

『保険診療の手引』 2016年4月版 正誤及び追補 (2017.7.14 現在)

※2016年6月末以降に新たに示された追補に基づく正誤に関しては■印で示している。

頁	訂正箇所	誤	正																
94	下から9行目、皮膚科 特定疾患…の「要カル テ記載事項」	診療計画及び診療内容の要点	診療計画及び指導内容の要点																
106	「在宅医療」に右記を 追加	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">在宅患者訪問栄養食事指導料</td> <td style="width: 30%;">…</td> <td style="width: 40%;">…</td> </tr> <tr> <td>在宅自己注射指導管理料</td> <td>指導内容を詳細に記載した文書</td> <td>不要</td> </tr> <tr> <td>在宅酸素療養指導管理料</td> <td>…</td> <td>…</td> </tr> </table>	在宅患者訪問栄養食事指導料	…	…	在宅自己注射指導管理料	指導内容を詳細に記載した文書	不要	在宅酸素療養指導管理料	…	…								
在宅患者訪問栄養食事指導料	…	…																	
在宅自己注射指導管理料	指導内容を詳細に記載した文書	不要																	
在宅酸素療養指導管理料	…	…																	
123	左段下から11行目	…再診の費用（再診療・外来診療料の時間外加算…	…再診の費用（再診料・外来診療料の時間外加算…																
123	右段下から1行目	…入院患者が歯口腔の疾患のために歯科…	…入院患者が歯又は口腔の疾患のために歯科…																
107	【入院】の「点数」欄、下 から7行目	栄養サポートチーム加算	栄養サポートチーム加算																
143	左段上から1行目	別の診療科（医学法上の…	別の診療科（医療法上の…																
174	右段上から8行目	…及び同一疾患について、(1)①～⑩のうち同一の…	…及び同一疾患について、(1)①～⑩のうち同一の…																
179	左段上から1行目	α-フェトプロテイン（AFP）又はPIVKA II（月1回に限る）	α-フェトプロテイン（AFP）、PIVKA-II 半定量 又は 定量 （月1回に限る）																
■192	左段上から1行目	に透析を必要とする入院外の患者をいう（ただし、 結核病棟、精神病棟、有床診療所 に入院中の患者の他医療機関への受診時の透析は除く）。なお、診療録…	に透析を必要とする入院外の患者をいう（ただし、 結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る）、有床診療所入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合における 入院中の患者の他医療機関への受診時の透析は除く）。なお、診療録…																
254	イメージ図、「入院医療 機関」の枠内	退院時共同指導料2 入院中1回（場合により2回） 在宅療養支援診療所と連携 400点 上記以外 300点	退院時共同指導料2 入院中1回（場合により2回） 400点																
■279	左段上から7行目に右 記を挿入	また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。 なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあつては、調剤技術基本料の(1)により算定する。																	
■279	左段下から22行目	…血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、…	…血液凝固阻止剤（ 内服薬に限る ）、ジギタリス製剤、…																
308	右段上から20行目	(9) 在宅療養指導管理に用いる注射薬で出す…	(9) 在宅療養指導管理に用いる注射薬を 院外処方せんで 出す…																
311	左段上から16行目	一重管 4, 460 円 二重管 5, 970 円	一重管 4, 350 円 二重管 5, 870 円																
311	左段上から20行目	二重管 6, 150 円 ・カフなし気管切開チューブ 4, 200 円 イ. 輪状甲状膜切開チューブ 4, 820 円	二重管 6, 030 円 ・カフなし気管切開チューブ 4, 120 円 イ. 輪状甲状膜切開チューブ 3, 750 円																
311	左段下から13行目	オ. 特定（II） 2, 130 円	オ. 特定（II） 2, 090 円																
311	右段上から2行目	・特定積層型 5, 870 円	・特定積層型 5, 780 円																
338	左段上から9行目	(1) 「同一建物」とは、具体的には P287 6の施設や…	(1) 「同一建物」とは、具体的には P312 6の施設や…																
345	往診料一覧表、強化型 以外の支援診・支援病 欄内	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">実績型②</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">720</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1,320</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">…</td> </tr> </table>		実績型②		720		1,320		…	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">実績型②</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">720</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1,420</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">…</td> </tr> </table>		実績型②		720		1,420		…
	実績型②																		
	720																		
	1,320																		
	…																		
	実績型②																		
	720																		
	1,420																		
	…																		
354	右段下から9行目	イ. 末期の悪性腫瘍と診断した後に、 診問診料 を開始…	イ. 末期の悪性腫瘍と診断した後に、 訪問診療 を開始…																
