

診療報酬 BASIC 点数表 2018

(2018年3月20日第1版第1刷)

追補・正誤表 (7月12日更新版)

2018年7月12日 医学通信社

1. 厚生労働省の訂正事務連絡 (2018年3月30日, 4月25日, 6月21日, 7月5日発出)

ページ・行	誤	正								
■ A 002 外来診療料										
p.21 右段下から15行目	区分番号 D003 に掲げるもの	区分番号 D003 [9 カルプロテクチン (糞便) を除く] に掲げるもの								
■ A 100 一般病棟入院基本料										
p.29 右段上から18, 19行目 [通知 (1)]	「注2」の特別入院基本料等及び「注7」の夜勤時間特別入院基本料については、(後略)	「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」の夜勤時間特別入院基本料については、(後略)								
p.30 右段上から28～30行目 [通知 (10)]	右を削除する	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。								
■ A 101 療養病棟入院基本料ほか										
p.37 左段下から9行目 p.101 左段下から19行目 p.176 右段下から30行目 p.190 右段上から7行目	「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」								
■ A 106 障害者施設等入院基本料										
p.47 左段の左欄の下から4つめの枠	7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3)	7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3)								
■ A 108 有床診療所入院基本料の通知										
p.50 左段上から34～36行目 [通知 (12)]	右を削除する	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。								
■ A 218 地域加算 (人事院規則で定める地域に準じる地域)										
p.64 右段下から2行目の「備考」の冒頭	右を挿入する	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9-49第2条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域(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。								
■ A 227-2 精神科措置入院退院支援加算										
p.68 右段下から4～3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、他の保険医療機関へ転院した場合 (後略)	同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合 (後略)								
■ A 246 入退院支援加算										
p.83 右段下から6行目 [通知 (1)]	取り扱うものである。	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。								
■ A 308 「別紙様式45」回復期リハ病棟入院料におけるリハ実績指数等に係る報告書										
p.99「3. リハビリテーション実績指数」欄の右4列	⑧	名	点	点	点	⑧	点	点	点	点
	⑨	名	点	点	点	⑨				
	⑩					⑩	点	点	点	点
p.99「4. 除外患者について」欄の⑨の行	(12)が有の場合のみ)	(13)が有の場合のみ)								

■A 314 認知症治療病棟入院料

p.113 右段下から14行目【通知(7)】	A311 精神科救急入院料の(13)から(15)までの例による。	A311 精神科救急入院料の(13)から(14)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、第2部入院料等の通則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。
------------------------	----------------------------------	--

■B 001「14」高度難聴指導管理料

p.129 左段下から15～14行目	別に厚生労働大臣が定める施設基準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	別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関
--------------------	--	----------------------------

■B 001「23」がん患者指導管理料

p.133 左段下から4行目	それぞれ当該カウンセリングを実施した場合	それぞれ当該指導管理を実施した場合
----------------	----------------------	-------------------

■B 001-2 小児科外来診療料

p.136 右段下から7～5行目	(3) 当該患者の診療に係る費用は、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、B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料(後略)	(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、A000 初診料の機能強化加算、B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料(後略)
------------------	--	---

■B 001-2-7 外来リハビリテーション診療料

p.139 左段上から25、37行目【通知(3)(5)】	A000 初診料、A001 再診料又はA002 外来診療料(後略)	A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料又はA003 オンライン診療料(後略)
------------------------------	-----------------------------------	---

■B 001-2-8 外来放射線照射診療料

p.139 右段上から13～15行目【通知(1)、2カ所】	A000 初診料、A001 再診料又はA002 外来診療料(後略)	A000 初診料、A001 再診料、A002 外来診療料又はA003 オンライン診療料(後略)
-------------------------------	-----------------------------------	---

■B 001-2-9 地域包括診療料

p.140 右段下から20行目【通知(4)コ】	差し支えない。	差し支えない。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。
-------------------------	---------	------------------------------------

■B 004 退院時共同指導料1 / B005 退院時共同指導料2「別紙様式50」

p.152 (様式50)「看護に関する情報」欄	(具体的なケア方法における留意点、継続すべき看護等)	(ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)
-------------------------	----------------------------	---------------------------

■C 001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

p.177 左段下から25行目【通知(19)ウ】	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーション	C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーション
--------------------------	--	---

■C 002 在宅時医学総合管理料 / C002-2 施設入居時等医学総合管理料

p.182 右段下から15行目【通知(22)カ(二)】	ワからマに規定する処置をいう	ワからケに規定する処置をいう
p.183 左段下から20～18行目【通知(27)イ】	右を削除する	ただし、対面診療とオンライン診療を同日に行った場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。

