自院からの依頼で…
249	下から 6 行目	歯科医 <u>院</u> 機関…	歯科医 <u>療</u> 機関…
250	上から 1 行目	(a) D235 脳波検査(過呼吸…) <u>屈</u>	(a) D235 脳波検査(過呼吸…)
250	上から 5 行目	(b) D235-2 長期継続頭蓋内…	(b) D235-2 長期継続頭蓋内… <u>屈</u>
250	上から 15 行目	長期脳波ビデオ同時検査1	長期脳波ビデオ同時 <u>記録</u> 検査 1 <u>屈</u>
251	下から 14 行目	脳波検査判断料1	脳波検査判断料1 <u>屈</u>
252	上から 1 行目	(a) D239 筋電図検査 <u>屈</u>	(a) D239 筋電図検査
252	上から 8 行目	連につき) 400 点 →	連につき) <u>屈</u> 400 点 →
252	下から 6 行目	(a) D244-2 補聴器適合検査	(a) D244-2 補聴器適合検査 <u>屈</u>
253	上から 14 行目	…D274 <u>全</u> 房隅角検査	…D274 <u>前</u> 房隅角検査
263	下から 12 行目	(C) コンピューター断層撮影診断料 <u>屈</u>	(C) コンピューター断層撮影診断料
265	下から 9 行目	(b) コンピューター断層診断 <u>屈</u>	(b) コンピューター断層診断
268	上から 10 行目	(3)…使用体制加算について、後発医 <u>療</u> 品	(3)…使用体制加算について、後発医 <u>薬</u> 品
268	下から 17 行目	(ベンゾジアゼピン <u>系薬剤</u> の長期継続…	(ベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> の長期…
268	下から 16 行目	(5)…ベンゾジアゼピン <u>系の薬剤</u> について…	(5)…ベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> につい…
268	下から 7 行目	ゼピン <u>系</u> の抗不安薬・睡眠薬等を…	ゼピン <u>受容体作動薬</u> の抗不安薬・睡眠薬等を…
268	下から 5 行目	…ただし、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤 総合 <u>調整評価</u> 管理料は…	…ただし、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤 総合 <u>評価調整</u> 管理料は…
270	下から 4 行目	(5)…ベンゾジアゼピン <u>系薬剤</u> …	(5)…ベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> …
270	最下行	<u>動</u> 体作動薬について1年以上連続して…	<u>容</u> 体作動薬について1年以上連続して…
271	上から 8 行目	…又はベンゾジアゼピン <u>系</u> の抗不安…	…又はベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> の抗…
271	上から 18 行目	ウ、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合 <u>調 整評価</u> 管理料は算定できない。	ウ、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合 <u>評 価調整</u> 管理料は算定できない。
274	下から 16 行目	…が定める薬剤(ベンゾジアゼピン <u>系薬剤</u>)	…が定める薬剤(ベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u>)
276	下から 18 行目	(5)…ベンゾジアゼピン <u>系薬剤</u> …	(5)…ベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> …
276	下から 7 行目	(6)…又はベンゾジアゼピン <u>系</u> の抗不安…	(6)…又はベンゾジアゼピン <u>受容体作動薬</u> の…
277	上から 4 行目	ウ、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合 <u>調 整評価</u> 管理料は算定できない。	ウ、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合 <u>評 価調整</u> 管理料は算定できない。
280	表中下から 2 行目	エリミ	エリミ <u>ン</u>

頁	訂正箇所	誤	正
290	下段のフローチャート図について、右記の通り修正	＜脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーション料を算定する介護保険のリハビリテーション利用予定者におけるリハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料算定フロー＞ →介護保険のリハビリテーション利用予定者 →それ以外の者 ※1 要件を満たせば電子化連携加算が算定できる。 ※2 目標設定等支援管理シートを作成している場合は、併せて提供する必要がある。 「実施」を削除	
297	下から12行目	(D) H001- 1 廃用症候群リハビリ...	(D) H001- 2 廃用症候群リハビリ...
304	上から6行目	…患者については、必ず (キ) を含める。	…患者については、必ず (コ) を含める。
304	上から16行目	…患者については、必ず (キ) を含める	…患者については、必ず (コ) を含める
326	下から10行目	措置入院後継続加算 (新設)	措置入院後継続 支援 加算 (新設)
336	上から17行目	(2) 専従の作業療法士の要件が…	(6) 専従の作業療法士 等 の要件が…
338	上から8行目	専従の作業療法士の要件が…	専従の作業療法士 等 の要件が…
339	上から3行目	専従の作業療法士の要件が…	専従の作業療法士 等 の要件が…
339	下から15行目	専従の作業療法士の要件が…	専従の作業療法士 等 の要件が…
349	上から9行目	専従の作業療法士の要件が…	専従の作業療法士 等 の要件が…
361	下から10行目	…及び J003 局所陰圧…	…及び J003-2 局所陰圧…
371	下から10行目	イ …その責任者として 選 任の医師又は 選 任の臨床工学技士が…	イ …その責任者として 専 任の医師又は 専 任の臨床工学技士が…
372	上から6～8行目	(9) …医療機関については、 2019 年3月までの間に限り、人工腎臓の算定を開始した翌月から4月間、「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準を満たすものとされた。4月間を経過後又は 2019 年4月以降に…	(9) …医療機関については、 2020 年3月までの間に限り、人工腎臓の算定を開始した翌月から4月間、「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準を満たすものとされた。4月間を経過後又は 2020 年4月以降に…
374	下から2行目	ウ 「1」から「 4 」までにより算定…	ウ 「1」から「 3 」までにより算定…
375	上から2行目	エ 「1」から「 4 」までにより算定…	エ 「1」から「 3 」までにより算定…
375	上から6行目	オ 「1」から「 4 」までにより算定…	オ 「1」から「 3 」までにより算定…
377	下から2行目の上に右を挿入	(2) 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されている。	
479	上から11行目、表	左記 以下 の退院先	左記 以外 の退院先
479	下の表中、「医療機関以外」欄	介護施設病院	介護医療院
484	上から2行目	、 引き続き 平均在院日数の	、平均在院日数の
489	上から16行目	計算対象から 引き続き 除外	計算対象から除外
494	上から1行目	計算対象から 引き続き 除外	計算対象から除外
509	(1)イの表の下、2つ目の※印	※ 急性期一般入院料2又は3の届出病棟で… 詳細は改定の概要 (11) を参照のこと。	※ 急性期一般入院料2又は3の届出病棟で… 詳細は改定の概要 (10) を参照のこと。