355	右段下から5行目	…かつ訪問毎に当該様式①を添付する…	…かつ訪問毎に当該様式①を添付する…																
362	右段、(B)施設総管の 表中「1」の「ロ」の「月2 回以上」の「上記以外」 欄の、単一建物患者数 2～9人の欄	1,550	1,650																
363	左段下から8行目、右 段下から7行目	…患者1人につき1回に限り、 重症者加算 として、所 定点数に600点加算する。	…患者1人につき1回に限り、 頻回訪問加算 として、所 定点数に600点加算する。																
368	左段下から10行目～9 行目	…必要な医学管理を行っている場合に 重症者加算 とし て算定する。	…必要な医学管理を行っている場合に 頻回訪問加算 とし て算定する。																
374	事例5、6、④在宅欄内	深夜・ 救急	深夜・ 緊急																

頁	訂正箇所	誤	正												
377	右段 22～23 行目、下線部を削除	在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料の看取り加算は別に算定できない。	在宅患者訪問看護・指導料等の在宅ターミナルケア加算は別に算定できない。												
383	右段上から 12 行目	… (⇒ 4) に対し…	… (⇒ 5) に対し…												
402	左段上から 25～29 行目	② 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、又は在宅療養指導管理料を算定した場合は、衛生材料等提供加算は当該管理料に含まれ、…	② 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、又は在宅療養指導管理料を算定した場合は、衛生材料等提供加算は当該管理料に含まれ、…												
402	訪問看護の算定可否一覧表内、訪問看護ステーションと訪問看護ステーションの同一日欄	<table border="1"> <tr><td>同一日</td></tr> <tr><td>—</td></tr> <tr><td>○※2</td></tr> <tr><td>○※2</td></tr> <tr><td>△</td></tr> <tr><td>○</td></tr> </table>	同一日	—	○※2	○※2	△	○	<table border="1"> <tr><td>同一日</td></tr> <tr><td>—</td></tr> <tr><td>△※2</td></tr> <tr><td>△※2</td></tr> <tr><td>△</td></tr> <tr><td>○</td></tr> </table>	同一日	—	△※2	△※2	△	○
同一日															
—															
○※2															
○※2															
△															
○															
同一日															
—															
△※2															
△※2															
△															
○															
■434	「在宅療養指導管理料・材料加算」欄の「C111在宅肺高血圧症患者指導管理料」の下に右の通り追加	<table border="1"> <tr> <td>478</td> <td>C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…</td> <td>1,500 2,500 10,000 3,200</td> <td>月1回 2月に2回 月1回 月1回</td> <td>①～⑭</td> </tr> </table>	478	C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…	1,500 2,500 10,000 3,200	月1回 2月に2回 月1回 月1回	①～⑭								
478	C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…	1,500 2,500 10,000 3,200	月1回 2月に2回 月1回 月1回	①～⑭											
■435	「C111在宅肺高血圧症患者指導管理料」の「 1 在宅療養指導管理料加算」欄に追加	<table border="1"> <tr> <td>C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料</td> <td>C152 間歇注入シリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	C152 間歇注入シリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…											
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料	C152 間歇注入シリンジポンプ C168 携帯型… C168-2 携帯型…														
447	「中間型インスリンアナログ製剤」の一般名欄	中間型インスリンリスプロ	インスリンリスプロ												
453	左段上から 1 行目	なお、1 回目の手技料は人工腎臓の 3 (その他の場合) で算定する。この場合、頻回指導管理 (2,000 点) は算定できない。	(削除)												
467	左段上から 6、10、14 行目	…在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ア 及び イ の要件…	…在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ① 及び ② の要件…												
467	左段上から 15 行目	…なお、 イ の要件を根拠に算定する場合…	…なお、 ② の要件を根拠に算定する場合…												
467	左段上から 27 行目	… ウ の要件に該当する患者に対して医療機関…	… ③ の要件に該当する患者に対して医療機関…												
468	左段上から 7 行目	…在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ア 及び イ の要…	…在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ① 及び ② の要件…												
468	左段上から 10 行目	… (在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ア 又は イ) …	… (在宅持続陽圧呼吸法指導管理料 2 の ① 又は ②) …												
468	左段上から 11 行目	…また、 イ の要件を…	…また、 ② の要件を…												
■478	「 1 算定点数」の指導管理料の下に右記を追加	間歇注入シリンジポンプ加算 (2月に2回) 1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500 点													