■C 005 在宅患者訪問看護・指導料 / C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

p.188 左段上から12行目	人工呼吸器を装着している患者	人工呼吸器を使用している状態
-----------------	----------------	----------------

■C 006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

p.193 右段上から8行目【通知(4)】	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」を算定すべき	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「注1」の「イ」を算定すべき
-----------------------	------------------------	---

■C 008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

p.196 左段下から12行目	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、(後略)	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)の薬剤管理指導記録に、(後略)
-----------------	--	--

■在宅医療 第2節第1款在宅療養指導管理料

p.201 左段上から2行目【通知(3)】	基準調剤加算又は在宅患者調剤加算の届出	地域支援体制加算又は在宅患者調剤加算の届出
-----------------------	---------------------	-----------------------

■C 108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

p.206 右段上から29～30行目【通知(2)】	「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」	「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」
---------------------------	-------------------------	-------------------------

■検査の部の「通則」に係る通知

p.216 右段下から19行目の次【検査法の略号】	右を挿入する	C L E I A : Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法
---------------------------	--------	---

■検体検査実施料「外来迅速検体検査加算」

p.217 右段上から 25 行目	「6」の CA19-9 を行った場合、検体検査実施料（後略）	「8」の CA19-9 を行った場合、検体検査実施料（後略）
-------------------	--------------------------------	--------------------------------

■ D 008 内分泌学的検査

p.228 左段下から 19 行目	「18」の脳性 Na 利尿ペプチド (BNP)（後略）	「16」の脳性 Na 利尿ペプチド (BNP)（後略）
p.228 左段下から 15～12 行目	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) 又は「43」の心房性 Na 利尿ペプチド (ANP) を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日〕を記載する。	ウ 「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 項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を「摘要」欄に記載する。

■ D 025 基本的検体検査実施料

p.242 右段下から 5 行目	ニ 糞便検査	ニ 糞便検査〔カルプロテクチン（糞便）を除く〕
------------------	--------	-------------------------

■ E 101-2 ポジトロン断層撮影

p.280 右段下から 12 行目	大型血管炎	大型血管炎
p.281 左段下から 2 行目		
p.280 右段下から 6 行目	大型動脈炎	大型血管炎
p.281 右段上から 5 行目		

■ F 100 処方料

p.289 (様式 40)「2 向精神薬多剤投与を受けている患者数と」の「※」	※ここでいう向精神薬多剤投与とは、(中略)抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上に該当することをさす。	※ここでいう向精神薬多剤投与とは、(中略)抗うつ薬 3 種類以上、抗精神病薬 3 種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬 4 種類以上に該当することをさす。
p.289 (様式 40)「記載上の注意」の最下行の次	右を挿入する	4. 平成 30 年 7 月以降の報告において、⑤の患者数に、4 種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。
p.290 右段上から 27 行目	70%以上、75%以上又は 80%	70%以上、75%以上又は 85%以上

■ F 400 処方箋料

p.293 左段上から 8 行目	F100 処方料の (6) に準じるもの	F100 処方料の (6) 及び (7) に準じるもの
------------------	----------------------	-----------------------------

■第 7 部リハビリテーション (通則・通知)

p.301 左段下から 27 行目	以下の (1) から (3) までを	以下の (1) から (4) までを
p.307 (様式 21 の 5) 上から 2 行目	生年月日 (明・大・昭・平・西暦) 年 月 日	生年月日 (明・大・昭・平・西暦) 年 月 日 歳
p.307 (様式 21 の 5) 下から 6～2 行目	運動負荷試験結果 (運動処方) / mmHg 運動耐容能【良好・低下】(W 分 回/週 運動処方 (脈拍・血圧): km/h bpm 分 回/週 自転車 W 分 回/週 歩行 km/h 分 回/週	運動負荷試験結果 (運動処方) / mmHg 運動耐容能【良好・低下】(健常人の %: METs) 運動処方 (脈拍・血圧): km/h bpm 分 回/週 自転車 W 分 回/週 歩行 km/h 分 回/週

■ H 001 脳血管疾患等リハビリテーション料, H001-2 廃用症候群リハビリテーション料, H002 運動器リハビリテーション料

p.310 右段上から 7 行目	(8) 理学療法士等が、車椅子上で (後略)	(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上で (後略)
p.312 左段下から 28 行目		
p.315 左段下から 5 行目		
p.310 右段上から 26～28 行目 / p.312 左段下から 13～11 行目 / p.315 右段上から 23～25 行目	要介護被保険者等である患者については、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。	要介護被保険者等である患者については、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。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。