頁	訂正箇所	誤					正																																																					
510	下から17行目	(10) 2018年3月31日に…重症度、医療・看護必要度Ⅰを使用できる。なお、その場合満たさなければならない該当患者割合は「急性期一般入院料2でⅠ：27%以上、Ⅱ：22%以上」「急性期一般入院料3でⅠ：26%以上、Ⅱ：21%以上」である。					(10) 2018年3月31日に…重症度、医療・看護必要度Ⅰを使用できる。なお、その場合満たさなければならない該当患者割合は「急性期一般入院料2で27%以上」「急性期一般入院料3で26%以上」である。																																																					
510	下から14行目	急性期一般入院基本料（許可病床数 200 床以上の保険医療機関に限る）の					急性期一般入院基本料の																																																					
515	上から5行目、11行目	A101 療養病棟入院基本料 1					A101 療養病棟入院料 1																																																					
518	上から14行目	(3) 当該保険医療機関が、過去1年間に…					(3) 一般病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該保険医療機関が、過去1年間に…																																																					
524	上の表中、下から4～5行目	<table><tr><td rowspan="2">地域一般入院基本料</td><td rowspan="2">地域一般入院料3</td><td rowspan="2">看護師7割以上</td><td>加算有</td><td>1,572</td><td rowspan="2">1,164</td><td rowspan="2">972</td></tr><tr><td>加算無</td><td>1,422</td></tr></table>					地域一般入院基本料	地域一般入院料3	看護師7割以上	加算有	1,572	1,164	972	加算無	1,422	<table><tr><td rowspan="2">地域一般入院基本料</td><td rowspan="2">地域一般入院料3</td><td rowspan="2">看護師7割以上</td><td>加算有</td><td>1,585</td><td rowspan="2">1,177</td><td rowspan="2">985</td></tr><tr><td>加算無</td><td>1,435</td></tr></table>					地域一般入院基本料	地域一般入院料3	看護師7割以上	加算有	1,585	1,177	985	加算無	1,435																															
地域一般入院基本料	地域一般入院料3	看護師7割以上	加算有	1,572	1,164	972																																																						
			加算無	1,422																																																								
地域一般入院基本料	地域一般入院料3	看護師7割以上	加算有	1,585	1,177	985																																																						
			加算無	1,435																																																								
526	表の下段【新点数】の【経過措置1】の点数欄	<table><tr><td>点数(A～I)</td><td>1810～800</td><td>1745～735</td><td>1629～720</td><td>1369～588</td></tr></table>					点数(A～I)	1810～800	1745～735	1629～720	1369～588	<table><tr><td>点数(A～I)</td><td>1810～800</td><td>1745～735</td><td>1571～661</td><td>1369～588</td></tr></table>					点数(A～I)	1810～800	1745～735	1571～661	1369～588																																							
点数(A～I)	1810～800	1745～735	1629～720	1369～588																																																								
点数(A～I)	1810～800	1745～735	1571～661	1369～588																																																								
543	上の①表中、7月4日の矢印の方向	<table><tr><td></td><td>7月1日</td><td>7月2日</td><td>7月3日</td><td>7月4日</td></tr><tr><td>DESIGN-Rの合計点</td><td>4点 ↗</td><td>3点 →</td><td>2点 ↘</td><td>3点 ↘</td></tr><tr><td>加算</td><td>加算2</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>算定不可</td></tr></table>						7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 ↘	加算	加算2	加算1	加算1	算定不可	<table><tr><td></td><td>7月1日</td><td>7月2日</td><td>7月3日</td><td>7月4日</td></tr><tr><td>DESIGN-Rの合計点</td><td>4点 ↗</td><td>3点 →</td><td>2点 ↘</td><td>3点 →</td></tr><tr><td>加算</td><td>加算2</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>算定不可</td></tr></table>						7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 →	加算	加算2	加算1	加算1	算定不可																			
	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日																																																								
DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 ↘																																																								
加算	加算2	加算1	加算1	算定不可																																																								
	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日																																																								
DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 →																																																								
加算	加算2	加算1	加算1	算定不可																																																								
543	下の②表中、7月2～4日の矢印の方向	<table><tr><td></td><td>7月1日</td><td>7月2日</td><td>7月3日</td><td>7月4日</td></tr><tr><td>DESIGN-Rの合計点</td><td>4点 ↗</td><td>3点 →</td><td>2点 ↘</td><td>3点 ↘</td></tr><tr><td>加算</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>算定不可</td></tr></table>						7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 ↘	加算	加算1	加算1	加算1	算定不可	<table><tr><td></td><td>7月1日</td><td>7月2日</td><td>7月3日</td><td>7月4日</td></tr><tr><td>DESIGN-Rの合計点</td><td>4点 ↗</td><td>3点 ↗</td><td>2点 ↗</td><td>3点 ↗</td></tr><tr><td>加算</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>加算1</td><td>算定不可</td></tr></table>						7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 ↗	2点 ↗	3点 ↗	加算	加算1	加算1	加算1	算定不可																			
	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日																																																								
DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →	2点 ↘	3点 ↘																																																								
加算	加算1	加算1	加算1	算定不可																																																								
	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日																																																								
DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 ↗	2点 ↗	3点 ↗																																																								
加算	加算1	加算1	加算1	算定不可																																																								
551	中央の表中、下から7～3行目を右記に差し替え	<table><tr><th colspan="2">入院基本料</th><th>14日以内</th><th>15～30日</th><th>31～60日</th><th>61～90日</th><th>91日以上</th></tr><tr><td rowspan="2">15 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,385</td><td>1,285</td><td>1,185</td><td>1,085</td><td>985</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,360</td><td>1,260</td><td>1,160</td><td>1,060</td><td>960</td></tr><tr><td rowspan="2">18 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,247</td><td>1,147</td><td>1,047</td><td>947</td><td>847</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,222</td><td>1,122</td><td>1,022</td><td>922</td><td>822</td></tr><tr><td rowspan="2">20 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,200</td><td>1,100</td><td>1,000</td><td>900</td><td>800</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,175</td><td>1,075</td><td>975</td><td>875</td><td>775</td></tr></table>					入院基本料		14日以内	15～30日	31～60日	61～90日	91日以上	15 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,385	1,285	1,185	1,085	985	看護師4割以上	1,360	1,260	1,160	1,060	960	18 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,247	1,147	1,047	947	847	看護師4割以上	1,222	1,122	1,022	922	822	20 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,200	1,100	1,000	900	800	看護師4割以上	1,175	1,075	975	875	775								
入院基本料		14日以内	15～30日	31～60日	61～90日	91日以上																																																						
15 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,385	1,285	1,185	1,085	985																																																						
	看護師4割以上	1,360	1,260	1,160	1,060	960																																																						
18 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,247	1,147	1,047	947	847																																																						
	看護師4割以上	1,222	1,122	1,022	922	822																																																						
20 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,200	1,100	1,000	900	800																																																						
	看護師4割以上	1,175	1,075	975	875	775																																																						
556	中央の表中、上から3～8行目を右記に差し替え	<table><tr><th colspan="2">入院基本料</th><th>14日以内</th><th>15～30日</th><th>31～90日</th><th>91～180日</th><th>180～1年</th><th>1年超</th></tr><tr><td rowspan="2">15 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,314</td><td>1,099</td><td>974</td><td>859</td><td>852</td><td>849</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,289</td><td>1,074</td><td>949</td><td>834</td><td>827</td><td>824</td></tr><tr><td rowspan="2">18 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,225</td><td>1,010</td><td>885</td><td>770</td><td>763</td><td>760</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,200</td><td>985</td><td>860</td><td>745</td><td>738</td><td>735</td></tr><tr><td rowspan="2">20 対 1 入院基本料</td><td>看護師7割以上</td><td>1,170</td><td>955</td><td>830</td><td>715</td><td>708</td><td>705</td></tr><tr><td>看護師4割以上</td><td>1,145</td><td>930</td><td>805</td><td>690</td><td>683</td><td>680</td></tr></table>					入院基本料		14日以内	15～30日	31～90日	91～180日	180～1年	1年超	15 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,314	1,099	974	859	852	849	看護師4割以上	1,289	1,074	949	834	827	824	18 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,225	1,010	885	770	763	760	看護師4割以上	1,200	985	860	745	738	735	20 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,170	955	830	715	708	705	看護師4割以上	1,145	930	805	690	683	680	
入院基本料		14日以内	15～30日	31～90日	91～180日	180～1年	1年超																																																					
15 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,314	1,099	974	859	852	849																																																					
	看護師4割以上	1,289	1,074	949	834	827	824																																																					
18 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,225	1,010	885	770	763	760																																																					
	看護師4割以上	1,200	985	860	745	738	735																																																					
20 対 1 入院基本料	看護師7割以上	1,170	955	830	715	708	705																																																					
	看護師4割以上	1,145	930	805	690	683	680																																																					
557	上から10行目	(看護補助加算・看護体制加算(7対1、10対1))			(看護補助加算・夜間看護体制加算(7対1、10対1))																																																							