■478	左段上から 18 行目	「プロスタグランジン ₂ 製剤の…	(1) 「プロスタグランジン ₂ 製剤の…												
■478	左段下から 10 行目の上に右記を追加	(2) パーキンソン病の患者に対しレボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する場合には、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行う際には当該点数を準用する。													
■478	左段下から 9 行目の上に右記を追加	A C152 間歇注入シリンジポンプ加算 ① (b) 留意事項 レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する際に用いるポンプの費用については、「1 プログラム付きシリンジポンプ」の所定点数に準じて算定することとし、2月に2回に限り、C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料に加算できる。この場合において、ポンプの費用については、所定点数に含む。 編注 2016.8.31 厚労省事務連絡により追加された。													
■478	左段下から 9 行目	A C168 携帯型精密輸液ポンプ加算	B C168 携帯型精密輸液ポンプ加算												
■478	右段上から 5 行目	B C168-2 携帯型精密ネブライザー加算	C C168-2 携帯型精密ネブライザー加算												
■478	右段下から 1～3 行目に右の通り追加	(2) 間歇注入シリンジポンプ加算 、携帯型精密輸液ポンプ加算又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、 ① 肺 精 と表示し、…													
■504	検査名一覧表 5. の下に右記を挿入し、表中以下番号繰り下げ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査名</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6. 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿)</td> <td>210</td> </tr> </tbody> </table>			検査名	点数	6. 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿)	210							
検査名	点数														
6. 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿)	210														

頁	訂正箇所	誤	正				
■505	左段上から20行目の下に右記を追加し、以下番号繰り下げ	(3) 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) ア 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) は、D001 尿中特殊物質定性定量検査の「16」L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (尿) の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、GLIA法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時においては1回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき3回を限度として算定する。なお、医学的必要性からそれ以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ウ 本検査と尿中特殊物質定性定量検査の「16」L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) (尿) を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。					
■505	右段、下から19行目の下に右記を挿入	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) の算定において、医学的必要性から一連の治療につき4回以上算定する場合は、その詳細な理由を記載する。					
■508	右段下から10行目の次に右記を挿入	④ ROS1 融合遺伝子 ア ROS1 融合遺伝子は、D004-2 悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」EGFR 遺伝子検査 (リアルタイムPCR法) の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、肺癌の腫瘍細胞を検体とし、肺癌の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 ウ 本検査、D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号 D006-6 免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。 エ 本検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。					
■512	右段上から3行目の下に右記を挿入	(3) EGFR 遺伝子検査 (血漿) ア EGFR 遺伝子検査 (血漿) は、D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査 (2,100点) の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、肺癌の再発や増悪により、EGFR 遺伝子変異の2次的遺伝子変異が疑われ、再度治療法を選択する必要がある、血漿を用いてリアルタイムPCR法で測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、D004-2 悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」EGFR 遺伝子検査 (リアルタイムPCR法) (2,500点) 又は「ロ」EGFR 遺伝子検査 (リアルタイムPCR法以外) (2,100点) を行うことが困難な場合に限る。本検査の実施にあたっては、関連学会が定める実施指針を遵守する。 ウ 本検査を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 エ 本検査、D004-2 悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査又は D006-6 免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。					
