

改定診療報酬点数表参考資料
 (平成24年4月1日実施)
 《正誤表(その7)》

1. 平成24年3月5日付 厚生労働省保険局医療課長通知との正誤

ページ	項 目	正 誤
第2章	特掲診療料	
第1部	医学管理等	
149	B001 特定疾患 治療管理料 2 特定薬剤治療管 理料	(1) 特定薬剤治療管理料は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。 ア～セ 《略》 ソ イマチニブを投与しているもの

2. 平成24年7月27日付 厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

ページ	項目	正 誤
第2章 特掲診療料 第10部 手術		
456	K514-2 胸腔 鏡下肺悪性腫瘍手 術	悪性びまん性胸膜中皮腫に対して、胸膜肺全摘を行った場合は、本区分「3」により算定する。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、胸膜肺全摘を行った旨を記載する。

3. 平成24年8月9日付 厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

ページ	項目	正 誤
第1章 基本診療料		
第2部 入院料等		
95	A232 がん診療 連携拠点病院加算	(4) がん診療連携拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「 C B005-6-3」がん診療連携管理料は算定できない。
第2章 特掲診療料		
第1部 医学管理等		
149	B001 特定疾患 治療管理料 2 特定薬剤治療管理料	(6) 本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、《中略》及び同一疾患について(1)アから ズ ソまでのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合《以下略》
162	B001-2 小児 科外来診療料	(3) 当該患者の診療に係る費用は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「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、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、 区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料 、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「C000」往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。《以下略》
176	B005-7 認知 症専門診断管理料	(2) 「注1」認知症療養計画は、《中略》認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料 1 を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。
第2部 在宅医療		
214	C003 在宅がん 医療総合診療料	(12) 「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる。 ア 《略》 イ 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注6」及び「注7」に規定する加算(ただし、「注6」の加算を算定する場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料のそれぞれの「注 9 10」の加算、「注7」の加算を算定する場合には、在宅がん医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料のそれぞれの「注 9 10」の加算は別に算定できない。《以下略》
223	C007 訪問看護 指示料	(3) 特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式18を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、1月に1回(別に厚生労働大臣が定める者については2回)を限度として算定する。《略》 なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

		<p>【厚生労働大臣が定める者】</p> <p>ア 気管カニューレを使用している状態にある者</p> <p>イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>(イ) NPUAP (The National Pressure Uleer Advisory Panel) 分類Ⅲ度又はⅣ度</p> <p>(ロ) DESIGN 分類 (日本褥瘡学会によるもの) D3、D4 又は D5</p>
239	C 1 5 8 酸素濃縮装置加算	<p>(2) 同一患者に対して酸素ボンベ (携帯用酸素ボンベを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて2月に2回に限り算定する。</p> <p>(3) 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて2月に2回に限り算定する。</p>
240	C 1 5 9 液化酸素装置加算	<p>(5) 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて2月に2回に限り算定する。</p>
第3部 検査		
259	<通則>	<p>4 第1節及び第3節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。</p> <p>(1) ~ (46) <<略>></p> <p>(47) 全血凝固溶解時間測定</p> <p>(48) <<略>></p>
259	<通則>	<p>16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。</p> <p>PHA : Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応</p> <p><<中略>></p> <p>F I A : Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法</p> <p>F A 法 : Fluorescent antibody technique 蛍光抗体法</p> <p>L B A : Liquid-phase binding assay 液相結合法</p> <p><<以下略>></p>
260	第1款 検体検査実施料 外来迅速検体検査加算	<p>(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。</p> <p>区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合</p> <p>区分番号「D007」血液化学検査の注の場合</p> <p>区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合</p> <p>区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合</p> <p>例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原 (CEA) と「5-6」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。</p>
265	D 0 0 7 血液化学検査	<p>(20) 「31」のKL-6、「33」の肺サーファクタント蛋白-A (SP-A) 及び「34」の肺サーファクタントプロテイン蛋白-D (SP-D)</p>

		のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。K L-6は、E I A法、E C L I A法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A (S P-A) 及び肺サーファクタント蛋白-D (S P-D) は、E I A法による。
267	D 0 0 8 内分泌学的検査	<p>(7) 脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (N T-proB N P) ア <略> イ <u>1週間以内に</u>「13」の脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (N T-proB N P)、「13」の脳性N a利尿ペプチド (B N P) 及び「27」の心房性N a利尿ペプチド (A N P) のうち2項目以上を<u>いずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施</u>した場合は、主たるもの1つに限り算定する。 ウ <略></p> <p>(8) ~ (22) <略></p> <p>(23) 「25」の17α-ヒドロキシprogesterone (17α-OHP) は、先天性副腎皮質過形成症の精密検査診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。</p> <p>(24) <u>1週間以内に</u>「27」の心房性N a利尿ペプチド (A N P)、「13」の脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (N T-proB N P) 及び脳性N a利尿ペプチド (B N P) のうち2項目以上を<u>いずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施</u>した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p> <p><<以下略>></p>
272	D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査	(7) 「10」のHBVコア関連抗原 (H B c r A g) は、 B型肝炎ウイルス ⇒HBV 感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中の B型肝炎ウイルス <u>HBV</u> コア関連抗原 (H B c r A g) を測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、区分番号「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「3」のHBV核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。
284	D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー	(3) 「3 1及び2以外の場合」 ア ~ イ <略> ウ 同時に行った検査のうち、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフィー等検査から本区分「 1 <u>2</u> 」までに掲げるもの及び区分番号「D 2 3 9」筋電図検査については、併せて算定できない。 エ ~ オ <略>
第4部 画像診断		
301 302	<通則>	<p>5 画像診断管理加算</p> <p>画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）に限る。）が読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日算定する。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、C T撮影及びMR I撮影について、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10</p>