■ H 003-2 リハビリテーション総合計画評価料

p.318 左段上から 16～17 行目	〔回復期リハビリテーション入院料 I を算定する患者については、必ず (ト) を含めること〕	〔回復期リハビリテーション病棟入院料 I を算定する患者については、必ず (ヌ) を含めること〕
p.318 左段下から 13 行目	アセスメントロコモ 25	アセスメント、ロコモ 25

■ H 004 摂食機能療法

p.330 右段上から 25 行目、32 行目 / 下から 16 行目、7 行目	〔(6) (7) (8) (10)〕「注 2」に掲げる (後略)	〔(6) (7) (8) (10)〕「注 3」に掲げる (後略)
--	----------------------------------	----------------------------------

■ I 003-2 認知療法・認知行動療法

p.339 左段上から 15 行目	〔「3」において、看護師により (後略)〕	〔「2」において、看護師により (後略)〕
-------------------	-----------------------	-----------------------

■ I 009 精神科デイ・ケア

p.343 右段下から 23 行目	(11)「注 4」に掲げる長期入院患者とは、(後略)	(11)「注 4」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、(後略)
-------------------	----------------------------	----------------------------------

■ I 016 精神科在宅患者支援管理料

p.353 右段下から 27 行目 (通知 (12) ウ)	説明に用いた文書の写しを添付する。	説明に用いた文書の写しを診療録に添付する。
p.356 左段上から 4～6 行目	右を削除する	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。

■処置の部の「通則 5」

p.358 左段上から 23 行目	(以下「時間外加算等」という)	(以下「時間外加算等 2」という)
-------------------	-----------------	-------------------

■ J 118 介達牽引

p.376 右段上から 26 行目	人工呼吸の費用は算定できない。	介達牽引の費用は算定できない。
-------------------	-----------------	-----------------

■ J 118-2 矯正固定

p.376 右段下から 22 行目	人工呼吸の費用は算定できない。	矯正固定の費用は算定できない。
-------------------	-----------------	-----------------

■ J 118-3 変形機械矯正術

p.376 右段下から 11 行目	人工呼吸の費用は算定できない。	変形機械矯正術の費用は算定できない。
-------------------	-----------------	--------------------

■手術の部「通則 4」

p.383 左段上から 20 行目	K664-3, K665 の 2 (後略)	K664-3, K665 の 2 (後略) [*上記訂正に伴い、p.427 左段下から 3 行目、(施設 4)を削除する]
-------------------	-----------------------	--

■ K 142 脊椎固定術, 椎弓切除術, 椎弓形成術

p.398 左段「例 1」の 7～8 行目	右を削除する	ウ「5」椎弓切除の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数
-----------------------	--------	----------------------------------

■ K 177 脳動脈瘤頸部クリッピング

p.400 左段上から 28 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、(後略)	(2)「注 3」に規定するハイフローバイパス術併用加算は、(後略)
p.400 左段上から 32 行目	(1)「注 3」に規定するローフローバイパス術併用加算は、(後略)	(1)「注 2」に規定するローフローバイパス術併用加算は、(後略)

■ K 595 経皮的カテーテル心筋焼灼術

p.420 左段下から 20 行目 (通知 (2))	「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。	「心房内・心室内全域型」並びに特定保険医療材料 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「体外式ペースティング機能付き」及び「体外式ペースティング機能付き・特殊型」については算定できない。
----------------------------	---	--

■ K 936 自動縫合器加算

p.446 右段上から 22 行目	(5) K511, (中略) K 529-2 及び K656-2 に (後略)	(5) K511, (中略) K 529-2, K529-3 及び K656-2 に (後略)
-------------------	---	---

■ L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

p.452 左段下から 12 行目	9,150 点	9,050 点
p.452 左段下から 8 行目	10,650 点	10,550 点

■ M 000 放射線治療管理料

p.457 左段上から 7 行目	放射線治療実施施設とは異なる施設の医師等に (後略)	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 (後略)
------------------	----------------------------	---------------------------------------

■ M 001-3 直線加速器による放射線治療

p.459 左段上から 6 行目	肺がん又は肝がんに対し、治療計画時 (後略)	肺がん、肝がん又は腎がんに対し、治療計画時 (後略)
------------------	------------------------	----------------------------

