

『点数表改定のポイント 2026 年6月』 正誤・追補 (2026.7.16 現在)

※「正誤」は記述の訂正です。**ゴシック太字下線**で表示しています。

※「追補」は書籍発行後の厚労省からの訂正による修正です。頁の下に■印を付し、修正箇所を**ゴシック太字下線**で表示しています。

※今回本資料に追加されたものは**マーカー**で示しています。

書籍本体								
頁	訂正箇所	誤	正					
4	上から7行目	後発医薬品関連の処方等の引き 上げ や	後発医薬品関連の処方等の引き 下げ や					
21	表内「カ」行	③ 診療報酬 明細書を患者に無料で交付していること	③明細書を患者に無料で交付していること					
58 ■	下から1行目の下に右を挿入	(6) (略) (7) 当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式5の7に基づき、1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。 (8)(7)～(11)(10) (略)						
65	(8)表の一番右	<table><tr><td>精神科疾患患者等受入加算</td></tr><tr><td>○</td></tr></table>	精神科疾患患者等受入加算	○	<table><tr><td>精神科疾患患者等受入加算</td></tr><tr><td>○</td></tr><tr><td>×</td></tr></table> (※訂正の趣旨 夜間休日救急医学管理料には加算できない)	精神科疾患患者等受入加算	○	×
精神科疾患患者等受入加算								
○								
精神科疾患患者等受入加算								
○								
×								
71 ■	一番下に右を挿入	(5) 当該保険医療機関が所属する2次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる地域に所在していた病院は、当該2次医療圏の再編統合後において当分の間、1(3)及び2(2)に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。						
75 ■	上から10行目	注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算…	注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3 及び注4 に規定する加算…					
90 ■	上から24行目	<u>(5) 3から5までの届出に必要な実績値及び集計期間については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。</u>	<u>(5) 2から4までの届出に必要な実績値及び集計期間については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。</u>					
95 ■	表欄外下の※2、3	※2 2026年3月31日において、現に生活習慣病管理料(Ⅰ)又は生活習慣病管理料(Ⅱ)の外来データ提出加算の届出を行っている医療機関については、2027年3月31日までの間に限り、充実管理加算1に規定する各疾病の管理について、十分な実績を有しているとの基準を満たしているものとする。 充実管理加算1、2は新たに届出を行う必要がある。 ※3 2026年5月31日において現に外来データ提出加算を算定していた医療機関については、 充実管理加算3が算定できる。充実管理加算3は新たに届出を行わなくても算定できる。	※2 2026年3月31日において、現に生活習慣病管理料(Ⅰ)又は生活習慣病管理料(Ⅱ)の外来データ提出加算の届出を行っている医療機関については、2027年3月31日までの間に限り、充実管理加算1に規定する各疾病の管理について、十分な実績を有しているとの基準を満たしているものとする。 充実管理加算1の届出を行う必要はない。 ※3 削除(2026.4.30 厚労省事務連絡「令和8年度における外来データ提出加算等の取扱いについて」を参照)					
96	表内「別に算定できない点数」行、「生活習慣病管理料(Ⅱ)」列	・ 医学管理等(ただし、B001の2 特定薬剤治療管理料、…	・ 医学管理 料 等(ただし、B001の2 特定薬剤治療管理料、…					
112 ■	下から13行目	カ 「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる人口の少ない地域(➡ P482)に所在する保険医療機関を受診した悪性腫瘍(治療中のものに限る)の患者、膠原病(治療中のものに限る)の患者及び慢性維持透析の患者	カ 「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる人口の少ない地域(➡ P482)に所在する保険医療機関(所属2次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる地域に所在していた保険医療機関は、当該再編統合後において当分の間、「基本診療料の施設基準等」別表第6の2の2に掲げる地域に所在する保険医療機関であるものとみなす)を受診した悪性腫瘍(治療中のものに限る)の患者、膠原病(治療中のものに限る)の患者及び慢性維持透析の患者					
115 ■	上から15行目	(1)～(2) (略)	(1) (略) (2) 高血圧症治療補助アプリを用いる場合「A001」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、「B001-2-9」地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料(Ⅰ)の					