		年以上有するもの又は当該療養について、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）に限る。）が診断を行い、読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。
311	E 2 0 2 磁気共鳴 コンピューター断 層撮影（MR I 撮 影）	(3) 「1」及び「2」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地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、3テスラ以上又は1.5テスラ以上 3テスラ未満 のMR I装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。
第6部 注射		
327	G 0 0 0	(3) 区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料又は、区分番号「C 1 0 8」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は 区分番号「C 1 0 8 - 2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。
327	G 0 0 1 静脈内注 射	(2) 区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C 1 0 4」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は、区分番号「C 1 0 8」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は 区分番号「C 1 0 8 - 2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。
328	G 0 0 4 点滴注射	(4) 区分番号「C 1 0 1」、区分番号「C 1 0 4」又は、区分番号「C 1 0 8」又は 区分番号「C 1 0 8 - 2」 在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は、在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C 0 0 1」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。
328	G 0 0 5 中心静脈 注射	(4) 区分番号「C 1 0 8」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は 区分番号「C 1 0 8 - 2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。
329	G 0 0 5 - 2 中心 静脈注射用カテー テル挿入	(4) 区分番号「C 1 0 4」又は、区分番号「C 1 0 8」又は 区分番号「C 1 0 8 - 2」 在宅中心静脈栄養法指導管理料又は、在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保

		<p>険医療材料料のみを算定している者を含む。)について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。</p>
329	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	<p>(3) 区分番号「C104」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は、区分番号「C108」に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。)に対して、区分番号「C001」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。</p>
第8部 精神科専門療法		
359	I001 入院精神療法	<p>(1) 入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等(以下この項において「対象精神疾患」という。)又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんがあるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。</p>
360	I002 通院・在宅精神療法	<p>(1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等(以下この項において「対象精神疾患」という。)又は対象精神疾患に伴う、知的障害、認知症、心身症及びてんかんのため社会生活を営むことが著しく困難なもの(患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族)に対して、精神科を担当する医師(研修医を除く。)が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。</p>
362	I002-2 精神科継続外来支援・指導料	<p>(1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。</p>
365	I005 入院集団精神療法	<p>(1) 入院集団精神療法とは、入院中の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心</p>

		<p>因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等のものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。</p>
365	I 0 0 6 通院集団精神療法	<p>(1) 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害、認知症、てんかん、知的障害又は心身症等のものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。</p>
第10部 手術		
446	<通則>	<p>(4) 指に係る同一手術野の範囲 指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。 ア 第1指から第5指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。 (イ) 第1指から第5指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。 区分番号「K 0 2 8」腱鞘切開術（<u>関節鏡下によるものを含む。</u>） 区分番号「K 0 3 4」腱切離・切除術（<u>関節鏡下によるものを含む。</u>） 区分番号「K 0 3 5」腱剥離術（<u>関節鏡下によるものを含む。</u>） 区分番号「K 0 3 7」腱縫合術 区分番号「K 0 3 8」腱延長術 区分番号「K 0 3 9」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足） 区分番号「K 0 4 0」腱移行術の「1」指（手、足） 区分番号「K 0 4 0-2」指伸筋腱脱臼観血的整復術 《以下略》</p>
461	K 6 1 1 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	<p>(1) ~ (2) 《略》 (3) <u>中心静脈栄養用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）で算定する。</u></p>
462	<u>K 6 5 3-5 内視鏡的胃、十二指腸</u>	<p><u>短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。</u></p>

	<u>狭窄拡張術</u>	
467	<u>K 8 2 3 - 3 膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）</u>	<u>所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。</u>
468	K 8 9 8 帝王切開術	「1」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「2」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「1」により算定する。また、前置胎盤を合併していた場合は、緊急に帝王切開となった場合でも「3」前置胎盤を合併する場合 <u>又は 32 週未満の早産の場合</u> で算定する。
468	K 9 1 4 脳死臓器提供管理料	(5) 脳死臓器提供管理料について、 「通則8」 、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。
470	K 9 3 4 - 2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	<u>(1) 区分番号「K 9 3 4」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。</u> <u>(2) 両側に使用した場合であっても一連として所定点数は1回に限り算定する。</u>
471	K 9 3 9 - 3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門 <u>又は人工膀胱</u> のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、人工肛門 <u>又は人工膀胱</u> のケアにかかる適切な研修を終了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。