頁	訂正箇所	誤				正			
563	下から 7 行目	13 対 1 入院基本料	30 対 1 50 対 1 75 対 1	+109 + 84 + 56	13 対 1 入院基本料	30 対 1 50 対 1 75 対 1	+129 +104 + 76		
		15 対 1 入院基本料	30 対 1 50 対 1 75 対 1 看護配置加算 7 割	+109 + 84 + 56 +12	15 対 1 入院基本料	30 対 1 50 対 1 75 対 1 看護配置加算 7 割	+129 +104 + 76 +12		
565	下から 10 行目	対象となる病院 <u>7 対 1 入院基本料</u> の在宅復帰・病床機能連携率				対象となる病院 <u>急性期一般入院料 1</u> の在宅復帰・病床機能連携率			
571	下から3行目	対象となる病院 急性期一般入院料 1 の在宅復帰・病床機能連携率 <u>7 対 1 入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率</u>				対象となる病院 急性期一般入院料 1 の在宅復帰・病床機能連携率			
580	下から 18 行目	重症度、医療看護必要度Ⅱ				重症度、医療・看護必要度Ⅱ			
586	上から 14 行目	(2) A206 在宅患者緊急入院加算				(2) A206 在宅患者緊急入院 <u>診療</u> 加算			
586	3.留意事項の 上に挿入	【経過措置】平成 31 年 3 月 31 日までの間における区分番号 A206 の注 2 については、「400 床」とあるのは、「500 床」とする。							
595	上から 3 行目	急性期一般入院料 1～ <u>6</u> は				急性期一般入院料 1～ <u>7</u> は			
595	下から 7 行目	<u>30 点 (+15 点)</u>				<u>30 点</u>			
595	上から 13 行目の 右記を削除し、 以下番号繰り上げ	(7) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、①日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること、②身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること、などが必要となった。							
599	上から 4 行目	(1) 看護補助加算 1 を算定する場合、地域一般入院料 1 及び 2、13 対 1 入院基本料において <u>13 対 1 入院基本料</u> 一般病棟用の重症度、…				(1) 看護補助加算 1 を算定する場合、地域一般入院料 1 及び 2、13 対 1 入院基本料において一般病棟用の重症度、…			
622	上から 12 行目	ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期 <u>間</u> 持続的な使用が必要であるもの				ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期 <u>かつ</u> 持続的な使用が必要であるもの			
628	上から 1 行目	<u>一般病棟入院基本料 (10 対 1)</u>				<u>急性期一般入院基本料</u>			
628	上から 3 行目	<u>一般病棟入院基本料 (10 対 1)</u>				<u>一般病棟 10 対 1 入院基本料 (200 床未満)</u>			
628	上から 18 行目	…患者に係るデータを <u>提出することとされた。</u>				…患者に係るデータを <u>を引き続き提出する。</u>			
668	上から 22 行目の 小見出し	<u>(経過処置)</u>				<u>(経過措置)</u>			
685	上から1、2行目	7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038 点(<u>据え置き</u>) (生活療養を受ける場合 2,024 点(<u>据え置き</u>))				7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038 点(<u>-20 点</u>) (生活療養を受ける場合 2,024 点(<u>-20 点</u>))			
701	上から 13 行目	非定型 <u>向</u> 精神薬加算				非定型 <u>抗精神病</u> 薬加算			
706	下から 3 行目	非定型 <u>向</u> 精神薬加算				非定型 <u>抗精神病</u> 薬加算			
708	上から 15 行目	非定型 <u>向</u> 精神薬加算				非定型 <u>抗精神病</u> 薬加算			
715	上から 10 行目の 右記を削除	(6) 新たな施設基準として、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置し、患者に対する行動制限を最小限に留めることが必要とされた。							
712	上から 12 行目	非定型 <u>向</u> 精神薬加算				非定型 <u>抗精神病</u> 薬加算			
730	上から 18 行目	、 <u>引き続き</u> 平均在院日数と				、平均在院日数と			
736	上から 2 つ目の 表中、3～6 行 目を右に差し替 え	低所得者（住民税 非課税世帯）	70 歳未満	90 日以内	1 食につき 210 円				
				90 日超	1 食につき 160 円				
			70 歳以上	低所得者Ⅱ	90 日以内	1 食につき 210 円			
					90 日超	<u>1 食につき 160 円</u>			
				低所得者Ⅰ	1 食につき 100 円				
736	上から 2 つ目の 表中、一番下の 行	精神病床経過措置（2015 年 4 月 1 日以前から 2016 年 4 月 1 日まで精神病床に入院していた患者が退院するまでの間）		1 食につ き <u>210</u> 円	精神病床経過措置（2015 年 4 月 1 日以前から 2016 年 4 月 1 日まで精神病床に入院していた患者が退院するまでの間）		1 食につ き <u>260</u> 円		

