

『点数表改定のポイント』2018年4月版 正誤

(2018.5.1 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・ 施設総管 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(小児かかりつけ診療料 を届け出ている場合に限る)、小児…	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 を届け出ている場合に限る)、小児…
37	下から5行目	c 平成31年3月31日までの間、 ア に…	c 平成31年3月31日までの間、 a 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
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 14 日間…	…死亡日及び死亡日前14日以内の計 15 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	キャタピラー	キャピラリー
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… イ D015 血漿蛋白免疫学的検査の「21 免疫電気泳動法」が再編されたことにもない「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。 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こととされた。	(1) 遺伝カウンセリング加算… ア 点数が500点引き上げ… イ D006-4 遺伝学的検査を… ウ 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ことが 明記された。
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ヵ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ヵ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…
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 届
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) 届
249	下から7行目、概要の(3)	(3) D237 終夜睡眠ポリグラフィの「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、「 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、自院からの依頼で歯科医院機関に…
249	下から6行目	歯科 院 機関…	歯科 療 機関…
250	上から1行目	(a) D235 脳波検査(過呼吸…) 届	(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… 届

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 記録 検査 1 届
251	下から 14 行目	脳波検査判断料1	脳波検査判断料1 届
252	上から 1 行目	(a) D239 筋電図検査 届	(a) D239 筋電図検査
252	上から 8 行目	連につき) 400 点 →	連につき) 届 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 届
253	上から 14 行目	…D274 全 房隅角検査	…D274 前 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 届	(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 届	(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 医薬品	(3)…使用体制加算について、後発 医薬品
268	下から 17 行目	(ベンゾジアゼピン 系薬剤 の長期継続…	(ベンゾジアゼピン 受容体作動薬 の長期…
268	下から 16 行目	(5)…ベンゾジアゼピン 系の薬剤 について…	(5)…ベンゾジアゼピン 受容体作動薬 について…
268	下から 7 行目	ゼピン 系 の抗不安薬・睡眠薬等を…	ゼピン 受容体作動薬 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 調整評価 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 評価調整 管理料は…
270	下から 4 行目	(5)…ベンゾジアゼピン 系薬剤 …	(5)…ベンゾジアゼピン 受容体作動薬 …
270	最下行	動 体作動薬について1年以上連続して…	容 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 系 の抗不安…	…又はベンゾジアゼピン 受容体作動薬 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 調整評価 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 評価調整 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 系薬剤)	…が定める薬剤(ベンゾジアゼピン 受容体作動薬)
276	下から 18 行目	(5)…ベンゾジアゼピン 系薬剤 …	(5)…ベンゾジアゼピン 受容体作動薬 …
276	下から 7 行目	(6)…又はベンゾジアゼピン 系 の抗不安…	(6)…又はベンゾジアゼピン 受容体作動薬 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 調整評価 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 評価調整 管理料は算定できない。
280	表中下から 2 行目	エリミ	エリミン
290	下段のフローチャート図について、右記の通り修正	<p><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></p> <p>⇒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</p> <p>リハビリテーション計画書 (別紙様式21の6+必要項目)</p> <p>「実施」を削除</p> <p>※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。</p>	