■512	右段上から6行目の下に右記を挿入	カルテの記載等 EGFR 遺伝子検査 (血漿) を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録に記載する。					
■512	右段上から8行目先頭に (1) を挿入し、11行目に右記 (2) を挿入	明細書記載の要点 (1) 「60 検査・病理」の「摘要」欄に前回の実施日 (初回の場合は初回である旨) を記載する。 (2) EGFR 遺伝子検査 (血漿) を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。					
■521	左段上から10行目の下に右記を追加	(58) 25-ヒドロキシビタミンD ア 25-ヒドロキシビタミンDは、D007 血液化学検査の「57」1,25-ジヒドロキシビタミンD3の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、GLIA法又はGLEIA法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。					
■526	右段上部、図の「22. □ CA130・・・」の次の欄に右記を追加し、以降の番号繰り下げ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査名</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23. ヒト精巣上体蛋白4</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>	検査名	点数	23. ヒト精巣上体蛋白4	200	
検査名	点数						
23. ヒト精巣上体蛋白4	200						
■530	右段下から7行目の上に右記を挿入し、以下番号繰り下げ	(32) ヒト精巣上体蛋白4 (200点) ア ヒト精巣上体蛋白4は、D009 腫瘍マーカーの「22」CA130の所定点数に準じて算定する。 イ 本検査は、D009 腫瘍マーカーの注1及び注2の規定に準ずる。 ウ 本検査は、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。 悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った本検査の費用はB001 特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、本検査は、B001 特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。 エ 本検査は、GLIA法により測定した場合に算定できる。					
534	左段【留意事項】の(1)	(1) Rh (その他の因子) 血液型 (159点) 同一検体による検査の場合は、因子の種類及び数にかかわらず159点で算定する。	(1) Rh (その他の因子) 血液型 (160点) 同一検体による検査の場合は、因子の種類及び数にかかわらず160点で算定する。				

頁	訂正箇所	誤	正		
■541	右段上から1行目の下に右記を追加	⑤ <u> Deng ウイルス抗原定性と同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。</u>			
546	チャート図中、「除菌治療」の「3剤併用・7日間投与」(2箇所)の枠囲みの中	④エンソプラゾール 1回 20mg	④エソメプラゾール 1回 20mg		
549	右段下から10行目	D014の「9」から「14」まで及び「17」までの…	D014の「9」から「14」まで及び「17」の…		
■549	右段表28の次に右記を挿入。以下点数繰下げ	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>29. カルプロテクチン (糞便)</td> <td>276</td> </tr> </table>		29. カルプロテクチン (糞便)	276
29. カルプロテクチン (糞便)	276				
■551	右段下から9行目の上に右記(16)を追加し、以降の番号繰り下げ	<p>(16) <u>抗MDA5抗体、抗Mi-2抗体、抗TIF1-γ抗体</u></p> <p>① <u>抗MDA5抗体、抗Mi-2抗体及び抗TIF1-γ抗体は、D014自己抗体検査の「26」抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体の所定点数に準じて算定する。</u></p> <p>② <u>本検査は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ELISA法により測定した場合に算定できる。</u></p> <p>③ <u>本検査とD014自己抗体検査の「9」から「14」まで及び「17」に掲げる検査を、2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</u></p>			
■552	左段上から24行目の次に右記を挿入。以下点数繰下げ。	<p>(19) <u>カルプロテクチン (糞便)</u></p> <p>ア <u>カルプロテクチン (糞便) は、D014自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) の所定点数に準じて算定する。</u></p> <p>イ <u>本検査は、潰瘍性大腸炎の患者に対して、病態把握を目的として、ELISA法により測定した場合に、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を3月に2回以上行う場合 (1月に1回に限る。) には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>ウ <u>本検査及びD313大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。</u></p>			
■553	左段上から22行目に右記を挿入	<p>(7) <u>カルプロテクチン (糞便) は、潰瘍性大腸炎の患者に対して、病態把握を目的として、ELISA法により測定した場合に、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を3月に2回以上行う場合 (1月に1回に限る。) には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p>			
555	右段上から22行目「SARS コロナウイルス…」の下に右記を追加	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>HTLV-1核酸検出</td> <td>450点</td> </tr> </table>		HTLV-1核酸検出	450点
HTLV-1核酸検出	450点				
■559	左段最下行に右記を追加。以下番号繰下げ	<p>(8) <u>百日咳菌核酸検出</u></p> <p>① <u>百日咳菌核酸検出は、D023微生物核酸同定・定量検査の「7」HCV核酸検出、HPV核酸検出、HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) の所定点数に準じて算定する。</u></p> <p>② <u>本検査は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床診断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる。</u></p>			
