

# 「保険診療の手引」2008年4月版 正誤及び追補 (2010.1.6現在)

※2008年8月以降に新たに示された通知に基づく追補に関しては■印で示している。

頁	訂正箇所	誤	正								
23	左段 下から18行目	たとえ労災未加入事業所の患者であっても、業務上の疾病は給付外である。	たとえ <b>事業所</b> が労災未加入の患者であっても、業務上の疾病は <b>労災保険対象</b> となり、 <b>医療保険</b> では給付外である。								
64	右段の表①、「高齢受給者」の「現役並所得者」	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">現役並み所得者 (3割)</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">44,400円 <b>(10年4月以降62,100円)</b></td> </tr> </table>	現役並み所得者 (3割)	44,400円 <b>(10年4月以降62,100円)</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">現役並み所得者 (3割)</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">44,400円</td> </tr> </table>	現役並み所得者 (3割)	44,400円				
現役並み所得者 (3割)	44,400円 <b>(10年4月以降62,100円)</b>										
現役並み所得者 (3割)	44,400円										
64	右段の表②、「一般」の「負担割合」欄	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>一定以上</b>所得者</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">・・・・・・・・</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一般</td> <td style="text-align: center;">1割 (月額上限44,400円)</td> </tr> </table>	<b>一定以上</b> 所得者	・・・・・・・・	一般	1割 (月額上限44,400円)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>現役並み</b>所得者</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">・・・・・・・・</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一般</td> <td style="text-align: center;">1割 (月額上限44,400円) <b>(高齢受給者：10年4月以降 2割負担、上限62,100円)</b></td> </tr> </table>	<b>現役並み</b> 所得者	・・・・・・・・	一般	1割 (月額上限44,400円) <b>(高齢受給者：10年4月以降 2割負担、上限62,100円)</b>
<b>一定以上</b> 所得者	・・・・・・・・										
一般	1割 (月額上限44,400円)										
<b>現役並み</b> 所得者	・・・・・・・・										
一般	1割 (月額上限44,400円) <b>(高齢受給者：10年4月以降 2割負担、上限62,100円)</b>										
64	右段の最下行	※2 … (上記の表①参照)。	※2 … (上記の表①、②参照)。								
65	右段 下から8行目	後期高齢者医療並み：長野県信濃町	(左記を削除)								
67	右段 下から6行目	それ <b>以降</b> の高齢受給者の一部負担については、…	それ <b>以前</b> の高齢受給者の一部負担については、…								
68	表中「高齢受給者」における「対象」欄	70～74歳 <b>未満</b>	70～74歳								
68	表中「高齢受給者」における2010年4月以降の「自己負担限度額」欄	注：特例措置はなくなり、2010年4月以降下線を付した負担限度額が引きあがる予定	注：特例措置はなくなり、2010年4月以降下線を付した負担限度額に引きあがる予定								
81	左段 上から7行目	…資格 <b>所得</b> 日となる。	…資格 <b>取得</b> 日となる。								
91	表中「点数」の「医学管理等」上から2つ目	生活習慣病 <b>指導</b> 管理料	生活習慣病管理料								
91	表中「退院時共同指導料1、2」の「交付の書類又は内容」欄	【在宅療養支援診療所 <b>又はその連携先</b> の場合】24時間 <b>連携</b> を受ける医師…	【在宅療養支援診療所の場合】24時間 <b>連絡</b> を受ける医師…								
91	表中「交付の書類又は内容」の「検査」欄	検体 <b>結果</b> の結果	検体 <b>検査</b> の結果								
123	右段 上から3行目、 <b>編注</b> の上に挿入	(6) J001-7 爪甲除去 (麻酔を要しないもの)、J001-8 穿刺排膿後薬液注入、J060-2 後部尿道洗浄 (ウルツマン)、J086-2 義眼処置、J118-2 矯正固定、J118-3 変形機械矯正術、J119-2 腰部又は胸部固定帯固定、J119-3 低出力レーザー照射及びJ119-4 肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。									
132	右段 上から14行目	…7月5日(土)に算定できることとなる。	…7月5日(土) <b>から</b> 算定できることとなる。								