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
			「2」 高血圧症を主病とする場合若しくは「B001-3-3」に掲げる生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する患者(入院中の患者を除く。)のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること。
119	一番上の枠内	全ての保険医療機関(医科・ 歯科) ⇔	全ての保険医療機関(医科) ⇔
139	<参考 在宅医療充実体制加算の施設基準>表3行目	(※訂正の趣旨「緊急往診」→「緊急の往診」 見え消しで表記)	
		緊急の往診・看取り実績	過去1年間の緊急の往診の実績 45 30 件以上、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績 20 30 件以上
140 ■	上から11行目	ウ 過去1年間の緊急の往診の実績を 45 30 件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を 20 30 件以上有していること。	ウ 過去1年間の緊急の往診の実績を 45 30 件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績及び過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。)の合計が を20 30 件以上有しているであること。
140 ■	上から13行目	エ 過去1年間において、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数の割合が2割以上であること。	エ 過去1年間において、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」又は在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算若しくは死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が2割以上であること。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に限る。なお、適切なケアを行う重度の認知症患者(認知症自立度Ⅳ又はMに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近3か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ)の延べ診療月数の割合が8分以上であり、適切なケアを行う重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が4分以上である場合には、重症患者割合は1割5分以上であること。
140 ■	上から18行目	オ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100人以下であること。訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。	オ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100人以下であること。ただし、以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算することができる。 ① 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者 ② 月1回訪問診療を行っている患者 なお、訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。
151 ■	下から12行目の(7)を右に差し替え	(7) 2026年3月31日時点で在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている医療機関であって、(4)の規定を満たせない場合は、2026年6月1日までに受理されるよう届出の出し直しを行う必要がある。 なお、2026年8月には在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届け出ている全ての医療機関において、(4)の規定の該当可否を確認し、確認結果を別添2の様式19を用いて報告する必要がある。(5月1日訂正事務連絡)	
157 ■	上から13行目	在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する基準の該当可否について毎年2月、5月、8月	在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する基準の該当可否について毎年2月、5月、8月

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
		及び11月に確認し、変更がある場合は別添2の様式19(⇒P199)を用いて同月中に速やかに地方厚生(支)局長に届出を行う。	月及び11月に確認し、変更がある場合(当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合)は別添2の様式19(⇒P199)を用いて同月中に速やかに地方厚生(支)局長に届出を行う。また、令和8年8月においては、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届け出る全ての医療機関において、注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む)に規定する基準の該当可否について確認し、該当する場合についても、確認の結果を別添2の様式19を用いて地方厚生(支)局長に報告する。
177 ■	上から11行目	…在宅患者訪問看護・指導料の「 <u>注13</u> 」に規定する…	…在宅患者訪問看護・指導料の「 <u>注12</u> 」に規定する…
189 ■	上から9行目	<u>在宅自己腹膜灌流指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の1の4(略)を用いる。</u>	<u>在宅自己腹膜灌流指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の1の4及び様式52(略)を用いる。</u>
190 ■	上から20行目	(※情報通信機器を用いた場合の点数改定が追加 見え消しで表記) 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2(月1回) 250点 → 240点(－10点) 情報通信機器を用いた場合 ☐ 218点 → 209点(－9点)	
191 頁下から6、9行目、192 頁下から下から13、17行目 ■		(<u>吸入酸素濃度 (FiO₂) 60%以上</u>)	(<u>酸素流量 6L/分以上</u>)
195 ■	下から20行目	(1) 在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫又は <u>非小細胞肺癌</u> の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。	(1) 在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫又は <u>非小細胞肺癌</u> の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、 当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。
195 ■	下から1行目	(施設基準の項目追加)	4. 施設基準 【通知】 1 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の <u>1に関する施設基準</u> (1)～(5)(略) 2 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の <u>2に関する施設基準</u> (1) <u>呼吸器内科、呼吸器外科又は腫瘍内科を標榜している病院であること。</u> (2) <u>非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療を過去1年間 10 例以上実施していること。</u> (3) <u>非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療の経験を過去1年間に5例以上有し、所定の研修を修了した常勤の医師が1名以上配置されていること。</u> (4) <u>関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が1名以上配置されていること。</u> (5) <u>関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。</u> (6) <u>皮膚関連有害事象を含む有害事象が発生した際、当該施設又は連携施設において専門的な対応が可能であること。</u>
197 ■	下から20行目	… <u>治療</u> 持続皮下インスリン注入療法に…	…持続皮下インスリン注入療法に…
200 ■	下から14行目	(18) 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日 <u>又は当該保険医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日に</u> 、訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。…	(18) 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に、訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合 <u>又は看護師等とする患者に対する情報通信機器を用いた診療において、当該患者の診療を担う保険医が所属する保険医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日若しくは訪問看護ステーションが訪問看護を行う日に、訪問看護ステーションの看護師等が、当該保険医の指示に基づき、当該訪問看護の</u>