■560	右段下から5行目の下に右記を挿入。以下番号繰下げ	<p>(19) <u>細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出</u></p> <p>ア <u>細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出は、D023微生物核酸同定・定量検査の「12」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出及び結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</u></p> <p>イ <u>本検査は、A234-2感染防止対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関において、敗血症が疑われる患者に対して、細菌核酸及び関連する薬剤耐性遺伝子をマイクロアレイ法により同時測定した場合に、当該疾患に対する一連の治療につき1回に限り算定できる。なお本検査を行う場合には、関連学会が定める実施指針を遵守すること。</u></p> <p>ウ <u>本検査とD023微生物核酸同定・定量検査「1」の細菌核酸検出 (白血球) (1菌種あたり)、「10」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出又はD023-2その他の微生物学的検査「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP 2') 定性を併せて測定した場合には、主たるもののみ算定する。</u></p> <p style="text-align: center;">明細書記載の要点</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出を実施した場合には、敗血症を疑う根拠として、関連学会が定める敗血症診断基準の該当項目を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>			
■571	右段上から1行目	…できない者に対して、…	…者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性脳梗塞と判断された者に対して、…		
608	下から12行目下に右記を挿入	<p>(5) <u>経過措置</u></p> <p>ア <u>平成28年3月31日において現にコンタクトレンズ検査料1に係る届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間に限り、コンタクトレンズ検査料1に該当するものとみなす。</u></p> <p>イ <u>平成28年3月31日において現にコンタクトレンズ検査料2の算定を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間に限り、コンタクトレンズ検査料3に該当するものとみなす。</u></p>			
622	右段下から13行目	小腸用 79, <u>400</u> 円が算定できる。	小腸用 79, <u>200</u> 円が算定できる。		
623	左段下から4行目	大腸用 <u>83, 400</u> 円が算定できる。	大腸用 <u>81, 700</u> 円が算定できる。		

頁	訂正箇所	誤	正
■627	右段最下行に右記を追加	(5) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のCT画像データを基に電磁場を利用したナビゲーションを行った場合には、D415 経気管肺生検法に加え、ガイドシース加算及びCT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を準用し、算定する。この場合、CTに係る費用は別に算定できる。	
664	右段上から11行目	…湿布薬を投薬した場合は、算定しない。	…湿布薬を投薬した場合は、 当該超過分に係る薬剤料 については算定しない。
672	上から14行目	ウ. 当該保険医療機関において調査した…	【外来後発医薬品使用体制加算1・2】 当該保険医療機関において調査した…
673	左段上から1行目の次に、右記を追加	なお、「 臨時的投薬等のもの 」とはアからウまでのいずれかを満たすことをいい、「 患者の病状等によりやむを得ず投与するもの 」とは、エを満たすことをいう。	
683	右段下から12行目	(2) の (イ) から (ニ) に定める…	留意事項 (3) ①の (ア) から (エ) (→P.673) に定…
■692	左段下から6行目に右記を挿入	(7) 処方せん料について、5の (c) の (3) のアからエに定める内容に該当する場合には、処方せん料の「 摘要欄 」 に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載する。	
■695	左段上から13行目	…エスタゾラム、オキシコドン塩酸塩、…、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾルピデム…	…エスタゾラム、 エチゾラム 、オキシコドン塩酸塩、…、ジヒドロコデインリン酸塩、 ゾピクロン 、ゾルピデム…
726	下段表中、「 廃用症候群リハビリ料(Ⅰ) 」の「80/100の点数」欄	86点 (77 点)	86点 (78 点)
726	下段表中、「 運動器リハビリ料(Ⅱ) 」の「80/100の点数」欄	82点 (74 点)	82点 (73 点)
752	下段表中、「 廃用症候群リハビリ料(Ⅰ) 」の「80/100 ※」欄	86点 (77 点)	86点 (78 点)
759	下段表中、「 運動器リハビリ料(Ⅱ) 」の「80/100 ※」欄	82点 (74 点)	82点 (73 点)
■743	左段下から22行目に右記を追加	編注 リハビリテーション料が90/100に減算される、「過去3月以内に算定していない場合」とは、リハビリテーション料を算定する月の前月を1月目と数えた上で、3月目の初日以降に目標設定等支援・管理料を算定していない場合が該当する。例えば以下の場合が減算対象となる。 例1) 10月1日にリハビリテーションを算定する場合 7月1日～10月1日の期間に当該管理料を算定していない。 例2) 10月25日にリハビリテーションを算定する場合 7月1日～10月25日の期間に当該管理料を算定していない。 (2016.9.15 厚労省事務連絡)	
■753	左段上から12行目に右記を追加		
■760	左段上から19行目に右記を追加		
761	左段上から8行目	① 「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とは、 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。①日本運動器リハビリテーション学会 の行う運動器リハビリ…	① (5) の「 適切な研修 」及び(6)・(7)の「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とは、① 日本運動器科学会 の行う運動器リハビリ…