頁	訂正箇所	誤	正						
736	上から3つ目の表中、下から2行目	<table><tr><td>食堂加算((1)、(2)に加算)</td><td>1日につき50円</td><td></td></tr></table>	食堂加算((1)、(2)に加算)	1日につき50円		<table><tr><td>食堂加算((1)、(2)に加算)※</td><td>1日につき50円</td><td></td></tr></table> 編注：欄外に以下を追記。 ※食堂加算は、診療所に限り算定可（診療所療養病床療養環境加算を算定する場合は算定不可）。	食堂加算((1)、(2)に加算)※	1日につき50円	
食堂加算((1)、(2)に加算)	1日につき50円								
食堂加算((1)、(2)に加算)※	1日につき50円								
736	下から5行目、「①食費」表中	<table><tr><td>難病患者</td><td>0円</td></tr></table>	難病患者	0円	<u>(削除)</u>				
難病患者	0円								
571	下から3行目	<table><tr><td>対象となる病院</td></tr><tr><td>急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr><tr><td>7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr></table>	対象となる病院	急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率	7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率	<table><tr><td>対象となる病院</td></tr><tr><td>急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr></table>	対象となる病院	急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率	
対象となる病院									
急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率									
7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率									
対象となる病院									
急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率									
736	下から2、3行目「②居住費」の表中	<table><tr><td>下記以外（一般所得者及び住民税非課税者を含む）</td></tr><tr><td>低所得者Ⅰ 老齢福祉年金受給者、境界層該当者</td></tr></table>	下記以外（一般所得者及び 住民税非課税者 を含む）	低所得者Ⅰ 老齢福祉年金受給者、境界層該当者	<table><tr><td>下記以外（一般所得者及び低所得者Ⅰ、Ⅱを含む）</td></tr><tr><td>老齢福祉年金受給者、境界層該当者</td></tr></table>	下記以外（一般所得者及び 低所得者Ⅰ、Ⅱ を含む）	老齢福祉年金受給者、境界層該当者		
下記以外（一般所得者及び 住民税非課税者 を含む）									
低所得者Ⅰ 老齢福祉年金受給者、境界層該当者									
下記以外（一般所得者及び 低所得者Ⅰ、Ⅱ を含む）									
老齢福祉年金受給者、境界層該当者									
571	下から3行目	<table><tr><td>対象となる病院</td></tr><tr><td>急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr><tr><td>7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr></table>	対象となる病院	急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率	7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率	<table><tr><td>対象となる病院</td></tr><tr><td>急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率</td></tr></table>	対象となる病院	急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率	
対象となる病院									
急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率									
7対1入院基本料の在宅復帰・病床機能連携率									
対象となる病院									
急性期一般入院料1の在宅復帰・病床機能連携率									
737	下から15行目	受理書が送付されるので、医療機関で保管しておく。	受理番号が通知される。						
738	上から5行目	B001-2-9 地域包括診療料1（診療所）	<u>(削除)</u> 編注「常勤換算2名以上の医師が配置され、うち1名以上が常勤医師」との要件のため、ここからは削除。						
754	上部枠囲み内記述1行目	…現在出されていないため、第3部は…	…現在出されていないため、第2部は…						
771	上から3行目の右記を削除	<u>(介護療養型医療施設の廃止と短期入所の取り扱い)</u>							

※厚労省による追加通知・告示等により、『点数表改定のポイント』の内容が変更となる場合があります。
保団連 HP (<https://hodanren.doc-net.or.jp/>) に、最新の正誤表を掲載しますので、ご確認ください。

〈別紙〉

(別紙様式 47)

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

当院では、「地域包括診療加算」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院

●●●—●●●—●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

『点数表改定のポイント』2018年4月版 追補

(2018.7.24 現在)

3月30日以降に示された厚労省通達（官報及び通知の訂正事務連絡や疑義解釈等）による追補表です。

頁	訂正箇所	誤	正
■48	様式1	【編注】様式1「機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類」の様式が訂正された。訂正後の様式は本誌『新点数・介護報酬Q&A』の資料1を参照されたい。	
■72	下から12行目に挿入	2.留意事項 14 高度難聴指導管理料 (1)高度難聴指導管理料は、K328人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすに適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。	
■75	下から8行目に挿入	2.留意事項 23 がん患者指導管理料 (1) がん患者指導管理料イ イ当該患者についてB005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及びB005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。	
■85	上から12行目の下に右記を追加	<u>(3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしている。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)（編注）総合入院体制加算2の該当箇所を指す）と同様である。</u>	
■85	上から15行目の下に右記を追加	<u>(3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。</u>	
■86	下から6行目の上に挿入	(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、A000初診料、A001再診料及びA002外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、 <u>A000初診料の機能強化加算</u> 、B001-2-2地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-5院内トリアージ実施料、B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料、B010診療情報提供料(Ⅱ)並びにC000往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。	
■89	下から7行目の上に挿入	3.留意事項 (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係るA000初診料、A001再診料、 又はA002外来診療料 <u>又はA003オンライン診療料</u> は算定できないものとし、当該7日間は、A000初診料、A001再診料、 又はA002外来診療料 <u>又はA003オンライン診療料</u> を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。 (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係るA000初診料、A001再診料、又はA002外来診療料又はA003オンライン診療料は算定できないものとし、当該14日間はA000初診料、A001再診料、又はA002外来診療料又はA003オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。	
■90	上から5行目の下に挿入	3.留意事項 (1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係るA000初診料、A001再診料、 又はA002外来診療料 <u>又はA003オンライン診療料</u> は算定できないものとし、当該7日間は、A000初診料、A001再診料、 又はA002外来診療料 <u>又はA003オンライン診療料</u> を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。	
■90	上から14行目	…兼任することができる。	…兼任することができる。 <u>なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。</u>
■94	上から7行目	…ない。	…ない。 <u>なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。</u>
■152	下から3行目	…「人生の最終段階における医療の決定…」	…「人生の最終段階における医療・ケア」の決定… 【編注】以降の同様の修正は省略します。
■153	下から4行目	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料の <u>同一建物居住者ターミナルケア加算</u> 又は連携する
■164	下から9行目	…に掲げる処置のうち、ワからマのうち…	…に掲げる処置のうち、ワから <u>ケ</u> のうち…
■165	下から15～16行目	…できない。 <u>ただし、対面診療とオンライン診療を同月に行った場合は、オンライン在宅管理料は</u>	…できない。