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
			一環として、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。…
205 ■	下から23行目 (検体検査判断料の注)	注3 D004-2の1、D006-2からD006-9まで、	注3 D004-2の1、 D004-3 、D006-2からD006-9まで、
245 ■	上から3行目、13行目	ア 問診、身体所見 又は 他の検査所見から…	ア 問診、身体所見 及び 他の検査所見から…
245 ■	上から8行目 右を削除	当該検査を実施するに当たっては、(イ)の①から④までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。	
300	上から3行目	(4) 休日リハビリテーション加算が新設された。入院中の患者及び一部の入院外患者に対し土曜日、日曜日又は祝日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から 7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算し 30日目までを限度として、	(4) 休日リハビリテーション加算が新設された。入院中の患者及び一部の入院外患者に対し土曜日、日曜日又は祝日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から30日目までを限度として、
302 ■	上から4行目	…退院前の 保険医療機関に入院中の起算日と同様であるものとする。 入院日…	…退院前の入院日…
302 ■	上から10行目	(17) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、…休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。	(17) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、…休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。 なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注5」に規定する加算は算定できない。
305 ■	下から3行目	(11) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、…「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。	(11) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、…「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。 なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注5」に規定する加算は算定できない。
308 ■	上から21行目	(4) リハビリテーション総合実施計画書…は、別紙様式21又はこれに準じた様式とする(令和8年度改定前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和6年3月5日保医発0305第4号)の別紙様式21(当該様式を参考としたものを含む)を使用して差し支えない)。	(4) リハビリテーション総合実施計画書…は、別紙様式21又はこれに準じた様式とする(令和8年度改定前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和6年3月5日保医発0305第4号)の別紙様式21 の6又は別紙様式23 (当該様式を参考としたものを含む)を使用して差し支えない)。
309 ■	下から8行目	注3 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局長等に届け出た保険医療機関について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハ)については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限り) 1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 (編注：二重線は削除誤りと考えられる)	注3 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局長等に届け出た保険医療機関について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハ)については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限り) 1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。
311	上から10行目	(2) 摂食嚥下機能回復体制加算1又は3の… (3) (略)	4 届出に関する事項 (1) 摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の6及び様式43の6の2を用いること。 (2) 摂食嚥下機能回復体制加算1又は3の… (3) (略)
314	下から1行目	…「1」の「重症の場合」におけるイは1回60分以上、 ロは1回40分以上 60分未満、「2」の「1以外の場合」は…	…「1」の「重症の場合」におけるイは1回60分以上、 ロは1回40分以上 60分未満、「2」の「1以外の場合」は…
319 ■	下から4行目	、本区分により算定する。	、「1」の点数を算定する。