297	下から12行目	(D) H001- <u>1</u> 廃用症候群リハビリ…	(D) H001- <u>2</u> 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 <u>支援</u> 加算 (新設)																		
336	上から17行目	(<u>2</u>) 専従の作業療法士の要件が…	(<u>6</u>) 専従の作業療法士 <u>等</u> 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 <u>等</u> 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 <u>等</u> 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 <u>等</u> 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 <u>等</u> の要件が…																		
361	下から10行目	…及び <u>J003</u> 局所陰圧…	…及び <u>J003-2</u> 局所陰圧…																		
371	下から10行目	イ …その責任者として <u>選任</u> の医師又は <u>選任</u> の臨床工学技士が…	イ …その責任者として <u>専任</u> の医師又は <u>専任</u> 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、 <u>2019</u> 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 <u>2019</u> 年4月以降に…	(9) …医療機関については、 <u>2020</u> 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 <u>2020</u> 年4月以降に…																		
374	下から2行目	ウ「1」から「 <u>4</u> 」までにより算定…	ウ「1」から「 <u>3</u> 」までにより算定…																		
375	上から2行目	エ「1」から「 <u>4</u> 」までにより算定…	エ「1」から「 <u>3</u> 」までにより算定…																		
375	上から6行目	オ「1」から「 <u>4</u> 」までにより算定…	オ「1」から「 <u>3</u> 」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 <u>以下</u> の退院先	左記 <u>以外</u> の退院先																		
479	下の表中、「医療機関以外」欄	<u>介護施設病院</u>	<u>介護医療院</u>																		
484	上から2行目	、 <u>引き続き</u> 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 <u>引き続き</u> 除外	計算対象から除外																		
494	上から1行目	計算対象から <u>引き続き</u> 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。																		
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 <u>保険医療機関に限る</u>)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 <u>基本料</u> 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) <u>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</u> 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 border="1"> <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><u>1,572</u></td> <td rowspan="2">1,164</td> <td rowspan="2">972</td> </tr> <tr> <td>加算無</td> <td><u>1,422</u></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	<u>1,572</u>	1,164	972	加算無	<u>1,422</u>	<table border="1"> <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><u>1,585</u></td> <td rowspan="2">1,177</td> <td rowspan="2">985</td> </tr> <tr> <td>加算無</td> <td><u>1,435</u></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	<u>1,585</u>	1,177	985	加算無	<u>1,435</u>
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	<u>1,572</u>			1,164	972										
			加算無	<u>1,422</u>																	
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	<u>1,585</u>	1,177	985															
			加算無	<u>1,435</u>																	
526	表の下段、【新点数】の【経過措置1】の点数欄	<table border="1"> <tr> <td>点数(A~I)</td> <td>1810~800</td> <td>1745~735</td> <td><u>1629~720</u></td> <td>1369~588</td> </tr> </table>	点数(A~I)	1810~800	1745~735	<u>1629~720</u>	1369~588	<table border="1"> <tr> <td>点数(A~I)</td> <td>1810~800</td> <td>1745~735</td> <td><u>1571~661</u></td> <td>1369~588</td> </tr> </table>	点数(A~I)	1810~800	1745~735	<u>1571~661</u>	1369~588								
点数(A~I)	1810~800	1745~735	<u>1629~720</u>	1369~588																	
点数(A~I)	1810~800	1745~735	<u>1571~661</u>	1369~588																	