		<u>算定できない。(※通知の誤りと思われる)</u>	
■176	下から 1 行目 の上に挿入	(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 ○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を 使用装着 している 状態患者	
■182	下から 7 行目	…在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」を算定すべき訪問診療…	…在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」 又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」 を算定すべき訪問診療…
■184	下から 3 行目 の上に挿入	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、 (5)←(4) の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。 ア～エ(略)	
■201	下から 15 行目 の上に挿入	(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「 在宅における 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。	
■224	下から 6 行目	イ …の経験を常勤の医師が配置…	イ …の経験を 有する 常勤の医師が配置…
■224	最下行	…届出は、別添 2 の様式 23 の 2 を…	…届出は、別添 2 の 様式 4 及び 様式 23 の 2 を…
■227	下から 5 行目	CLIA 法又は CLIEA 法により	CLIA 法又は CLEIA 法により
■229	上から 8 行目 に挿入	(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント(NT-proBNP) ア (略) イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、「 1 6←8 」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。 ウ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日 、「16」の脳性 Na 利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント (NT-proBNP) 又は「43」の心房性 Na 利尿ペプチド(ANP)のうち 2 項目以上を併せて実施した場合は、各々の併せて当該検査の実施日 を 摘要欄 に記載する。	
■260	下から 2 行目	ELISA 法による IL-10 と	ELISA 法による IL-10 濃度 と
■263	上から 7 行目	高安動脈炎等の大型血 脈 炎において…	高安動脈炎等の大型血 管 炎において…
■263	上から 11 行目	…動脈炎等の大型 動脈 炎の診断に用いる…	…動脈炎等の大型 血管 炎の診断に用いる…
■263	下から 15 行目	高安動脈炎等の大型血 脈 炎において…	高安動脈炎等の大型血 管 炎において…
■274	上から 22 行目	…以上、 75%以上 又は 8574%以上 である…	…以上、 75%以上 又は 8570% である…
■279	上から 17 行目	…については、F100 処方料の(6)に準じる…	…については、F100 処方料の(6) 及び(7) に準じる…
■291	上から 2 行目	…にかかわらず、区分番号 H001 の注 4 の後段…	…にかかわらず、 入院外の患者に対する H001 の注 4…
■294	上から 9 行目	(8) 理学療法士等が、車椅子上での姿勢…	(8) 理学療法士 又は作業療法士 等が、車椅子…
■294	上から 19～20 行目	(10)…要介護被保険者等である 患者場合 については、 平成 31 年 4 月 31 日までの間に限り 、「注 4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、…	(10)…要介護被保険者等である 患者場合 については、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。 入院中の患者以外の患者については平成 31 年 4 月 1 日以降は「注 4」の対象とならない。 ただ…
■298	上から 4 行目	(8) 理学療法士等が、車椅子上での…	(8) 理学療法士 又は作業療法士 等が、車椅子…
■298	上から 13 行目	(9) 9 …要介護被保険者等である 患者場合 については、 平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り 、「注 4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、…	(9) 9 …要介護被保険者等である 患者場合 については、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。 入院中の患者以外の患者については平成 31 年 4 月 1 日以降は「注 4」の対象とならない。 ただ…
■299	上から 13 行目	(8) 理学療法士等が、車椅子上での…	(8) 理学療法士 又は作業療法士 等が、車椅子…
■299	上から 23～24 行目	(11) 10 …要介護被保険者等である 患者場合 については、 平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り 、「注 4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、…	(11) 10 …要介護被保険者等である 患者場合 については、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。 入院中の患者以外の患者については平成 31 年 4 月 1 日以降は「注 4」の対象とならない。 ただし、…
■306	下から 16 行目	イ …記載する様式(回復期リハビリテーション入院料1を算定する患者については、必ず (ト) を含める)	イ …記載する様式(回復期リハビリテーション 病棟 入院料1を算定する患者については、必ず (又) を含める)

■306	下から 9 行目	…その他の従事者等が担う具体的…	…その他の従事者が担う具体的…
■315	下から 8～9 行目	…が週 24 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（次の要件を全て満たす医師に限る）、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ…	…が週 24 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（次の要件を全て満たす医師に限る）、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る）をそれぞれ…
■318	別紙様式 21 の 6	【編注】別紙様式 21 の 6「リハビリテーション計画書」の様式が訂正された。訂正後の様式は本誌『新点数・介護報酬 Q&A』の資料 1 を参照されたい。	
■328	上から 3 行目	…精神症状を伴う脳器質性障害…	…精神症状を伴う脳器質性障害があるもの…
■333	上から 3 行目に挿入	(2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって 30 分を超えて治療が行われた場合（「 23 」において、看護師により 30 分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により 5 分以上の面接が行われた場合を含む）に算定する。	
■353	下から 2 行目	(2) 「1」及び「2」のイについては、…	(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、…
■354	上から 9 行目	…届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）の…	…届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の…
■354	上から 13 行目	(3) 「1」及び「2」のロについては、…	(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、…
■354	上から 16 行目	(5) 「1」及び「2」のイは、…	(5) 「1」のイ及び「2」のイは、…
■354	下から 16 行目	(6) 「1」及び「2」のロは、…	(6) 「1」のロ及び「2」のロは、…
■355	下から 12 行目	…また、説明に用いた文書の写しを添付する。	…また、説明に用いた文書の写しを診療録に添付する。
■356	上から 9～10 行目	イ …ことはできない。ただし、 <u>対面診療とオンライン診療を同月に行った場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。</u> （編注：「ただし」以降は、通知の誤りと思われる）	イ …ことはできない。
■383	上から 6 行目の下に右記を挿入	J117 鋼線等による直達牽引 (3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引（ <u>2 日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む</u> ）の所定点数のみにより算定する。	
■385	様式 87 の 4	【編注】様式 87 の 4「人工臓器の施設基準に係る届出書添付書類」の様式が一部訂正されたため、地方厚生局の HP 等で最新版を確認されたい。	
■393	右段、下から 12 行目	…K656-2、 <u>K664-3</u> 、K665 の 2、…	…K656-2、K665 の 2、…
■396	上から 5 行目	…に限る）、 <u>薬剤投与用胃瘻造設術</u> 、胃瘻閉鎖…	…を用いる場合に限る）、胃瘻閉鎖術（内視鏡…
■396	下から 9 行目	…（プレートのあるもの）、網膜付着組織を含む硝子体切除術…	…（プレートのあるもの）、 <u>水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u> ）、網膜付着組織を含む硝子体…
■410	下から 20 行目の上に挿入	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む） (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。 例1 第 10 胸椎から第 12 胸椎までの後方固定及び第 11 胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例 下記ア及びイを合算した点数を算定する。 ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数 イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数 <u>ウ 「5」椎弓切除の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数</u>	
■412	下から 16～21 行目	(1) 「注2」に規定する <u>ハイフロー</u> バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、 <u>上肢又は下肢</u> から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。 (2) 「注3」に規定する <u>ローフロー</u> バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、 <u>頭皮</u> から採取した…	(1) 「注2」に規定する <u>ローフロー</u> バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、 <u>頭皮</u> から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。 (2) 「注3」に規定する <u>ハイフロー</u> バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、 <u>上肢又は下肢</u> から採取した…
■428	上から 17 行目の次に右記を挿入	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 (2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料 114 の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」並びに <u>特定保険医療材料 123 の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」及び「アブレーション機能付き」</u> については算定できない。	
■430	上から 16 行目	<u>（略）</u>	ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式 24 <u>及び様式 52</u> を用いる。
■442	「2.留意事項」	K783 経尿道的尿管狭窄拡張術、K783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント抜去	