162	右段、 <b>編注</b> ④2行目	… <b>幼児加算</b> 。	(左記を削除)								
181	左段 下から9行目	(3) 診療所による紹介に基づき…	(2) 診療所による紹介に基づき…								
197	右段 上から10行目	<p>(1) <b>薬剤管理指導料</b>を算定した場合は、「⑬医学管理」欄に<b>(薬管)</b>と表示して、所定点数を記載する。</p> <p>(2) <b>薬剤管理指導料</b>の算定対象となった指導を行った日を「摘要」欄に記載する。</p> <p>(3) <b>麻薬管理指導加算</b>を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に<b>(薬管)</b>に併せて<b>(麻加)</b>と表示する。</p> <p>(4) <b>退院時服薬指導加算</b>を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に<b>(薬管)</b>に併せて<b>(薬加)</b>と表示する。</p> <p>(5) …</p>	<p>(1) <b>薬剤管理指導料</b>の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、<b>(薬管)1</b>、<b>(薬管)2</b>又は<b>(薬管)3</b>と表示して、それぞれの点数を記載する。</p> <p>(2) <b>薬剤管理指導料</b>の指導を行った日を「摘要」欄にそれぞれ記載する。</p> <p>(3) <b>薬剤管理指導料</b>の「2」を算定した場合は、<b>薬剤名</b>を「摘要」欄に記載する。</p> <p>(4) <b>麻薬管理指導加算</b>を算定した場合は、<b>加算点数</b>を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、<b>(薬管)1</b>、<b>(薬管)2</b>又は<b>(薬管)3</b>に併せて<b>(麻加)</b>と表示すること。</p> <p>(5) <b>退院時服薬指導加算</b>を算定した場合は、<b>加算点数</b>を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、<b>(薬管)1</b>、<b>(薬管)2</b>又は<b>(薬管)3</b>に併せて<b>(薬加)</b>と表示すること。</p> <p>(6) …</p>								
240	表中	在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (⇒P. 295)	在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (⇒P. 286)								
248	表中「在宅患者訪問看護・指導料」欄	保健師又は看護師 週3日目まで <b>530</b> 点 週4日目以降 <b>630</b> 点 准看護師 週3日目まで <b>480</b> 点 週4日目以降 <b>580</b> 点	週3日目まで <b>555</b> 点 週4日目以降 <b>655</b> 点 週3日目まで <b>505</b> 点 週4日目以降 <b>605</b> 点								
260 268 274 285	「算定チャート」中	居 <b>宅</b> 系施設	居 <b>住</b> 系施設								
264	左段 上から7行目	在宅での療養を行って <b>患者</b> のかかりつけ…	在宅での療養を行って <b>いる患者</b> に対する <b>かかり</b> …								
266	網掛け枠中 上から3行目	イ 診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院であること。	(左記を削除し、「ロ」を「イ」に、「ハ」を「ロ」に訂正)								

頁	訂正箇所	誤	正
268	図中上部	居宅系施設以外 居宅系施設	居住系施設以外 居住系施設
272	下段表中、例5の「算定点数」欄	530点×2	555点×2
272	下段表中、例6の「算定点数」欄	530点×3 630点×1	555点×3 655点×1
283	右段 上から20行目	又は居住系施設入居者等訪問介護指導料…	又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料…
283	右段 上から23行目	又は「訪問介護(居住)」と表示し、	又は「訪問看護(居住)」と表示し、
285	図中上部	居宅系施設以外 居宅系施設	居住系施設以外 居住系施設
299	左段 上から17行目	…である通院が困難な <u>もの</u> 患者であって、	…である通院が困難な患者であって、
330	右段 下から22行目	医師が投与を行っている <u>の</u> 注射薬の費用(⇒ <u>5</u> )は算定できない。	医師が投与を行っている注射薬の費用(⇒P.314 <u>4</u> )は算定できない。
331	左段 下から11行目、下線部削除	ブトルファノール製剤、 <u>クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシシドン製剤、フルルビプロ…</u>	ブトルファノール製剤、フルルビプロ…
331	左段 下から1行目、 <u>編注</u> の上に挿入	<u>③クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシシドン製剤は、14日分を限度に投与することができる。</u>	
336	右段 上から6行目	投与日数の <u>利限</u> はない。	投与日数の <u>制限</u> はない。
337	右段 上から15行目	その他の項に <u>師</u> と表示して…	その他の項に <u>医</u> と表示して…
412	左段 上から14行目	…(1臓器につき)に準ずる。⇒P.786	…(1臓器につき)に準ずる。⇒P.775