■第 4 章経過措置「9」

p.470 右段下から 11 行目	9 第 2 章の規定にかかわらず、区分番号 H001 (中略)	9 第 2 章の規定にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対する区分番号 H001 (中略)
-------------------	---------------------------------	--

■基本診療料の施設基準等 (療養病棟入院基本料の施設基準等)

p.497 右段上から 32 行目の次	右を挿入する	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 以上であること。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。
---------------------	--------	--

■基本診療料の施設基準等（病院の入院基本料等に関する施設基準）

p.506 右段下から14行目	重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票	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にあつてはⅠに限る〕に係る評価票
p.506 右段下から8行目	平成32年3月31日限り、	平成32年3月31日までの間に限り、
p.508 右段上から32～40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病棟については、次の点に留意する。 (1) 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）及び専門病院入院基本料〕、地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る）及び（中略）別添6の別紙7（p.514）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（後略）	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病棟については、次の点に留意する。 (1) 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）及び専門病院入院基本料〕、 地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る） 及び（中略）別添6の別紙7（p.514）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）にあつてはⅠに限る〕に係る評価票を用いて（後略）
p.512 左段上から1行目	イ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定医療機関	イ 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関
p.512 右段上から7行目の次	右を挿入する	(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。
p.512 右段下から3行目（別添6-別紙4）	6 短期滞在手術等基本料3を算定した患者であつて（後略）	6 短期滞在手術等基本料3を算定した患者及び基本診療料の施設基準等の別表2の23に該当する患者であつて（後略）

■基本診療料の施設基準等「別添6-別紙7」（18 開腹手術）

p.519 右段上から27行目（〔選択肢の判断基準〕）	5日間を超えた場合をいう	4日間を超えた場合をいう
-----------------------------	--------------	--------------

■基本診療料の施設基準等「別表1」システムコード一覧

p.522 右段上から3段目の次（A6の最後）	右を挿入する	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
p.523 右段下から24～23段目（A7）	右を削除する	620009523	エピルピシン塩酸塩注射液 10 mg / 5 mL 「NK」
		620009526	エピルピシン塩酸塩注射液 50 mg / 25 mL 「NK」
p.524 左段上から17～19段目（A7）	右を削除する	622352101	サンドスタチンL A R筋注用キット 10 mg (溶解液付)
		622352201	サンドスタチンL A R筋注用キット 20 mg (溶解液付)
		622352301	サンドスタチンL A R筋注用キット 30 mg (溶解液付)
p.524 右段下から9～8段目（A7）	右を削除する	622182701	ゴナックス皮下注用 80 mg
		622182801	ゴナックス皮下注用 120 mg
p.526 右段上から26段目の次（A7）	右を挿入する	622537501	エスワントイホウ配合OD錠 T 20 20 mg (テガフル相当量)
		622537601	エスワントイホウ配合OD錠 T 25 25 mg (テガフル相当量)
p.529 左段上から8段目の次（A7）	右を挿入する	620001310	注射用ソル・メルコート 1,000 1 g (溶解液付)
p.529 左段下から25段目の次（A7）	右を挿入する	640454024	注射用ソル・メルコート 40 40 mg (溶解液付)
		640454025	注射用ソル・メルコート 125 125 mg (溶解液付)
		640454026	注射用ソル・メルコート 500 500 mg (溶解液付)
p.530 右段下から23段目、20段目（C16）	右を削除する	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）
		150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
p.531 右段上から9段目、29段目（C17）	右を削除する	150302770	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）併施加算
		150359470	心臓弁再置換術加算（弁置換術）
p.532 左段上から38段目 / 左段下から16段目、9段目、7段目、4段目、1段目 / 右段下から38段目（C17、C18）	右を削除する	150376770	大血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
		150109910	気管形成手術（開胸又は胸骨正中切開）
		150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
		150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
		150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
		150154710	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）
		150347770	有茎腸管移植加算
p.534 左段下から9段目、7段目、4段目（C18）	右を削除する	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
		150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
		150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）

p.534 右段上から 20 段目の次 (C19)	右を挿入する	150019210	骨折観血の手術 (大腿)
p.536 右段上から 9 段目の次 (C20)	右を挿入する	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (2 cm 以内) (腹腔鏡)
		150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (2 cm を超える) (腹腔鏡)
p.537 右段上から 10 ~ 13 段目 (C22)	右を削除する	150253810	不整脈手術 (副伝導路切断術)
		150253910	不整脈手術 (心室頻拍症手術)
		150275610	不整脈手術 (メイズ手術)
		150400510	肺静脈隔離術