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
322	下から 1 行目	(18) 2026 年 3 月 31 日時点で オンライン精神療法の届出をしている医療機関は、再届出の必要はない。	(18) オンライン精神療法の届出をしている医療機関は、再届出の必要はない。
332 ■	下から 18 行目の下に右を挿入	エ 急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料を届け出ている病院であって、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院	
335 ■	上から 19 行目	イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害 又は 神経性過食症の患者に対して、…	イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症 又は不眠症 の患者に対して、…
344 ■	上から 19 行目	(32) 「注 42 13」に規定する特別地域訪問看護加算は、次のいずれかに該当する精神科・訪問看護を行った場合に、	(32) 「注 42 13」に規定する特別地域訪問看護加算は、次のいずれかに該当する精神科訪問看護・指導を行った場合に、
355 ■	上から 8 行目	身体の腎 は含まない。	身体の腎 を含む。
379	下から 12 行目	K074-3 関節鏡下三角繊維軟骨複合体切除・縫合術 （関節鏡下）	K074-3 三角線維軟骨複合体切除術 （関節鏡下）
388 ■	上から 7 行目	、変形性膝関節症、 大腿骨頭壊死症 又は	、変形性膝関節症、 膝関節骨壊死症 又は
388	上から 20 行目	(1) 頸胸椎移行部、胸腰椎移行部又は腰仙椎移行部の椎間に対して椎間板摘出術を行った場合は、頭側の区分の所定点数で算定する。	(1) 頸胸椎移行部、胸腰椎移行部又は腰仙椎移行部の椎間に対して椎間板摘出術を行った場合は、頭側の区分の所定点数で算定する。 (※訂正の趣旨 下線の追加)
392 ■	下から 11 行目	遵守している旨を届け出ていること。	遵守していること。
395 ■	下から 6 行目	(1) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、 先天性乳房形成不全、乳房欠損 又は… (2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、先天性乳房形成不全、 乳房欠損 又は… ア～ウ（略）	(1) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、 先天性乳房形成不全、乳房欠損 又は… (2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、先天性乳房形成不全、 乳房欠損 又は… ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例 又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例 。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において早期乳癌（Stage0-ⅢA）で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ 一次二期的再建の場合乳腺全摘術時 又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例に対し 組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 ウ（略）
397 ■	上から 1 行目	(施設基準の変更の追加)	K476 乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算 1 又は乳癌センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る） ア. 施設基準 (1)～(2)（略） (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。病理部門が設置され、病理医が配置されていること。ただし、保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準を届け出ている保険医療機関にあっては、病理医が配置されていなくても差し支えない。 (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
404 ■	下から 7 行目	(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 冠動脈に関する血管内治療（PCI）を年間 100 例以上実施していること。 イ 経食道心エコー検査を年間 100 例以上（うち、術中経食道心エコー検査を年間 30 例以上、それ以外の診断目的の経食道心エコー検査を年間 50 例以上）実	(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。 イ 冠動脈に関する血管内治療（PCI）を年間 100 例以上実施していること。 ウ 経食道心エコー検査を年間 100 例以上（うち、術中経食道心エコー検査を年間 30 例以上、それ以外の

書籍本体														
頁	訂正箇所	誤	正											
		<u>施していること。</u> <u>ウ 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 100 例以上実施していること。</u> <u>エ 僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術を合わせて年間 20 例以上実施していること。</u> <u>オ 経皮経静脈的僧帽弁交連切開術又は肺静脈隔離術等において実施する心房中隔穿刺手技（経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術において実施する場合を除く）（以下「ブロッケンブロー手技」という）を年間 20 例以上実施していること。</u>	<u>診断目的の経食道心エコー検査を年間 50 例以上）実施していること。</u> <u>エ 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 100 例以上実施していること。</u> <u>オ 僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術を合わせて年間 20 例以上実施していること。</u> <u>カ 経皮経静脈的僧帽弁交連切開術又は肺静脈隔離術等において実施する心房中隔穿刺手技（経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術において実施する場合を除く）（以下「ブロッケンブロー手技」という）を年間 20 例以上実施していること。</u>											
410 ■	上から 9 行目	<u>(2) 当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を合わせて年間 5 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 3 例以上実施していること。</u>	<u>(2) 当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を合わせて 2 年間で 5 例以上実施していること。</u>											
414 ■	上から 17 行目	<u>…常勤の医師が 2 名以上配置されていること。</u>	<u>…常勤の医師がそれぞれ配置されていること。</u>											
445	下から 12 行目	<u>(3) 看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告する計画を作成している。</u> <u>(4) (3)の計画に基づく看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告する。</u>	<u>(3) 看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告する計画を作成している。</u> <u>(4) (3)の計画に基づく看護職員等の処遇の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告する。</u>											
445		「看護職員処遇改善評価料の実績報告書・中間報告書」の表について、449 頁の「外来・在宅ベースアップ評価料（I）の実績報告書・中間報告書」の表と同じ趣旨の訂正												
446 ■	下から 2 行目	「看護職員等の数」及び	「看護職員等の数」又は											
449	「外来・在宅ベースアップ評価料（I）の実績報告書・中間報告書」の表	（※訂正の趣旨「実施報告」→「実績報告」 見え消しで表記） 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の実績実施報告書・中間報告書 <table><tr><th></th><th>報告タイミング</th><th>内容</th><th>様式</th></tr><tr><td>中間報告</td><td>当年度の 8 月</td><td>当年度の中間報告</td><td rowspan="2">様式 100、別添 1（個人の場合）、別添 2（法人の場合）</td></tr><tr><td>実績実施報告</td><td>翌年度の 8 月</td><td>過年度の実績実施報告（4 月～翌年 3 月分、または 6 月～翌年 5 月分）</td></tr></table>			報告タイミング	内容	様式	中間報告	当年度の 8 月	当年度の中間報告	様式 100、別添 1（個人の場合）、別添 2（法人の場合）	実績実施報告	翌年度の 8 月	過年度の 実績 実施報告（4 月～翌年 3 月分、または 6 月～翌年 5 月分）
	報告タイミング	内容	様式											
中間報告	当年度の 8 月	当年度の中間報告	様式 100、別添 1（個人の場合）、別添 2（法人の場合）											
実績実施報告	翌年度の 8 月	過年度の 実績 実施報告（4 月～翌年 3 月分、または 6 月～翌年 5 月分）												
451	下から 1 行目	<u>追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、</u>	<u>追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当によって賞金の改善を行った場合又は令和 6 年度及び令和 7 年度において翌年度の賞金の改善のために繰り越しを行う場合（令和 8 年 12 月までに賞金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。など、ベア等以外の方法による賞金改善を行うことが認められる。</u>											
453 ■	下から 16 行目	<u>(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。</u>	<u>(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う「賞金改善実績報告書」及び「賞金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。</u>											
460 ■	下から 3 行目（本文）	<u>(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添 2 の様式 96 の作成に当たって別添 2 の様式 99 を、別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。</u>	<u>(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添 2 の様式 96 の作成に当たって別添 2 の様式 99 を、「賞金改善実績報告書」及び「賞金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。</u>											
461	上から 15～16 行目	(1) 入院ベースアップ評価料の 1～165 の点数は据え置かれ、 249 区分まで拡大された。さらに 2027 年 6 月以降は 500 区分まで拡大される。なお、 250 以降の点	(1) 入院ベースアップ評価料の 1～165 の点数は据え置かれ、 250 区分まで拡大された。さらに 2027 年 6 月以降は 500 区分まで拡大される。なお、 251 以降の点											