	に挿入	術、K785 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K794-2 経尿道的尿管瘤切除術、K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K798-2 経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)、K800-2 経尿道的電気凝固術、K803 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K817 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、 K821 尿道狭窄内視鏡手術 内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	
■442	「2.留意事項」の一番下に挿入	K821 尿道狭窄内視鏡手術 内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	
■446	下から15行目	…年間20例以上実施しているおり、そのう…	…年間20例以上実施しており、そのうち…
■453	下から5行目	…K529の1、K529の2、K529-2及び…	…K529の1、K529の2、K529-2、 K529-3 及び…
■458	上から3行目に右記を追加	(12) 麻酔の実施時間 ア～イ(略) ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。 (イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。 (ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。 (ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。 (ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。 例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合 ① 最初に仰臥位で10分間 ② 次に伏臥位で2時間30分間 ③ 最後に仰臥位で20分間 の計3時間の麻酔を行った場合 基本となる2時間に②の2時間を充当 9,050-9,150 点 ②の残り30分の加算 900点 仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点 算定点数 10,550-10,650 点	
■462	上から5行目	(5) …を用いたシステムを利用し、放射線治療 実施 施設とは異なる施設の医師等による支援…	(5) …を用いたシステムを利用し、放射線治療 を行う 施設と 連携した放射線治療を支援する 施設の…
■464	下から4行目	ウ「注6」の 前立腺癌に対して行う場合 は、強度変調放射線治療…	ウ「注6」の 1回線量増加加算 は、強度変調放射線治療…
■466	上から9行目に、挿入	(4) 体外照射呼吸性移動対策加算 【通知】 (1)～(3)(略) (4) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されている。 ア 呼吸性移動が10mm以上の腫瘍(左乳癌に対して行う場合は、標的)に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置 イ 実際の照射野内に腫瘍(左乳癌に対して行う場合は、標的)が含まれていることを毎回の照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置 (5)(略)	
■466	上から19行目に挿入	(5)「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、 又は肝がん又は腎がん に対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動(量)を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証する。	
■466	上から19行目の下に挿入	2. 施設基準 1 定位放射線治療呼吸性移動対策加算(動体追尾法) (1)(略) (2) 体外照射呼吸性移動対策加算の(2)から(5)までを満たす。 ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。 2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算(その他のもの) 体外照射呼吸性移動対策加算の(1)から(5)までを満たす。 ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。	
■500	下から17行目	(地域一般入院料1、看護必要度加算及び…	(看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算)
■501	下から9行目に追加	…届出を略することができる。 なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出る。	

■501	下から 2 行目の上を挿入	(6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な看取りに対する指針」の届出については、別添 7 の様式 5 の 6 を用いる。									
■502	評価の手引き	【編注】「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」が、平成 30 年 4 月 25 日付厚労省事務連絡「平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」にて、一部文言修正された。変更箇所については、厚労省 HP にて当該事務連絡を確認されたい。									
■503	様式 9	【編注】様式 9「入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類」の様式が訂正された。訂正後の様式は本誌『新点数・介護報酬 Q&A』の資料 1 を参照されたい。									
■515	上から 21 行目 (1042) を差し替え	(1042) 「注 11」の規定により、A101 療養病棟入院料 1 の入院料 A から入院料 F のいずれかを算定する場合にあっては、定期的(少なくとも月に 1 回)に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式 2 又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておく。また、疾患及び状態等並びに A-D-L の判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出する。									
■513	下から 6 行目	「注 2」の特別入院基本料等及び「注 7」					「注 2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注 7」				
■519	下から 22 行目	4 の 7 地域一般入院料 1、看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する…					4 の 7 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する…				
■519	下から 16～19 行目	(1) 10 対 1 入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)又は、地域一般入院基本料(地域一般入院料 1 に限る)及び 13 対 1 入院基本料(一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る)を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っている。…					(1) 10 対 1 入院基本料(一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)又は及び 13 対 1 入院基本料(一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る)を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II (13 対 1 入院基本料(専門病院入院基本料に限る)にあっては I に限る)に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っている。…				
■520	上から 17 行目を差し替え	(6) 看護必要度加算の経過措置について、平成 30 年 3 月 31 日において、現に看護必要度加算 1、2 又は 3 を算定するものにあっては、平成 30 年 9 月 30 日まではそれぞれ平成 30 年度改定後の急性期一般入院料 4、5 若しくは 6 又は看護必要度加算 1、2 若しくは又は 3 (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)の基準を満たすものとみなす。									
■526	上から 12 行目	ア 看護職員配置 25 対 1 以上であって、…で算定する。 ①看護職員配置 20 対 1 以上 ②医療区分 2・3 の患者割合 5 割以上					ア 看護職員配置 25 対 1 以上及び看護補助配置 25 対 1 以上であって、…で算定する。 ①看護職員配置 20 対 1 以上もしくは看護補助配置 20 対 1 以上 ②…				
■526	下から 7 行目	区分	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2	注 11 (2 の 90%)	注 12 (2 の 80%)	区分	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2	注 11 (2 の 90%)	注 12 (2 の 80%)
		看護職員配置	20 対 1 以上		25 対 1 以上	30 対 1 以上	看護職員配置	20 対 1 以上		25 対 1 以上※ 3	30 対 1 以上
		看護補助者配置	20 対 1 以上			25 対 1 以上	看護補助者配置	20 対 1 以上		25 対 1 以上※ 4	25 対 1 以上
■533	上から 15 行目	その内容を診療録等に記載する。					その内容を診療録等に記載する。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。				
■533	上から 20 行目	実績点より上回った日に算定する。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。					実績点より上回った日に算定する。				
■533	下から 11 行目	14 日を限度に算定できる。					14 日を限度に算定できる。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。				
■534	上から 9 行目	算定できないものとする。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。					算定できないものとする。				
■537	上から 14 行目	…イの①又は④ハに掲げる基準					…イの①若しくは③又は④ハに掲げる基準				
■537	上から 23 行目の下に挿入	ハ 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上である。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、1 日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以下である。									

■540	上から 3 行目	(3) …に資する体制について、 <u>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については、平成 31 年 3 月…</u>	(3) …改善に資する体制について、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしている…
■541	最下行に追加	(3) 療養病棟入院基本料の注 13 に規定する…、様式 13 の 3 の届出を略することができる。なお、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては、平成 30 年度改定後の基準で届け出る。	
■542	上から 8 行目の下に追加	(6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な看取りに対する指針」の届出については、別添 7 の様式 5 の 6 を用いる。	
■562	下から 9 行目の上に挿入	(8) (1) から (4) まで、(6) 及び (7) の留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の (3) と同様である。	
■567	上から 8 行目に挿入	(12) A109 の入院基本料 A、入院基本料 B 又は入院基本料 C のいずれかの算定に当たっては、定期的(少なくとも月に 1 回)に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式 2 又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておく。 更に、疾患及び状態等並びに A-D-L の判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出する。	
■576	様式 12 の 3	【編注】様式 12 の 3 「有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る届出書添付書類」の様式が訂正された。訂正後の様式は本誌『新点数・介護報酬 Q&A』の資料 1 を参照されたい。	
■594	上から 13 行目に追加	なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、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については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たす。	
■597	上から 20 行目	…別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例(編注：療養病棟入院基本料の注 13 夜間看護加算(→P540))に…	…第 4 の 3 の (9) の例(編注：急性期看護補助体制加算の通則(9)(→P594))による…
■601	下から 17 行目	…届け出た病床に、直近 3 月において入院している…	…届け出た病床(地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 を算定する病棟又は 13 対 1 入院基本料を算定する病棟に限る)に、直近 3 月において入院して…
■602	下から 20 行目	別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例…	第 4 の 3 の (9) の例…
■603	下から 5 行目の上に追加	編注 JA218 地域加算に係る「別紙 1」(厚労省通知：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて)の「備考」に、以下の記述が追加された。 (別紙 1 の表の 2 つ目：人事院規則で定める地域に準じる地域) 備考 平成 28 年 3 月 31 日において A218 地域加算の対象地域であったが、同年 4 月 1 日以降人事院規則九一四九第 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(神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町)については、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、7 級地とみなす。 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。	
■608	下から 4 行目	同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合	同一の保険医療機関において転棟した場合
■630	下から 4 行目	…地域包括ケア病棟入院料の届出のみを行う	…地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う
■621	上から 19 行目	キ 1 の(11)に規定する院内の…	キ 1 の(12)に規定する院内の…
■631	上から 1 行目	…また、厚生労働省保険医療課及び	…また、厚生労働省保険局医療課及び
■634	下から 5 行目(1)を差し替え	(1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される入院については、1 入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算 1 にあってはこの限りでないである。	
■638	下から 4 行目	…ただし、許可病床数が 200 床未満の病院に…	…ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関…
■639	様式 40-9	【編注】様式 40 の 9 「入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出添付書類」が平成 30 年 4 月 25 日付厚労省事務連絡「平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」で訂正された。変更箇所については、厚労省 HP にて当該事務連絡を確認されたい。	
■641	上から 4～6 行目を差し替え	(1) 許可病床(精神病床を除く)の数が 100 床(別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 80 床)以上の病院である。 (24)～(32) (略)	(1) (略) (2) 以下のいずれかに該当する精神病棟である。 イ (略) ロ ①～② ③ 許可病床(精神病床を除く)の数が 100 床(別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 80 床)以上の病院である。