■基本診療料の施設基準等 (感染防止対策加算「抗菌薬適正使用支援加算」)

p.573 右段下から 28 行目	キ 1 の (11) に規定する (後略)	キ 1 の (12) に規定する (後略)
-------------------	-----------------------	-----------------------

■基本診療料の施設基準「後発医薬品使用体制加算の施設基準」に係る通知

p.577 左段上から 28 行目	破倫除去ミルク配合散「雪印」	バリ N 除去ミルク配合散「雪印」
-------------------	----------------	-------------------

■基本診療料の施設基準等 (入退院支援加算「入院時支援加算」)

p.580 右段上から 10 行目	200 床未満の病院	200 床未満の保険医療機関
-------------------	------------	----------------

■基本診療料の施設基準等「精神科急性期医師配置加算の施設基準」

p.581 右段上から 22 ~ 24 行目	右を削除する	(1) 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) 以上の病院であること。
p.581 右段下から 23 行目の次	右を挿入する	(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) 以上の病院であること。
p.582 左段上から 26 行目 [通知 (3)]	当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合	当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合

■基本診療料の施設基準等「別添 6-別紙 18」(2) 蘇生術の施行)

p.589 右段下から 4 行目	人工呼吸器の装着	人工呼吸器の管理
------------------	----------	----------

■基本診療料の施設基準等 (地域包括ケア病棟入院料「地域包括ケア病棟入院料 1」)

p.605 左段上から 17 行目	提供している施設	提供している事業所
-------------------	----------	-----------

■基本診療料の施設基準等 (地域包括ケア病棟入院料「夜間看護体制特定日減算」)

p.606 左段上から 13 行目	看護補助者加算	看護補助者配置加算
-------------------	---------	-----------

■基本診療料の施設基準等 (精神科救急入院料「看護職員夜間配置加算」)

p.609 左段上から 16 行目の次 [通知 (3) カ]	右を挿入する	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。
--------------------------------	--------	--

■基本診療料の施設基準等 (精神科救急・合併症入院料「看護職員夜間配置加算」)

p.611 右段上から 36 行目の次 [通知 (3) カ]	右を挿入する	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。
--------------------------------	--------	--

■基本診療料の施設基準「第 11 経過措置」[11]

p.620 右段上から 8 行目 [経過措置] 11]	第 5 の 3 の (8) のトに該当するものとみなす。	第 5 の 3 の (8) のヘに該当するものとみなす。
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

■基本診療料の施設基準「届出に関する手続きの取扱いについて」

p.627 左段上から 23 ~ 46 行目 [通知「第 2」4]	(前略) 届出前 1 か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、(中略) 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こと並びに急性期一般入院料 2 及び急性期一般入院料 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 を算定している実績を有している。ただし、(中略) 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 の算定実績を要しない。なお、特に規定するもの他、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。	(前略) 届出前 1 か月の実績を有していること。ただし、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。なお、特に規定するもの他、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。 (1) 精神科急性期治療病棟入院料、(中略) 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。 (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。 (3) 並びに急性期一般入院料 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、(中略) 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。なお、特に規定するもの他、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。
-----------------------------------	---	--

■基本診療料の施設基準等（第4 経過措置等）

p.629 左段下から29行目(表1)	初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準	初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準（平成30年10月1日以降に算定する場合に限る）						
p.629 左段下から28行目の次(表1)	右を挿入する	一般病棟入院基本料（地域一般入院料1に限る）						
p.629 左段下から26行目の次(表1)	右を挿入する	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） 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、現に旧算定方法別表1に掲げる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であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る） 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、現に旧算定方法別表1に掲げる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であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る）						
p.629 右段上から17行目(表2)	右を挿入する	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料2及び3を除く）						
p.629 右段上から20行目(表2)	急性期一般入院基本料4から7	急性期一般入院基本料4から7						
p.629 右段上から24行目(表2)	療養病棟入院基本料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る）	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こと」について既に届け出ている保険医療機関を除く）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る）						
p.629 右段下から5行目の次	右を挿入する	特定集中治療室管理料1、2（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る）						
p.630 左段上から2～3行目	右を削除する	地域包括ケア病棟入院料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る）						
p.630 左段「表3」右欄の2～4段目	急性期一般入院基本料7 地域一般入院基本料2 地域一般入院基本料3	急性期一般入院基本料7 地域一般入院基本料2 地域一般入院基本料3						
p.630 左段「表3」	退院支援加算 → 入退院支援加算	<table border="1"> <tr> <td>退院支援加算</td> <td>→</td> <td>入退院支援加算</td> </tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料1</td> <td>→</td> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料2</td> </tr> </table>	退院支援加算	→	入退院支援加算	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
退院支援加算	→	入退院支援加算						
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						
p.630 左段下から22行目の次	右を挿入する	4 平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1の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、現に旧算定方法別表1の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旧算定方法別表1の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。						