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
		数は 27 年 6 月以降の算定開始となる。	点数は 27 年 6 月以降の算定開始となる。
465 ■	上から 6 行目	(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添 2 の様式 97 の作成に当たって別添 2 の様式 99 を別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。	(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添 2 の様式 97 の作成に当たって別添 2 の様式 99 を、 「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添 2 の様式 100 の別添 1 の作成に当たって代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。
501 ■	下から 10 行目	…7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る） ）及び…	…7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料及び…
501 ■	下から 4 行目	… <u>重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。</u>	…重症度、医療・看護必要度の基準を、 現に 7 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。）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、7 対 1 入院基本料（特定機能病院 A 入院基本料、特定機能病院 B 入院基本料又は特定機能病院 C 入院基本料）（一般病棟に限る。）の重症度、医療・看護必要度の基準を令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り満たすものとみなす。
502 ■	上から 14 行目	…同条第 3 項又は同法第 24 条の…	…同条第 3 項、 同法第 23 条の 3 又は同法第 24 条の…
521 ■	下から 15 行目	(1) 急性期病院 A 一般入院料及び急性期病院 A 精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で 1,200 件以上であること。なお、全身麻酔とは、医科点数表に掲げる麻酔のうち L008 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。 また、手術とは、医科点数表に掲げる手術（輸血管理料を除く）をいう。	(1) 急性期病院 A 一般入院料及び急性期病院 A 精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車（ 消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。以下同じ。）又は救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第 2 条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。以下同じ。）による搬送件数が、年間で 2,000 件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で 1,200 件以上であること。なお、全身麻酔とは、医科点数表に掲げる麻酔のうち L008 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表に掲げる手術（輸血管理料を除く）をいう。
522 ■	上から 15 行目 上から 25 行目	(6) (2)ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、 <u>当分の間、(2)ウに該当する保険医療機関については、別紙 4 に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、…</u> (通知の追加)	(6) (2)ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、 <u>当該時点で(2)ウに該当する保険医療機関については、当分の間、別紙 4 に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、…</u> (10) 令和 8 年 5 月 31 日までに実施した全身麻酔による手術件数に係る実績については、令和 8 年度改定前の医科点数表第 2 章第 11 部に掲げる麻酔のうち「L008」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ること差し支えない。
537 ■	上から 22 行目	(3) (略)	(3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、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、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、 地域包括医療病棟入院料 又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。）から当該病棟入院し、在宅に退院した 1 年間の患者（当該保険