頁	訂正箇所	誤	正
765	上から6行目	<p>② 「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とは、<u>運動器リハビリテーションに関する理論、評価法及び医療保険等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修会であって、関係学会等により開催されているものを指す。</u>平成24年4月1日現在では、<u>日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーション医師研修会等</u>が該当する。</p>	<p>② <u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）の施設基準の「適切な運動器リハビリテーションに係る研修」とは、2016年8月現在、日本整形外科学会で行う日整会運動器リハビリテーション医師研修会</u>が該当する。</p>
■781	左下から6～8行目、 <u>編注</u> を削除し、右記を挿入	<p><u>編注</u></p> <p>①目標設定等支援・管理料とリハビリテーション総合計画評価料は同一月に併算定できる。</p> <p>②「3月に1回」とは、<u>暦月で考える。例えば7月中に目標設定等支援・管理料を算定した場合は、10月1日以降に再算定が可能となる</u></p> <p>③目標設定等支援・管理料を算定した上で、<u>脳血管疾患等リハビリテーションを実施している患者に、骨折等別の疾患別リハビリテーションを必要とする疾患が生じた場合、「初回の場合」を再算定することができる。ただし、「初回の場合」を再算定した後に、継続して当該管理料（2回目以降の場合）の算定が必要な場合は、3月に1回の算定に限られる。（2016.9.15厚労省事務連絡）</u></p> <p>④目標設定等支援・管理料を算定している患者が他の医療機関へ転院する場合、<u>転院先の医療機関で、当該管理料の「初回の場合」を算定できる。なお、転院元の医療機関での算定から3月を経過していても差し支えない。（2017.3.31厚労省事務連絡）</u></p> <p>⑤脳血管疾患等リハビリテーション等を行っている患者が介護保険の申請を行い、<u>算定日数上限の3分の1を経過後に患者の元へ認定通知が届いた場合（下記ア又はイの場合）、市区町村による要介護認定・要支援認定等結果通知書の通知日から速やかに目標設定等支援・管理料を算定することが可能である。患者が要介護被保険者等である旨の通知を受け取る等して、その事実を知り得た日から、目標設定等の取り組みが行われることを想定している。</u> <u>なお、算定日数上限の3分の1を経過後に、疾患別リハビリテーションを実施する際の、過去3月以内に当該管理料を算定していないことによる減算については、要介護認定・要支援認定等結果通知書の通知日が属する月及びその翌月に行った疾患別リハビリテーションについては、適用されない。（2017.3.31厚労省事務連絡）</u></p> <p><u>ア 介護保険を申請後、患者の元へ認定通知が届くまでに、リハビリテーションの算定日数上限の3分の1を経過し、その間に当該患者へリハビリテーションの実施が必要となった場合</u></p> <p><u>イ リハビリテーションの算定日数上限の3分の1を経過後に介護保険の申請を行い、患者の元へ認定通知が届くまでに、当該患者へリハビリテーションの実施が必要となった場合</u></p>	
783	別紙様式23の5、様式右段下から8行目の上に、右記の通り「署名欄」を追加	<p><u>説明医師署名：</u></p>	<p><u>患者又は家族等署名</u></p>
■817	表右段、下から2行目から1行目にかけて右記を追加	<p>④ <u>精神科の診療に係る経験を十分に有する医師※として別紙様式39を用いて地方厚生局長等に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。（3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬の場合のみ該当）</u></p>	
■886	左段最下行に右記を追加	<p><u>（4）レボドパカルビドパ水和物を投与する目的でD チューブ挿入を行った場合は、当該点数を準用して算定する。なお、この場合は、上記（1）及び（3）は適用しない。</u></p>	
■897	左段上から1行目	<p>経管栄養カテーテル交換法は、…</p>	<p><u>（1）経管栄養カテーテル交換法は、…</u></p>
■897	左段上から7行目	<p>…算定日に<u>限り</u>、1回に限り算定する。</p>	<p>…算定日に<u>のみ</u>、1回に限り算定する。</p>
■897	左段上から7行目の下に右記を追加	<p><u>（2）レボドパカルビドパ水和物を投与する目的で胃瘻カテーテルの交換を行った場合は、当該点数を準用して算定できる。なお、この場合は、上記（1）を適用する。</u></p>	

頁	訂正箇所	誤
■1031	左段下から 11 行目の下に右記を追加	(5) レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合は、当該点数に K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算を合算した点数を準用して算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の「摘要欄」に経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載する。 (6) レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合は、上記(3)及び(4)は適用しない。 (7) レボドパカルビドパ水和物の投与のみを目的とした胃瘻造設については、「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」(平成28年3月4日保医発0304第2号)別添1の第79の3の条件(→P.968「通則16」の胃瘻造設術に係る施設基準)に計上しないが、当該胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で同条件に計上する。
■1054	右段上から8行目の次に右記を挿入	(7) 区分番号「K552」、「K552-2」、「K554」、「K555」、「K557」、「K557-2」、「K557-3」、「K560」及び「K594」の「3」に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合は、1個を限度として本区分の所定点数を算定する。なお、この場合において、本区分の「注」の規定は適用しない。
■1077	左段下から13行目の下に右記を追加	(5) 中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。
1112	表中「B005-1-2 介護支援連携指導料」の欄	x =