543	上の①表中、7月4日の矢印の方向	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	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 ↘	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 →
		加算2	加算1	加算1	算定不可	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	7月1日	7月2日	7月3日	7月4日	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 ↘	DESIGN-Rの合計点	4点 ↗	3点 ↗
		加算1	加算1	加算1	算定不可	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	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	<u>1,385</u>	<u>1,285</u>	<u>1,185</u>	<u>1,085</u>	<u>985</u>	
			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	<u>1,247</u>	<u>1,147</u>	<u>1,047</u>	<u>947</u>	<u>847</u>	
			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	<u>1,200</u>	<u>1,100</u>	<u>1,000</u>	<u>900</u>	<u>800</u>	
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	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	<u>1,314</u>	<u>1,099</u>	<u>974</u>	<u>859</u>	<u>852</u>	<u>849</u>
			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	<u>1,225</u>	<u>1,010</u>	<u>885</u>	<u>770</u>	<u>763</u>	<u>760</u>
			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	<u>1,170</u>	<u>955</u>	<u>830</u>	<u>715</u>	<u>708</u>	<u>705</u>
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))			
563	下から7行目	13対1入院基本料	30対1	<u>+109</u>	13対1入院基本料	30対1	<u>+129</u>		
			50対1	<u>+84</u>		50対1	<u>+104</u>		
75対1	<u>+56</u>		75対1	<u>+76</u>					
15対1入院基本料	30対1	<u>+109</u>	15対1入院基本料	30対1	<u>+129</u>				
	50対1	<u>+84</u>		50対1	<u>+104</u>				
	75対1	<u>+56</u>		75対1	<u>+76</u>				
看護配置加算 7割		<u>+12</u>	看護配置加算 7割		<u>+12</u>				
565	下から10行目	対象となる病院				対象となる病院			
		7対1入院基本料 の在宅復帰・病床機能連携率				急性期一般入院料1 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		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		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																																													
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																																											
580	下から19行目	重症度、看護必要度Ⅰ		重症度、 医療 ・看護必要度Ⅰ																																											
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 診療 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～ 6 は		急性期一般入院料1～ 7 は																																											
595	下から7行目	30点 (+15点)		30点																																											
595	上から13行目	(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。		(削除) ※ 以下番号は繰り上げ																																											
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 13対1入院基本料 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を…		(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、医療・看護必要度Ⅰの基準を…																																											
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間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 かつ 持続的な使用が必要であるもの																																											
628	上から1行目	一般病棟入院基本料 (10対1)		急性期一般入院基本料																																											
628	上から3行目	一般病棟入院基本料 (10対1)		一般病棟10対1入院基本料 (200床未満)																																											
628	上から18行目	…データと外来患者に係るデータを 提出することとされた。		…データと外来患者に係るデータを を引き続き提出する。																																											
668	上から22行目の小見出し	(経過措置)		(経過措置)																																											
685	上から1、2行目	7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038点(据え置き) (生活療養を受ける場合 2,024点(据え置き))		7 地域包括ケア病棟入院料4 2,038点(-20点) (生活療養を受ける場合 2,024点(-20点))																																											
701	上から13行目	非定型 向 精神薬加算		非定型 抗 精神薬加算																																											
706	下から3行目	非定型 向 精神薬加算		非定型 抗 精神薬加算																																											
708	上から15行目	非定型 向 精神薬加算		非定型 抗 精神薬加算																																											
715	上から10行目	(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。		(削除)																																											
712	上から12行目	非定型 向 精神薬加算		非定型 抗 精神薬加算																																											
730	上から18行目	、 引き続き 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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">低所得者（住民税非課税世帯）</td> <td>70歳未満</td> <td>90日以内</td> <td>1食につき 210円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>90日超</td> <td>1食につき 160円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">70歳以上</td> <td></td> <td>低所得者Ⅱ</td> <td>90日以内</td> <td>1食につき 210円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>90日超</td> <td>1食につき 160円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>低所得者Ⅰ</td> <td>1食につき 100円</td> </tr> </table>		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	1食につき 160円			低所得者Ⅰ	1食につき 100円	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">低所得者（住民税非課税世帯）</td> <td>70歳未満</td> <td>90日以内</td> <td>1食につき 210円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>90日超</td> <td>1食につき 160円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">70歳以上</td> <td></td> <td>低所得者Ⅱ</td> <td>90日以内</td> <td>1食につき 210円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>90日超</td> <td>1食につき 160円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>低所得者Ⅰ</td> <td>1食につき 100円</td> </tr> </table>		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	1食につき 160円			低所得者Ⅰ	1食につき 100円
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	1食につき 160円																																											
		低所得者Ⅰ	1食につき 100円																																												
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	1食につき 160円																																											
		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	<table border="1"> <tr> <td>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）</td> <td>1食につき 210円</td> </tr> </table>		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 210円	<table border="1"> <tr> <td>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）</td> <td>1食につき 260円</td> </tr> </table>		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 260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 210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 260円																																														
736	上から3つ目の表中、下から2行目	<table border="1"> <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 border="1"> <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> <p>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）。</p>		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	難病患者	0円	(削除)
736	下から2、3行目「②居住費」の表中	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
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）		(削除) 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	(介護療養型医療施設の廃止と短期入所の取り扱い)		

※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

(2018.5.1 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。	
■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。 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。
■94	上から7行目	…ない。	…ない。 なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることによい。
■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。
■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、ワからケのうち…
■165	下から15～16行目	…できない。 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算定できない。（※通知の誤りと思われる）	…できない。
■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…
■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…
■229	上から8行目に右記を挿入	(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP) ア～イ (略) 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。	
■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 85.70% 以上である…	…以上、75%以上又は 85.70% 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	…第2章の規定にかかわらず、区分番号H001の注4の後段…	…第2章の規定にかかわらず、 入院外の患者に対する H001の注4の後段…
■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13～14行目	(98) …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、…	(98) …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+4) …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+4) …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…
■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 (ヌ) を含める)
■315	下から8～9行目	…所定労働時間が週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2名以上	…所定労働時間が週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2名以上
■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行目に右記を挿入	(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(「 2-3 」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。	
■356	上から9～10行目	イ …ことはできない。 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、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。(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。
■393	右段、下から12行目	…K656-2、 K664-3 、K665の2、…	…K656-2、K665の2、…
■396	上から5行目	…を用いる場合に限る)、 薬剤投与用胃瘻造設術 、胃瘻閉鎖術(内視鏡…	…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)、 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 、網膜付着組織を含む硝子体…
■412	下から16～21行目	(1) 「注2」に規定する ハイフロー 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、 上肢又は下肢 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 ローフロー 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、 頭皮 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。	(1) 「注2」に規定する ローフロー 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、 頭皮 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 ハイフロー 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、 上肢又は下肢 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。
■430	上から16行目	(略)	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 及び様式52 を用いる。
■442	「2.留意事項」の下に右記を挿入	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」の一番下に右記を挿入	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15～16行目	…年間20例以上実施している おり 、そのうち…	…年間20例以上実施しており、そのうち…
■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 施設の医師等による支援…
■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行目の下に、右記を挿入	(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行目に右記を挿入	(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であり、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、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、右記を挿入	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。
■497	上から 10 行目	…重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る… …重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ(急性期一般入院料 7、10 対 1 入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料)及び地域一般入院料 1 にあってはⅠに限る)に係る…
■500	下から 17 行目	(地域一般入院料 1、看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算) (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 行目に右記を追加	…届出を略すことができる。 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 行目の上に、右記を挿入	(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)を右記に差し替え	(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 ADL 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。
■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 行目を右記に差し替え	(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 を算定するものについては、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、2018(平成 30)年 3 月 31 日時点で継続して 6 カ月以上「療養病棟入院基本料」を算定していた病棟で、「療養病棟入院料 2」の施設基準のうち以下の①又は②のみを満たさない場合(いずれも満たさない場合を含む)は、届出により「療養病棟入院料 2」の所定点数の 90%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、2018(平成 30)年 3 月 31 日時点で継続して 6 カ月以上「療養病棟入院基本料」を算定していた病棟で、「療養病棟入院料 2」の施設基準のうち以下の①又は②のみを満たさない場合(いずれも満たさない場合を含む)は、届出により「療養病棟入院料 2」の所定点数の 90%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医療区分 2・3 の患者割合 5 割以上

