

歯科点数表の解釈（平成 30 年 4 月版） 追補

（平成 30 年 6 月・社会保険研究所）

●追補

以下の事務連絡により、本書の内容に訂正が生じたので、ここに追補します。

・平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について（平成 30 年 6 月 21 日 医療課事務連絡）

頁	箇所	訂正前	訂正後
43	右段上から 2 行目	(1) 一般病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注 7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「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、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。 [留]	(1) 一般病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「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から構成され、「注 1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「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、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。 [留]
53	右段上から 2 行目	◇ 「注 4」に規定する褥瘡対策加算 1 及び 2 は、ADL 区分 3 の状態の患者について、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添 1 の 2 の別紙様式 2 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。 ア (略) イ 褥瘡対策加算 2 については、直近 2 月の実績点が 2 月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の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	◇ 「注 4」に規定する褥瘡対策加算 1 及び 2 は、ADL 区分 3 の状態の患者について、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添 1 の 2 の別紙様式 2 の「医療区分・ADL 区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。 <u>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。</u> ア (略) イ 褥瘡対策加算 2 については、直近 2 月の実績点が 2 月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。 [留]

		合は、当該加算は算定できない。 [留]	
	右段下から 9行目	<p>◇ 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。<u>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。</u> [留]</p>	<p>◇ 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。<u>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。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。 [留]</p>
87	右段上から 14行目	<p>(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、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。(精神病棟を<u>のぞく</u>。)</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。 [留]</p>	<p>(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、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。(精神病棟を<u>除く</u>。)</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。 [留]</p>
107	右段下から 8行目	<p>(21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患</p>	<p>(21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患</p>

		者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。ア～ク（略） [留]	者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。ア～ク（略） [留]
115	右段上から 10行目	(10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。 この際、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(13)【(新型インフルエンザ等感染症等の患者を入院させる場合)〈医科〉(3)】に準ずるものとする。 また、区分番号「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。 [留]	(10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。 この際、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(13)【(新型インフルエンザ等感染症等の患者を入院させる場合)〈医科〉(3)】に準ずるものとする。 また、区分番号「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。 [留]
117	右段上から 4行目		
118	右段上から 10行目		
119	右段上から 22行目		
122	右段上から 16行目	(5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。 [留]	(5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟毎に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。 [留]
161	右段上から	(2) 当該患者について区分番号 B006-3 に掲	(2) 当該患者について区分番号 B006-3 に掲

	8行目	<p>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区分番号 B006-3-2 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<u>カウンセリング</u>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。 [留]</p>	<p>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区分番号 B006-3-2 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<u>指導管理</u>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。 [留]</p>
166	右段上から 12行目	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来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。 [留]</p>	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「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、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「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。 [留]</p>
	右段上から 23行目	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来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。 [留]</p>	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料</u>は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「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。 [留]</p>
167	右段上から 4行目	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。 [留]</p>	<p>(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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「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、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、<u>区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「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。 [留]</p>
178	右段上から 25行目	<p>(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に</p>	<p>(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に</p>

		<p>限り算定する。</p> <p>ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」から「別紙様式 49 の 2」まで又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。</p> <p>イ～エ (略) [留]</p>	<p>限り算定する。</p> <p>ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」及び「別紙様式 49 の 2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。</p> <p>イ～エ (略) [留]</p>
226	右段下から 4 行目	<p>(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。 [留]</p>	<p>(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「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。 [留]</p>
261	右段上から 7 行目	<p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 70%以上、75%以上又は 85%であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1 処方につき 2 点、4 点又は 5 点を所定点数に加算する。 [留]</p>	<p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 70%以上、75%以上又は 85%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1 処方につき 2 点、4 点又は 5 点を所定点数に加算する。 [留]</p>
281	右段上から 25 行目	<p>(5) 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</p> <p>また、当該保険医療機関外であっても、以下のアからウまでを全て満たす場合は、1 日に 3 単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。</p> <p>ア～エ (略) [留]</p>	<p>(5) 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。</p> <p>また、当該保険医療機関外であっても、以下のアからエまでを全て満たす場合は、1 日に 3 単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。</p> <p>ア～エ (略) [留]</p>

283	右段下から 4行目	<p>(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。</p> <p>ア～ク (略)</p> <p>ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のF I M115以下、B I 85以下の状態等のものをいう。 [留]</p>	<p>(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。</p> <p>ア～ク (略)</p> <p>ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のF I M115以下、B I 85以下の状態等のものをいう。 [留]</p>
300	右段下から 5行目	<p>〈医科〉通則5【通則6】の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注7【注7、注8】、区分番号「A001」の注5【「A002」の注5、注6】、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。 [留]</p>	<p>〈医科〉通則5【通則6】の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注7【注7、注8】、区分番号「A001」の注5【「A002」の注5、注6】、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。 [留]</p>
382	右段上から 5行目	<p>(21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。 [留]</p>	<p>(21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。 [留]</p>
774	上から 12行目	<p>4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、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、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</p>	<p>4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、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。</p> <p>(1) 精神科急性期治療病棟入院料、精神科</p>

		<p>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 か月、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 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こと。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算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号 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つては、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。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。</p>	<p>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 か月、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こと。</p> <p>(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つて、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 の届出を要しないこと。</p> <p>(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こと。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算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号 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つては、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。</p>
860	上から 8 行目	<p>(8) 次に掲げる項目のうち少なくとも 2 つを満たしていること。 ア～ウ （略） エ 介護保険法第 8 条第 2 項に規定する</p>	<p>(8) 次に掲げる項目のうち少なくとも 2 つを満たしていること。 ア～ウ （略） エ 介護保険法第 8 条第 2 項に規定する</p>

		訪問介護，同条4項に規定する訪問看護，同条第5項に規定する訪問リハビリテーション，同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同法条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している事業所が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。	訪問介護，同条第4項に規定する訪問看護，同条第5項に規定する訪問リハビリテーション，同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している事業所が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。
1010	下段	※様式に本追補9頁目の修正を加える	
1094	項番117の「診療行為名称等」	歯冠形成 3 窩洞形成 注9 う蝕歯無痛的窩洞形成加算	歯冠形成 3 窩洞形成 注10 う蝕歯無痛的窩洞形成加算

6 デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、病理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

2 「3」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。

3 「4」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。

4 「4」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

5 「5」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

6 「6」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。