■1121	右段下から4行目の下に右記を追加	(7) <u>末梢留置型中心静脈カテーテル・造影剤高圧注入可能型</u> ① 標準型 ア シングルルーメン 13,200 円 イ マルチルーメン 20,500 円 ② 特殊型 (I) ア シングルルーメン 13,600 円 イ マルチルーメン 20,900 円 ③ 特殊型 (II) ア シングルルーメン 13,900 円 イ マルチルーメン 21,400 円
■1121	右段下から3行目に右の通り追加	ア ガイドワイヤーは、別に算定できない。 イ 特殊型 (I) のうち、専用のナビゲーションシステムと併用し、留置に際してナビゲーションを行う機能に対応しているもの及び特殊型 (II) については、留置に際して専用のナビゲーションシステムを併用した場合に限り算定できる。
■1129	左段上から19行目の下に右記を追加	(6) <u>その他の関節固定用材料用部品 200,000 円</u>
■1135	右段上から13行目	(2) 永久留置型 143,000 円 (2) 永久留置型 ① 標準型 143,000 円 ② 特殊型 148,000 円
■1135	右段上から15行目に右記の通り追加	ア 気管・気管支ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。 イ 「永久留置型・特殊型」は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り算定できる。算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要欄」にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載する。
■1141	右段下から15行目の次に右記を挿入	④生体吸収・再狭窄抑制型 244,000 円
■1142	右段下から18行目に右記の通り追加	(4) 下大静脈留置フィルターセット★ ①標準型 172,000 円 ②特殊型 177,000 円
■1143	左段最下行	(20) 体温調節用カテーテル 79,800 円 (20) 体温調節用カテーテル ① 発熱管理型 79,800 円 ② 体温管理型 86,000 円
■1144	左段上から23行目に右記の通り追加	ケ 体温調節用カテーテル a 投薬のみを目的として使用した場合は算定できない。 b 発熱管理型は、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害に伴う発熱患者に対し、体温調節の補助として使用した場合に限り算定できる。 c 体温管理型は、目標体温を35℃以下として体温管理を行った場合に限り算定できる。
■1148	左段最下行に右記の通り追加	155 植込型心電図記録計 422,000 円 155 植込型心電図記録計 (1) 標準型 422,000 円 (2) 特殊型 443,000 円
■1148	右段上から2~5行目	短期間に失神発作を繰り返し、… (心電図検査及びホルター心電図検査及びホルター型心電図検査を含む) … ア 短期間に失神発作を繰り返し、… (心電図検査及びホルター心電図検査及びホルター心電図検査を含む) …

頁	訂正箇所	誤	正										
■1148	右段上から6行目以降に右記の通り追加	…その原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。	…その原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。 イ 潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合は診療報酬明細書の「摘要欄」にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載する。										
■1151	同ページの下に右記を追加	<p>190 人工中耳用材料</p> <table border="1"> <tr> <td>(1) 人工中耳用インプラント</td> <td>1,150,000 円</td> </tr> <tr> <td>(2) 人工中耳用音声信号処理装置</td> <td>637,000 円</td> </tr> <tr> <td>(3) 人工中耳用オプション部品</td> <td>45,800 円</td> </tr> </table> <p>〈人工中耳用材料〉 ア 人工中耳用材料は、関係学会の定める指針に従い、植込型骨導補聴器よりも本品を適用すべき医学的理由がある患者に対して使用した場合に限り、算定できる。 イ 人工中耳用材料の使用に当たっては、診療報酬明細書の「摘要欄」にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載する。 ウ 人工中耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の変換等の場合は算定できない。 エ 人工中耳の植込みを行った場合の手技料は、K320 アブミ骨摘出術・可動化手術の点数に準じて算定する。 オ 人工中耳の植込み又は交換を行った場合の施設基準は、K328 人工内耳植込術の施設基準に準じて、改めて届け出る。 カ 人工中耳の植込み又は交換を行った後、補聴器適合検査を実施した場合は、D244-2 補聴器適合検査「2」2回目以降により算定する。</p>	(1) 人工中耳用インプラント	1,150,000 円	(2) 人工中耳用音声信号処理装置	637,000 円	(3) 人工中耳用オプション部品	45,800 円					
(1) 人工中耳用インプラント	1,150,000 円												
(2) 人工中耳用音声信号処理装置	637,000 円												
(3) 人工中耳用オプション部品	45,800 円												
■1153	表の最上段、「090 人工内耳用材料」欄を削除		(削除)										
■1154	上から 20 行目の下に右記を追加	<p>133 血管内手術用カテーテル (20) 体温調節用カテーテル ② 体温管理型 (承認番号) 22800BZ100008000</p>	<p>平成 28 年 9 月 1 日から 平成 30 年 3 月 31 日まで</p> <p>89,100 円</p>										
1191	左段下から 12 行目に右記を追加	●一般病棟(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)又は専門病院入院基本料を算定する病棟を除く)に入院した日から起算して 90 日を超えて入院している患者であって、P.1274 の状態に該当する患者											
1221	左段下から 16 行目	…厚生労働大臣が定める施設基準 ④(6) を満たす…	…厚生労働大臣が定める施設基準 ④(5) を満たす…										
1238	左段上から 18、22 行目	※ここで示している①②は、左段上から 5 行目の「次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する」としている患者数の内容を示しており、編注の①②ではない。											
1246	「項目」欄の 37. 上から 1 行目	37. 創傷(手術創や感傷創を含む)、…	37. 創傷(手術創や感傷創を含む)、…										