■526	下から7行目	<table border="1"> <tr> <th>区分</th> <th>療養病棟入院料1</th> <th>療養病棟入院料2</th> <th>注11 (2の90%)</th> <th>注12 (2の80%)</th> </tr> <tr> <td>看護職員配置</td> <td colspan="2">20対1以上</td> <td>25対1以上</td> <td>30対1以上</td> </tr> <tr> <td>看護補助者配置</td> <td colspan="2">20対1以上</td> <td colspan="2">25対1</td> </tr> </table>	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	看護補助者配置	20対1以上		25対1		<table border="1"> <tr> <th>区分</th> <th>療養病棟入院料1</th> <th>療養病棟入院料2</th> <th>注11 (2の90%)</th> <th>注12 (2の80%)</th> </tr> <tr> <td>看護職員配置</td> <td colspan="2">20対1以上</td> <td>25対1以上 ※3</td> <td>30対1以上</td> </tr> <tr> <td>看護補助者配置</td> <td colspan="2">20対1以上</td> <td>25対1以上 ※4</td> <td>25対1以上</td> </tr> </table>	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 ※3	30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
		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																											
看護補助者配置	20対1以上		25対1																														
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 ※3	30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																													
■526	下から2～3行目	<p>※1 旧療養1、2算定病棟のみ(2020年3月31日まで)</p> <p>※2 旧「注11」算定病棟のみ(2020年3月31日まで)</p>	<p>※1 旧療養1、2算定病棟のみ(2020年3月31日まで)。旧「注11」算定病棟も施設基準を満たせば新「注11」を届出可能。</p> <p>※2 旧「注11」算定病棟のみ(2020年3月31日まで)</p> <p>※3 看護職員配置20対1以上を満たさない場合は、看護補助者配置20対1以上を満たす必要がある。</p> <p>※4 看護時補助者配置20対1以上を満たさない場合は、看護職員配置20対1以上を満たす必要がある。</p>																														
■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、右記を挿入	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。																															
■539	上から14～25行目	<p>療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2の施設基準のうち2を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定めるもの(当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2520又は若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上である)のみを満たせなくなった場合(いずれも満たせなくなった場合を含む)に、平成2830年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟に限り、算定できる。</p> <p>ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2520又はその端数を増すごとに1以上であること」を満たせなくなった場合については、平成2830年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2025又はその端数を増すごとに1以上である必要がある。</p>	<p>療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2の施設基準のうち2を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定めるもの(当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2520又は若しくはその端数を増すごとに1以上であること若しくは当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上である)のみを満たせなくなった場合(いずれも満たせなくなった場合を含む)に、平成2830年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟に限り、算定できる。</p> <p>ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2520又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「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が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること」を満たせなくなった場合については、平成2830年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が2025又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、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以上である必要がある。</p>																														