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
			医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。)を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。
541 ■	上から8、10行目	A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の 注1 に規定する…	A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の 注2 に規定する…
542 ■	下から4枠目	【36の下に右記を追加】	47 86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46(14を除く。)に該当しない場合
543 ■	上から8枠目	47 86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46(14を除く。)に該当しない場合	【左記を削除】
562 ■	上から2行目	…届け出は、別添7の様式9 及び様式20 を用いること。…	…届け出は、別添7の様式9を用いること。…
574	下から5行目	…注5の医師配置加算の 常勤換算が 32時間以上から31時間以上に変更された。	…注5の医師配置加算 における常勤医師の常勤要件に係る所定労働時間数の基準が週 32時間以上から31時間以上に変更された。
576 ■	上から9行目	入院期間の起算日は、 通則5 の起算日とする。	入院期間の起算日は、 通則7 の起算日とする。
591 ■	上から10行目	(イ) 別添 1 の第2の4の2(7)において…	(イ) 別添 2 の第2の4の2(7)において…
596 ■	上から20行目	(10) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、…	(10) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算 及び地域包括医療病棟入院料 の届出を行っている保険医療機関については、…
597 ■	上から4行目	(18) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、6の(4)に係る基準を満たしているものとみなす。	(18) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、6の(4)に係る基準を満たしているものとみなす。 (19) 令和8年5月31日までに実施した全身麻酔による手術件数に係る実績については、令和8年度改定前の医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち「L008」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ることと差し支えない。 (20) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、2の(2)、3の(2)及び4の(3)のうち、それぞれ全身麻酔による手術件数に係るものと並びに6の(3)に係る基準を、令和8年3月31日において現に総合入院体制加算2又は3の届出を行っている保険医療機関については6の(3)に係る基準を、令和9年5月31日までの間に限り満たしているものとみなす。 (21) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に地域最多救急病院であった病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1(9)、6(3)及び(4)に係る基準について、地域最多救急病院であるものとみなす。
604 ■	上から10行目	…又は同法第24条の規定による…	…、 同法第23条の3 又は同法第24条の規定による…
611	下から5行目	(10) A209 特定感染症入院医療管理加算(1日につき) 回 (病院・診療所)	(10) A209 特定感染症入院医療管理加算(1日につき) (病院・診療所)
616	上から3行目	エ 常勤 看護師 数が入院患者数の10%以上。	エ 常勤 医師 数が入院患者数の10%以上。
617 ■	上から13行目	…B005 退院時共同指導料及び…	…B005 退院時共同指導料 2 及び…
619 ■	上から13行目	(1) 看護・多職種協働加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式9、様式10及び様式13の2を用	(1) 看護・多職種協働加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式9、様式10、 様式10の2、様式10