1247	右段上から 12 行目	<p>(2) 肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合で、実施した日より 30 日間(点滴治療が 30 日未満で終了しても該当する)。30 日を超えて点滴治療を実施した場合は、実施した日のみ該当する。</p> <p>(3) NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全である場合。</p>	<p>(2) 安静時に常時流量 3L/分未満の酸素投与で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態であって、以下に該当する場合。</p> <p>①肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合で、実施した日より 30 日間(点滴治療が 30 日未満で終了しても該当する)は該当する。</p> <p>②NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全である場合。</p> <p>なお、肺炎等急性増悪による点滴治療を 30 日を超えて実施している場合は、点滴治療を実施した日に限り、医療区分 3 に該当する。</p>										
1247	右段下から 10 行目	⑦ 「38、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態を除く)」は、肺炎等急性増悪により点滴治療 30 日未満で終了した場合にも、開始から 30 日間は本項目に該当する。点滴治療を 30 日を超えて実施した場合は、実施した日に限り、本項目に該当する。	⑦ 「38、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態を除く)」は、常時流量 3L/分未満で動脈血酸素飽和度 90%を維持できる状態であって、以下の場合には除外する。 (1)肺炎等急性増悪による点滴治療実施 30 日以内。 (2)NYHAⅢ度若しくはⅣ度の状態。										
1277	A214 看護補助加算の障害者	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>障害者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護補助加算</td> <td>○※9</td> </tr> </tbody> </table>	項目	障害者	看護補助加算	○※9	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>障害者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護補助加算</td> <td>○※6</td> </tr> <tr> <td>看護補助加算</td> <td>○※9</td> </tr> </tbody> </table>	項目	障害者	看護補助加算	○※6	看護補助加算	○※9
項目	障害者												
看護補助加算	○※9												
項目	障害者												
看護補助加算	○※6												
看護補助加算	○※9												

頁	訂正箇所	誤		正	
1279	表中、最下段の「障害者」欄の○を削除	項目 A250 薬剤総合 評価調整加算	障害者 ○	項目 A250 薬剤総合 評価調整加算	障害者
1298	下から13行目	診療記録管理体制加算2に関する施設基準		診療録管理体制加算2に関する施設基準	
1299	上段4行目	② 診療記録管理者		② 診療記録管理体制加算1において	
1403	左段1タイトル部分	1 算定点数(退院時1回)		1 算定点数(1日につき1回)	
1444	左段最下行	体制強化加算2(1日につき) 100点		体制強化加算2(1日につき) 120点	
1451	上段表、下から5行目	イ FIM 運動項目の得点が76点以下のもの		イ FIM 運動項目の得点が76点以上のもの	
1506	表中、種別(90日超患者について…)の「入院基本料等加算」欄	乳・幼、(準)超重症、地域、離島、感染等、療環(※15)、重皮潰(※15)、栄サ(※16)、総評、データ、退支(※19)、 認知ケア、薬総評		乳・幼、(準)超重症、地域、離島、感染等、療環(※15)、重皮潰(※15)、栄サ(※16)、総評、データ、退支(※19)	
1510	右段下から3行目	…場合等、 その必要性について医学上の特別な理由 を診療録及び…		…場合等、 医学的に当該入院で実施しなければならぬ特別な理由がある場合に限り、これらの点数を算定する。また、算定の理由について、 診療録及び…	
1634	表中、右記を全て削除	B005-2 地域連携診療計画管理料 B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 (I) B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料 (II)		○	×
1639	右段診療報酬請求の流れを表した図表の右記部分	審査・支払機関 (支払基金・国保連合会) 診療報酬払込 ↓ ↑ 診療報酬請求 保険者	審査・支払機関 (支払基金・国保連合会) 診療報酬払込 ↑ ↓ 診療報酬請求 保険者	○	×
1661	「特記事項」欄コード29、内容欄内	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (適用区分が(エ))が提示された場合		70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 限度額適用認定証 (適用区分が(エ))が提示された…	
1806	中段下から1行目、右段上から2、4、6行目	特定施設入居時等医学総合管理料…		施設入居時等医学総合管理料…	
■労災 手引 24	右段入院室料加算における地域区分(甲地)一覧表内を右記の形に変更	茨城県 取手市、つくば市、守谷市、 常総市 、牛久市、水戸市、日立市、土浦市、龍ケ崎市、阿見町、稲敷市、 利根町 、つくばみらい市、 河内町 東京都 特別区、武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市、八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市、東久留米市、立川市、昭島市、三鷹市、あきる野市、小金井市、羽村市、日の出町、檜原村、 奥多摩町 奈良県 天理市、奈良市、大和郡山市、川西町、生駒市、 平群町			
■労災 手引 30	右段上から1行目～5行目	(2) 医療機関において行った施術の料金は次のとおり。(平成 26 年 4 月1日改正) ① はり・きゅうの場合 ア. 1術の場合…1日1回限り 2,600 円 イ. 2術の場合…1日1回限り 3,960 円		(2) 医療機関において行った施術の料金は次のとおり。(平成 28 年 11 月1日改正) ① はり・きゅうの場合 ア. 1術の場合…1日1回限り 2,640 円 イ. 2術の場合…1日1回限り 3,970 円	

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

保団連正誤表 検索 

<http://hodanren.doc-net.or.jp/>