■特掲診療料の施設基準

p.637 右段上から15行目(小児運動器疾患指導管理料)	ア 整形外科の治療経験20時下経験（後略）	ア 整形外科の治療に従事した経験（後略）
p.637 右段下から29行目の次(乳腺炎重症化予防ケア・指導料)	右を挿入する	(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)と同様である。
p.637 右段下から24行目の次(乳腺炎重症化予防ケア・指導料)	右を挿入する	(3) 1の(3)の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。

■特掲診療料の施設基準「外来後発医薬品使用体制加算」

p.666 右段下から27行目	破倫除去ミルク配合散「雪印」	パリン除去ミルク配合散「雪印」
-----------------	----------------	-----------------

■特掲診療料の施設基準「第12手術」「1」(2)

p.690 左段上から9～10行目	右を削除する	薬剤投与用胃瘻造設術
p.690 左段下から6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切除術

2. 厚労省のその他の告示・通知（5月21日告示229号／5月21日保医発0521・8／5月31日告示238号・239号／5月31日保医発0531・1／5月31日保医発0531・3）

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

■ C 200 薬剤の通知（厚生労働大臣の定める注射薬）

p.214 左段上から12行目下線部を追加	イクセキズマブ製剤、 <u>ゴリムマブ製剤</u> 及び <u>エミシズマブ製剤</u>
-----------------------	--

■ D 006-2 造血管腫瘍遺伝子検査

p.222 右段上から5行目の次に挿入	<p>(3) BRACAnalysis 診断システムは、D006-2 造血管腫瘍遺伝子検査の所定点数2回分、D006-4 遺伝学的検査「3」処理が極めて複雑なものの所定点数2回分を合算した点数を準用して算定できる。</p> <p>ア 転移性又は再発乳癌患者の全血を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、BRCA 1 遺伝子及びBRCA2 遺伝子の生殖細胞系列の変異の評価を行った場合に限り算定する。</p> <p>イ 本検査は、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関で実施する。</p> <p>ウ 本検査は、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施する。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。</p>
---------------------	--

■ D 007 血液化学検査

p.226 右段下から23行目の次に挿入	<p>→オートタキシン</p> <p>ア オートタキシンは、D007 血液化学検査「48」Mac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体の所定点数に準じて算定する。</p> <p>イ 本検査は、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。</p> <p>ウ 本検査とD007 血液化学検査「37」のプロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-P）、「38」のⅣ型コラーゲン、「40」のⅣ型コラーゲン・7S、「44」のヒアルロン酸又は「48」のMac-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。</p>
----------------------	--

■ D 413 前立腺針生検法

p.273 左段下から21行目の次に挿入	<p>→前立腺針生検法</p> <p>放射線治療用合成吸収性材料を用いる処置については、D413 前立腺針生検法の所定点数により算定する。</p>
----------------------	---

■ 材料価格基準

p.485 左段上から18行目の次に挿入	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">199 甲狀軟骨固定用器具</td> <td style="text-align: right;">190,000 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(18.6～20.3)</td> <td style="text-align: right;">200,000 円</td> </tr> <tr> <td>200 放射線治療用合成吸収性材料</td> <td style="text-align: right;">192,000 円</td> </tr> </table>	199 甲狀軟骨固定用器具	190,000 円	(18.6～20.3)	200,000 円	200 放射線治療用合成吸収性材料	192,000 円
199 甲狀軟骨固定用器具	190,000 円						
(18.6～20.3)	200,000 円						
200 放射線治療用合成吸収性材料	192,000 円						

■ 特掲診療料の施設基準等（別表第9）

p.719 右段下から12行目の次に下線部を挿入	<p>ゴリムマブ製剤</p> <p><u>エミシズマブ製剤</u></p>
--------------------------	---------------------------------------

3. 正誤

ページ・行	誤	正
-------	---	---

■ L 009 麻酔管理料（I）

p.453 左段下から7行目	帝王切開術時麻酔加算	帝王切開術時麻酔加算
----------------	------------	------------

— 以上につき訂正・追加いたします。