■658	評価の手引き	【編注】「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」が、平成 30 年 4 月 25 日付厚労省事務連絡「平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」にて、一部文言修正された。変更箇所については、厚労省 HP にて当該事務連絡を確認されたい。																																																													
■668	下から 19 行目	(27) 回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>4、5、6</u> …	(27) 回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>1、3、5</u> は…																																																												
■668	下から 17 行目	(28) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 は、そのまま移行…	(28) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 は、 <u>2、4、6へ</u> そのまま移行…																																																												
■677	下から 13 行目	ア 届出を行う月…及び1月に <u>算定</u> したリハビリ…	ア 届出を行う月…及び1月に <u>算出</u> したリハビリ…																																																												
■678	下から 8～9 行目	…算定しようとする 病棟 では、届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び1月に <u>算定</u> したリハビリ…	…算定しようとする 場合 では、届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び1月に <u>算出</u> したリハビリ…																																																												
■679	上から 19 行目	ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に <u>算定</u> したリハビリ…	ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に <u>算出</u> したリハビリ…																																																												
■679	下から 16 行目	…ア及びイについては、毎月7月に別紙…	…ア及びイについては、毎年7月に別紙…																																																												
■679	下から 5～6 行目	…算定しようとする 病棟 では、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に <u>算定</u> したリハビリ…	…算定しようとする 場合 では、届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び1月に <u>算出</u> したリハビリ…																																																												
■681	上から 7～8 行目を差し替え	(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式 20、様式 49 から様式 49 の7(様式 49 の4を除く)までを用いる。 (2) 異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合にあっては、<u>別表 1 のいずれかに該当する組み合わせである。</u> (3) 新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出ることとし、その届出から 6 月間に限り、(2) の規定にかかわらず、<u>別表 2 のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことができる。</u> なお、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の算定から 6 月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 又は 4 の施設基準を満たさないことが明らかな場合に、<u>別表 2 のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。</u> 別表 1 ※○:組み合わせでの届出可、－:組み合わせでの届出不可 <table><tr><td></td><td>入院料 1</td><td>入院料 2</td><td>入院料 3</td><td>入院料 4</td><td>入院料 5</td><td>入院料 6</td></tr><tr><td>入院料1</td><td></td><td>－</td><td>○</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr><tr><td>入院料2</td><td>－</td><td></td><td>○</td><td>○</td><td>－</td><td>－</td></tr><tr><td>入院料3</td><td>○</td><td>○</td><td></td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr><tr><td>入院料4</td><td>－</td><td>○</td><td>－</td><td></td><td>－</td><td>－</td></tr><tr><td>入院料5</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td></td><td>－</td></tr><tr><td>入院料6</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td></td></tr></table> 別表 2 <table><tr><td>入院料1及び入院料5</td><td>入院料2及び入院料5</td></tr><tr><td>入院料2及び入院料6</td><td>入院料3及び入院料5</td></tr><tr><td>入院料4及び入院料6</td><td>入院料1、入院料3及び入院料5</td></tr><tr><td>入院料2、入院料3及び入院料5</td><td>入院料2、入院料4及び入院料6</td></tr></table>						入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6	入院料1		－	○	－	－	－	入院料2	－		○	○	－	－	入院料3	○	○		－	－	－	入院料4	－	○	－		－	－	入院料5	－	－	－	－		－	入院料6	－	－	－	－	－		入院料1及び入院料5	入院料2及び入院料5	入院料2及び入院料6	入院料3及び入院料5	入院料4及び入院料6	入院料1、入院料3及び入院料5	入院料2、入院料3及び入院料5	入院料2、入院料4及び入院料6
	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6																																																									
入院料1		－	○	－	－	－																																																									
入院料2	－		○	○	－	－																																																									
入院料3	○	○		－	－	－																																																									
入院料4	－	○	－		－	－																																																									
入院料5	－	－	－	－		－																																																									
入院料6	－	－	－	－	－																																																										
入院料1及び入院料5	入院料2及び入院料5																																																														
入院料2及び入院料6	入院料3及び入院料5																																																														
入院料4及び入院料6	入院料1、入院料3及び入院料5																																																														
入院料2、入院料3及び入院料5	入院料2、入院料4及び入院料6																																																														
■692	上から 6～7 行目	…看護師である。 <u>ただし、看護職員の配置については、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。</u>	…看護師である。																																																												
■692	上から 17 行目	…医療・看護必要度 I <u>又は II (II にあっては、B 項目のみ)</u> に係る…	…医療・看護必要度 I に係る…																																																												
■695	上から 14 行目	…リハビリテーションを提供している 施設 が…	…リハビリテーションを提供している 事業所 が…																																																												
■696	上から 21 行目	…当該体制については、 <u>別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例による。第 1 の 1 の (7) に準じる。</u> なお、 <u>当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、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については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしている。</u>	…当該体制については、 <u>別添 3 の第 4 の 3 の (9) の例による。第 1 の 1 の (7) に準じる。</u>																																																												
■697	上から 3～4 行目	…数以上である。なお、 <u>看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。</u>	…数以上である。																																																												
■697	上から 12～14 行目	…による。なお、 <u>当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成</u>	…の例による。																																																												