■540	上から3行目	(3) …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…	(3) …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	上から19行目	…又は第五の三の(8)のトに該当するもの…	…又は第五の三の(8)のヘに該当するもの…
■541	最下行に右記の通り追加	(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行目に右記を挿入	(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ADL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行目に右記を追加	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))による…	…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…
■600	上から20行目	(ハ) 身体的拘束…実施時間湯の記録	(ハ) 身体的拘束…実施時間等の記録
■601	下から17行目	…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…	…ものとして届け出た病床(地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病床又は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いる…
■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、「A218 地域加算」を追加	<p>編注 A218 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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	
■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)を右記に差し替え	(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。	
■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、右記の通り差し替え	(1) <u>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。</u> (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 <u>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。</u>																																																									
■657	下から20行目	…「評価票」を用いて測定し、…	…「評価票」を用いて測定及び評価し、…																																																									
■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> は…	(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、そのまま移行する扱いとなっているが、4月以降に新基準の要件を満たさない場合は届出直しが必要となる。	(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> そのまま移行する扱いとなっているが、4月以降に新基準の要件を満たさない場合は届出直しが必要となる。																																																									
■677	下から13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…																																																									
■677	下から5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…																																																									
■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行目を右記の通り差し替え	<p>(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。</p> <p>(2) <u>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て届出を行う場合にあっては、別表1のいずれかに該当する組み合わせである。</u></p> <p>(3) <u>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、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> <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る場合に、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></p> <p>別表1 ※○:組み合わせでの届出可、-:組み合わせでの届出不可</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院料1</th> <th>入院料2</th> <th>入院料3</th> <th>入院料4</th> <th>入院料5</th> <th>入院料6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>入院料1</th> <td>-</td> <td>-</td> <td>○</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <th>入院料2</th> <td>-</td> <td>-</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <th>入院料3</th> <td>○</td> <td>○</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <th>入院料4</th> <td>-</td> <td>○</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <th>入院料5</th> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <th>入院料6</th> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>別表2</p> <table border="1"> <tbody> <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> </tbody> </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又はⅡ(Ⅱにあっては、B項目のみ)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> <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>	…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>
■696	下から 11 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> <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>	…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。 <u>なお、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>	… <u>数以上である。</u>
■697	上から 12～14 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>	… <u>の例による。</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 14 行目	…看護職員配置加算、看護補助者加算及び…	…看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び…
■697	下から 12 行目	… <u>毎年 7 月において当該様式</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。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。また、当該加算の変更の届出にあたり…
■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>	… <u>相当する数以上である。</u>
■706	上から 9 行目の下に挿入	<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>	… <u>の例による。</u>
■706	下から 11 行目	… <u>ことができる。</u>	… <u>ことができる。</u> <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	…に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。</u>	… <u>に相当する数以上である。</u>
■710	最下行の上に挿入	<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>	… <u>の例による。</u>

■711	上から 14 行目	…略することができる。	…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。
■716	下から 16 行目 (7)を右記に差し替え	(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。 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。	
■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、認知症夜間対応加算の届出については、…	…施設基準に係る届出は、 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。 なお、認知症夜間対応加算の 様式 48 に係る届出 については、…
■739	最下行	…1を算定している実績を有している。ただし…	… 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…
■740	上から 6～7 行目	…届出前の直近 3 月以上の急性期一般入院料1の算定実績を要しない。なお、特に規定する…	…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。 なお、特に規定する…
■742	上から 2 行目に右記を追加	(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 3230 年 4 月 1 日(④の翌日)から⑤まで適用する。  <p>①30 年 5 月 1 日 ②3130年 4 月 1 日 ③9 月 末 日 ④32 年 3 月 末 日 ⑤33 年 3 月 末 日</p>	
■742	上から 6 行目の下に右記を挿入	7 次の(1)から(10)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) (8) 導入期加算 2、腎代替療法実績加算 (9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算 (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) 8～9 (略)	
■742	上から 10 行目	…翌月に変更の届出を行う。ただし、神経学的検査、 <u>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、 精密触覚機能検査、画像診断管理加算 1、2 及び 3、歯科画像診断管理加算 1 及び 2、麻酔管理料 (I) …
■743	上から 19 行目	…導入期加算 1、2、 注 9 に掲げる透析液水質確保加算、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 行目の上に、右記を挿入	K597 ペースメーカー移植術	
■744	下から 2 行目の上に、右記を挿入	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 4、5、6	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、3、5
■745	下から 12 行目の上に、右記を挿入	(放射線治療) 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 行目の上に右記を挿入	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 行目の上に挿入	A301 特定集中治療室管理料 1、2	
■746	最下行に右記を挿入	（処置） 透析液水質確保加算 2 → 透析液水質確保加算	
■747	下から 18 行目の上に右記を挿入	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 <u>1、2、3</u> → 回復期リハビリテーション入院料 <u>2、4、6</u>	
■747	最下行の下に右記を挿入	(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つては、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://hodanren.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/0000188411.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。