451	左段 上から31行目、 <u>編注</u> ③	「糖尿病疑い」の初診月に耐糖能精密検査は <u>認められない</u> 。	「糖尿病疑い」の初診月に耐糖能精密検査は <u>認められる</u> 。
491	右段 上から19行目	、上記 <u>2</u> 以外の処方が行われた場合は、	、上記 <u>3</u> 以外の処方が行われた場合は、
569	右段 上から8行目、 <u>編注</u>	<u>摂食機能療法</u> を実施…	<u>嚥下訓練</u> を実施…
580	左段 下から10行目、右段 下から11行目	初診から <u>6カ月</u> 以内	初診から <u>1年</u> 以内
581	左段 上から5行目、 <u>編注</u> ②	初診から <u>6カ月</u> 以内	初診から <u>1年</u> 以内
597	右段下から18行目	((5)と(6)の間に左記を追加し、(6)を(7)とする。)	(6)精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。
653	右段 上から2行目	$850 + \left(850 \times \frac{50}{100}\right) + \left\{850 + \left(850 \times \frac{50}{100}\right)\right\} \times \frac{80}{100}$ = 850 + 425 + 1,020 = 2,295点	$850 + 460 + (850 + 460) \times \frac{80}{100}$ = 850 + 460 + 1,048 = 2,358点
696	左段 上から1行目	3 骨移動を伴うもの 21,000点	3 骨移動を伴うもの <u>通4</u> 21,000点
706	左段 上から14行目	3 骨移動を伴う場合 32,400点	3 骨移動を伴う場合 <u>通4</u> 32,400点
706	左段 下から10行目	4 骨移動を伴う場合 27,800点	4 骨移動を伴う場合 <u>通4</u> 27,800点
762	右段 上から2行目	<u>(1)</u> について、帝王切開・・・	<u>「1. 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合」</u> について、帝王切開・・・
779	左段 下から7行目	※「別紙様式」 ⇒P. 795	※「別紙様式」 ⇒P. 784
791	表中「第1款在宅療養指導管理料」における「配置医師」欄	×	× <u>(ただし、在宅療養指導管理料材料加算、薬剤料及び特定保険医療材料料は算定できる)</u>
822	左段、下から2行目	以下の①～④	以下の①～③
■856	上から10行目	12 前各号までに掲げる状態に準ずる状態にある患者	12 前各号までに掲げる状態に準ずる状態にある患者 ( <u>注4参照</u> )
■856	下から6・7行目、二重取消線部分を削除後、下線部を追加	<p>注4 基本診療料の施設基準等別表第四第十二号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、<u>定められていない。基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者であって、以下のいずれにも該当するものとする。なお、②の届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出るものとする。</u></p> <p>① <u>平成20年9月30日現在において一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者又は疾病発症当初から当該一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している新規入院患者</u></p> <p>② <u>当該保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方社会保険事務局長に届け出ているもの</u></p>	
■856	別紙様式27を追加	別添の(別紙様式27)を参照されたい。	

頁	訂正箇所	誤	正																
872	「医療区分2の患者」表の34の次に右記を追加	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>項目の定義</th> <th>評価の頻度</th> <th>留意点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35. 1日8回以上の喀痰吸引をしている状態</td> <td>1日8回以上の喀痰吸引をしている状態</td> <td>1日毎</td> <td>本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。</td> </tr> <tr> <td>36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)</td> <td>気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)</td> <td>1日毎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>37. 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態</td> <td>創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)</td> <td>1日毎</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	項目	項目の定義	評価の頻度	留意点	35. 1日8回以上の喀痰吸引をしている状態	1日8回以上の喀痰吸引をしている状態	1日毎	本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。	36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	1日毎		37. 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態	創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)	1日毎		