		<u>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については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしている。</u>	
■697	様式 50-3	【編注】様式 50 の 3「地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類」が平成 30 年 4 月 25 日付厚労省事務連絡「平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」で訂正された。変更箇所については、厚労省 HP にて当該事務連絡を確認されたい。	
■697	下から 12 行目	…毎年 7 月において <u>当該様式</u> を届け出る。また、当該加算の変更の届出にあたり…	…毎年 7 月において <u>別添 7 の様式 13 の 3</u> を届け出る。 <u>この場合において、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては平成 30 年度改定後の基準で届け出る。</u> また、当該加算の変更の…
■705	上から 2 行目	…他の保険医療機関へ <u>退院</u> した場合及び介護…	…他の保険医療機関へ <u>転院</u> した場合及び介護…
■705	下から 15～16 行目	…相当する数以上である。 <u>ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものである。</u>	…相当する数以上である。
■706	上から 9 行目に挿入	<u>なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の（3）と同様である。</u>	
■706	上から 11～13 行目	…の例による。 <u>なお、当該加算の看護職員の軽減及び処遇の改善に資する体制について、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については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものである。</u>	…の例による。
■706	下から 11 行目	…ことができる。	…ことができる。 <u>なお、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては平成 30 年度改定後の基準で届け出る。</u>
■710	上から 17～18 行目	…数以上である。 <u>ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。</u>	…に相当する数以上である。
■710	最下行に挿入	<u>なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の（3）と同様である。</u>	
■711	上から 1～3 行目	…の例による。 <u>なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、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については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしている。</u>	…の例による。
■711	上から 14 行目	…略すことができる。	…略すことができる。 <u>なお、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては平成 30 年度改定後の基準で届け出る。</u>
■716	下から 16 行目 (7)を差し替え	(7)「注3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、A311 精神科救急入院料の(13)から(144)までの例による。 <u>なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、通則 5 に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。</u>	
■718	上から 8～9 行目	…施設基準に係る届出は、「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」の別添 2 の様式 48 を用いる。なお、 <u>認知症夜間対応加算の届出については、…</u>	…施設基準に係る届出は、 <u>別添 7 の様式 8、様式 9 及び「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」の別添 2 の様式 48 を用いる。</u> なお、 <u>認知症夜間対応加算の様式 48 に係る届出に…</u>
■725	下から 7 行目	…他の保険医療機関へ <u>退院</u> した場合及び介護…	…他の保険医療機関へ <u>転院</u> した場合及び介護…
■739	下から 7 行目～	…ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4カ月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6カ月、地域移行機能強化病棟入院料の	…ただし、 <u>次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</u> <u>(1) 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟</u>

		施設基準については届出前1年間の実績を有している <u>並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3</u> については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有している。ただし、平成 30 年3月 31 日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成 30 年厚生労働省告示第 43 号)による改正前の診療報酬のA100 に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る)及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群(7 対1入院基本料と 10 対1入院基本料の組み合わせに限る)ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成 32 年3月 31 日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注 12 に規定する機能強化加算については、実績を要しない。 <u>なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</u>	入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6カ月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有している。 <u>(2) 療養病棟入院基本料(許可病床数が 200 床以上の病院に限る)を届け出る場合であって、データ提出加算に係る様式 40 の5を届け出ている場合は、当該様式を届け出た日の属する月から起算して1年以内の間は、様式 40 の7の届出を要しない。</u> <u>(3) 急性期一般入院料2又は急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有している。ただし、平成 30 年3月 31 日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成 30 年厚生労働省告示第 43 号)による改正前の診療報酬のA100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る)及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群(7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る)ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成 32 年3月 31 日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注12の機能強化加算については、実績を要しない。</u>										
■742	上から 2 行目	(15) 妥結率の実績 新規届出の場合 例:30 年 5 月 1 日に新規指定された薬局の場合 ・①から④までは妥結率が 5 割を超えていると見なす ・②から③までの妥結率の実績を <u>3230</u> 年 4 月 1 日(④の翌日)から⑤まで適用する。 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>①30 年 5 月 1 日</td><td>②<u>3130</u>年 4 月 1 日</td><td>③9 月末日</td><td>④32 年 3 月末日</td><td>⑤33 年 3 月末日</td></tr></table>							①30 年 5 月 1 日	② <u>3130</u> 年 4 月 1 日	③9 月末日	④32 年 3 月末日	⑤33 年 3 月末日
①30 年 5 月 1 日	② <u>3130</u> 年 4 月 1 日	③9 月末日	④32 年 3 月末日	⑤33 年 3 月末日									
■742	上から 6 行目に挿入	7 次の(1)から(<u>107</u>)については、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はない。 (1)～(7) (略) <u>(8) 導入期加算 2、腎代替療法実績加算</u> <u>(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算</u> <u>(10) 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)</u> 8～9 (略)											
■742	上から 10 行目	…翌月に変更の届出を行う。 <u>ただし、神経学的検査、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料(Ⅰ)…</u>	…翌月に変更の届出を行う。ただし、神経学的検査、 <u>精密触覚機能検査</u> 、画像診断管理加算1、 <u>2及び3</u> 、 <u>歯科画像診断管理加算1及び2</u> 、麻酔管理料(Ⅰ)…										
■743	上から 19 行目	…導入期加算 1、2、 <u>注 9 に掲げる透析液水質確保加算</u> 、注 13 に掲げる…	…導入期加算 1、2、注 13 に掲げる…										
■743	下から 7 行目	胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む)										
■743	下から 4 行目に挿入	K597 ペースメーカー移植術											
■744	下から 2 行目に挿入	A100 一般病棟入院基本料(地域一般入院料1に限る) A101 療養病棟入院基本料(療養病棟入院料2、注 11 及び注 12 に規定する届出に限る)											
■745	上から 11 行目	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>4、5、6</u>	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>1、3、5</u>										

■745	下から12行目に挿入	<u>(放射線治療)</u> M001 体外照射の注4に掲げる画像誘導放射線治療加算	
■745	下から11行目	…(急性期一般入院 基本料1 ～6に限る、 地域一般入院基本料1 に限る)	…(急性期一般入院料1～6に限る)
■745	下から10行目	療養病棟入院基本料	療養病棟入院基本料((当該入院料の施設基準における「適切な看取りに対する指針を定めている」について既に届け出ている保険医療機関を除く))
■745	下から8行目の上に挿入	A101 療養病棟入院基本料の注11に規定する届出(平成30年3月31日において、現に療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関) A101 療養病棟入院基本料の注12に規定する届出(平成30年3月31日において、現に療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関)	
■746	上から6行目	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	(削除)
■746	上から11行目	…(急性期一般入院 基本料4 から 7 までに限る…	…(急性期一般入院料 4 ～ 7 に限る…
■746	下から16行目に挿入	A301 特定集中治療室管理料1、2	
■746	最下行に挿入	<u>(処置)</u> 透析液水質確保加算2 → 透析液水質確保加算	
■747	下から18行目に挿入	A308 回復期リハビリテーション入院料の 回復期リハビリテーション入院料 1、2、3 → 回復期リハビリテーション入院料 2、4、6	
■747	最下行に挿入	(3) 平成30年3月31日において、現に療養病棟入院基本料1の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に療養病棟入院基本料の注11に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、同年9月30日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料の注11又は療養病棟入院基本料の注12の基準を満たしているものとみなす。	

※厚労省による追加通知・告示等により、『点数表改定のポイント』の内容が変更となる場合があります。

保団連 HP(<https://hodaanren.doc-net.or.jp/>)に、最新の正誤・追補表を掲載しますので、ご確認下さい。

また、診療報酬等に係る最新情報(官報や通知の訂正、疑義解釈等)については、厚労省 HP にアップされますので、あわせてご参照下さい。<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/O000188411.html>

※届出様式等についても、各地方厚生局の HP にて最新版をご確認の上、ご活用ください。