書籍本体													
頁	訂正箇所	誤			正								
		いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。			の5 及び様式13の2を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。								
621 ■	「別紙1ー2 令和9年5月31日までの間、級地の調整を行う地域」	(誤) <table><tr><td rowspan="3">5級地</td><td rowspan="3">4級地</td><td>埼玉県</td><td>…</td></tr><tr><td>愛知県</td><td>…</td></tr><tr><td>京都府</td><td>福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、長岡京市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町</td></tr></table>				5級地	4級地	埼玉県	…	愛知県	…	京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、 長岡京市 、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
5級地	4級地	埼玉県	…										
		愛知県	…										
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、 長岡京市 、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町										
		(正) <table><tr><td rowspan="3">5級地</td><td rowspan="3">4級地</td><td>埼玉県</td><td>…</td></tr><tr><td>愛知県</td><td>…</td></tr><tr><td>京都府</td><td>福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町</td></tr></table>				5級地	4級地	埼玉県	…	愛知県	…	京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
5級地	4級地	埼玉県	…										
		愛知県	…										
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町										
621 ■	「別紙1ー2 令和9年5月31日までの間、級地の調整を行う地域」	(誤) <table><tr><td rowspan="3">4級地</td><td rowspan="3">5級地</td><td>茨城県</td><td>稲敷市、つくばみらい市、阿見町</td></tr><tr><td>滋賀県</td><td>大津市、草津市、栗東市</td></tr><tr><td>兵庫県</td><td>川西市、猪名川町</td></tr></table>				4級地	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町	滋賀県	大津市、草津市、栗東市	兵庫県	川西市 、猪名川町
4級地	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町										
		滋賀県	大津市、草津市、栗東市										
		兵庫県	川西市 、猪名川町										
		(正) <table><tr><td rowspan="2">4級地</td><td rowspan="2">5級地</td><td>茨城県</td><td>稲敷市、つくばみらい市、阿見町</td></tr><tr><td>兵庫県</td><td>猪名川町</td></tr></table>				4級地	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町	兵庫県	猪名川町		
4級地	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町										
		兵庫県	猪名川町										
622	上から10行目	特定感染症患者療養環境特別加算 (週1回)			特定感染症患者療養環境特別加算 (1日につき)								
625 ■	下から17行目	…地域連携に係る業務に 関する十分な経験 に従事した経験を…			…地域連携に係る業務に従事した経験を…								
635 ■	下から12行目	…歯科医療機関による歯科 訪問 診療が行われても、…			…歯科医療機関による歯科診療が行われても、…								
636 ■	上から11行目	…治療上の課題 を 生じている…			…治療上の課題 が 生じている…								
636 ■	下から21行目	…歯科医療機関による歯科 訪問 診療が行われた場合は、…			…歯科医療機関による歯科診療が行われた場合は、…								
654 ■	下から3行目	(1)～(4) (略)			(1)～(3) (4) 新規届出の場合は、第4(5)に基づき当該保険医療機関において出向に関する具体的な計画が策定された時点で届出を行うことができる。また、現に出向を開始した月から算定を開始すること。								
665 ■	上から8行目	(1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームへと退院したものについては、			(1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム 等 へと退院したものについては、								
671 ■	下から13行目	医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の19を用いること。			(1) 医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の19を用いること。 (2) 別紙3に掲げる人口の少ない地域の二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前の当該二次医療圏に所属する地域は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1(1)に係る基準について、別紙3に掲げる人口の少ない地域であるものとみなす。その際、同一の二次医療圏に係る基準については、再編統合前の二次医療圏を単位とすることに留意すること。								
676	下から3行目	当該月の末日から3年前精神病床の許可病床数			当該月の末日から3年前 の時点での 精神病床の許可病								

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
■			床数
678	上から 8 行目	(2) 特定入院料における各種基準の計算方法において、	(2) 特定入院料における各種基準 (在宅等に退院するものの割合その他の患者の割合) の計算方法において、
678	下から 7 ～ 8 行目	エ 緩和ケア病棟入院料については包括されない除外薬剤・注射薬に追加はなく、上記ウを除き取り扱いに変更はない。	エ 緩和ケア病棟入院料については包括されない除外薬剤・注射薬に追加はなく、上記ウを除き取り扱いに変更はない。 オ 精神科救急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料については、上記ア～ウに加えてクロザピンと持続性抗精神病注射薬剤が別に算定できる。
692 ■	下から 20 行目	…次の内容を含むものである。 また、令和 6 年 3 月 31 日までに ADL 維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和 8 年 3 月 31 日までの間に限り当該研修を修了しているものとみなす。	…次の内容を含むものである。 また、令和 6 年 3 月 31 日までに ADL 維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和 8 年 3 月 31 日までの間に限り当該研修を修了しているものとみなす。 また、これらの内容に加え、高齢者の救急患者等に対してリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う観点から、維持期のリハビリテーションや医療介護連携に係る内容を含んでもよい。
698 ■	下から 5 行目	引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和 8 年 3 月 31 日時点で廃用症候群により特殊疾患入院医療管理料障害者施設等入院基本料を算定する 病棟 に入院している患者	引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和 8 年 3 月 31 日時点で廃用症候群により特殊疾患入院医療管理料障害者施設等入院基本料を算定する 病室 に入院している患者
700 ■	下から 6 行目	注 11 診療に係る費用（注 2、注 3 及び注 5 から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 検査 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、	注 11 診療に係る費用（注 2、注 3 及び注 5 から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 評価提供料 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、
701 ■	上から 9 行目 上から 23 行目	注 12 診療に係る費用（注 2 から注 7 まで、注 9（小児入院医療管理料 3 を算定するものに限る）及び注 10（小児入院医療管理料 3 を算定するものに限る）に規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 検査 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、… 注 13 診療に係る費用（注 2 から注 7 までに規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 検査 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）を除く）、在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、 検査（D006-19 がんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）を除く）、…	注 12 診療に係る費用（注 2 から注 7 まで、注 9（小児入院医療管理料 3 を算定するものに限る）及び注 10（小児入院医療管理料 3 を算定するものに限る）に規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 評価提供料 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、… 注 13 診療に係る費用（注 2 から注 7 までに規定する加算、当該患者に対して行った医学管理等（B011-5 がんゲノムプロファイリング 評価提供料 （造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、 検査（D006-19 がんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る）に限る）、…
707 ■	下から 14 行目	施設基準を満たす 場合は、	施設基準を満たす ものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る）について、
711	下から 17 行目	別表第五の一の二 次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬	自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び 別表第五の一の二 次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬
736 ■	下から 5 行目	令和 8 年 3 月 31 日時点で廃用症候群により障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者	令和 8 年 3 月 31 日時点で廃用症候群により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者
739	上から 6 行目	(⇒534)	(⇒503)
749	上から 11 行目	(3) K048 骨内異物（挿入物を含む）除去術 11 中手骨内異物除去術が、 口の「イ以外の場合」 に新設された。	(3) K048 骨内異物（挿入物を含む）除去術 11 中手骨内異物除去術が、 イの「主として入院で実施されている手術を行った場合」 に新設された。

書籍本体			
頁	訂正箇所	誤	正
768 ■	上から 12 行目の下に右を挿入	・ C002 在宅時医学総合管理料の注 16、C002-2 施設入居時等医学総合管理料の注 5 に規定する月 2 回以上訪問診療を行っている場合でも月 1 回の区分で算定する基準	
769 ■	下から 7 行目	・ C002 在宅時医学総合管理料及び C002-2 施設入居時等医学総合管理料	削除
770 ■	上から 1 行目の上に右を追加	(1) 2026 年 8 月 1 日以降算定する場合は届出が必要な項目 (基本診療料) ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	
770 ■	上から 8 行目	・ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 及び 4 ・ A308 回復期リハビリテーション入院医療管理料	・ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 及び 4 ・ A308 回復期リハビリテーション入院医療管理料
771 ■	下から 13 行目の下に右を挿入	・ A308 回復期リハビリテーション入院医療管理料	

Web 分冊			
頁	訂正箇所	誤	正
6 ■	上から 6 行目	<u>(8) 特定集中治療室管理料 1 の(6)から(8)まで及び(11)並びに特定集中治療室管理料 2 の(2)及び(5)の施設基準を満たすものであること。</u>	<u>(8) 特定集中治療室管理料 1 の(6)、(8)及び(11)並びに特定集中治療室管理料 2 の(2)及び(5)の施設基準を満たすものであること。</u>
13	下から 5 行目	<u>(2)(4) 特定集中治療室管理料 3 の(1)、(2)、(4)及び(5)(4)を満たすこと</u>	<u>(2)(4) 特定集中治療室管理料 2 の(1)、(2)、(4)及び(5)(4)を満たすこと</u>
15 ■	上から 2 行目	右記を追加	(8) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1 (14)、2 (3)のうち 1 (14)に係る基準及び 3 (1)のうち 1 (14)に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。
22 ■	上から 12 行目	右記を追加	(6) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1 (8)及び 2 (2)のうち 1 (8)に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。
22	上から 20 行目	加された。 それぞれ 、年間 20 回以上の算定実績が必要となる。	加された。 合計して 、年間 20 回以上の算定実績が必要となる。
37 ■ (一部)	下から 5 行目	なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームへと退院したものについては、入院日から起算して 4 月以内に退院した場合も、3 月以内に退院したものとみなして本号を適用する。	なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームへと退院したものについては、入院日から起算して 4 月以内に退院した場合も、3 月以内に退院したものとみなして本号を適用する。
38 ■	上から 20 行目	…、別添 7 及び様式 20 を用いること。…	…、別添 7 を用いること。…
45 ■	上から 10 行目	(1)～(5) (略)	(1)～(4) (略) (5) <u>特定一般病棟入院料の注 7 に規定する施設基準</u> <u>イ (略)</u> <u>ロ 次のいずれかに該当すること。</u> <u>①～④ (略)</u> <u>⑤ 次のいずれか 2 つ以上を満たしていること。</u> <u>6 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前 3 月間において 6 回以上算定している保険医療機関であること。</u>
47 ■	上から 3 行目	③～⑥ (略)	③～⑤ (略)

			⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 の算定回数の合計が直 近 3 か月間で 6 回以上であること。
--	--	--	---

最新の正誤表については、保団連 HP(<https://hodaanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。

保団連正誤表

検索

<https://hodaanren.doc-net.or.jp/>