項目	項目の定義	評価の頻度	留意点																
35. 1日8回以上の喀痰吸引をしている状態	1日8回以上の喀痰吸引をしている状態	1日毎	本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。																
36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)	1日毎																	
37. 創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態	創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)	1日毎																	
882	下表「投薬料」欄における「点数等」	…の効能もしくは効果を <u>結う</u> 有するもの及び…	…の効能もしくは効果を有するもの及び…																
884	左段 下から6行目	(5) <b>重症</b> 認知症加算(3カ月以内・1日につき)	(5) <b>重度</b> 認知症加算(3カ月以内・1日につき)																
887	上段表中「算定点数・1年以内」の「15:1~20:1入院基本料」欄	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1年以内</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15:1入院基本料</td> <td><u>822</u> <u>810</u></td> </tr> <tr> <td>18:1入院基本料</td> <td><u>734</u> <u>722</u></td> </tr> <tr> <td>20:1入院基本料</td> <td><u>680</u> <u>668</u></td> </tr> </tbody> </table>		1年以内	15:1入院基本料	<u>822</u> <u>810</u>	18:1入院基本料	<u>734</u> <u>722</u>	20:1入院基本料	<u>680</u> <u>668</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1年以内</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15:1入院基本料</td> <td><u>817</u> <u>805</u></td> </tr> <tr> <td>18:1入院基本料</td> <td><u>729</u> <u>717</u></td> </tr> <tr> <td>20:1入院基本料</td> <td><u>675</u> <u>663</u></td> </tr> </tbody> </table>		1年以内	15:1入院基本料	<u>817</u> <u>805</u>	18:1入院基本料	<u>729</u> <u>717</u>	20:1入院基本料	<u>675</u> <u>663</u>
	1年以内																		
15:1入院基本料	<u>822</u> <u>810</u>																		
18:1入院基本料	<u>734</u> <u>722</u>																		
20:1入院基本料	<u>680</u> <u>668</u>																		
	1年以内																		
15:1入院基本料	<u>817</u> <u>805</u>																		
18:1入院基本料	<u>729</u> <u>717</u>																		
20:1入院基本料	<u>675</u> <u>663</u>																		
896	表中の「14日以内」の各点数	<u>2,007</u> <u>2,012</u> <u>1,544</u>	<u>2,067</u> <u>1,812</u> <u>1,604</u>																
898	表中「A238 退院調整加算」の「一般」欄	<u>〇※7</u> <u>〇※7</u>	<u>〇※8</u> <u>〇※8</u>																
898	表中「A241 後期高齢者退院調整加算」の「一般」欄	<u>〇※8</u>	<u>〇※7</u>																
900	上から3行目	、 <b>実施</b> を徴収している。	、 <b>実費</b> を徴収している。																
945	右段 上から13行目	②…、他の業務との <b>業務</b> はできない。	②…、他の業務との <b>兼務</b> はできない。																
983	上から18行目、下から18行目	次の <u>ア</u> に掲げる数を <u>イ</u> に掲げる数で…	次の <u>①</u> に掲げる数を <u>②</u> に掲げる数で…																
984	左段 上から4~6行目	1 亜急性期入院医療管理料1 (90日 <u>程度</u> ) 2,050点 2 亜急性期入院医療管理料2 (60日 <u>程度</u> ) 2,050点	1 亜急性期入院医療管理料1 (90日 <u>限度</u> ) 2,050点 2 亜急性期入院医療管理料2 (60日 <u>限度</u> ) 2,050点																
1025	左段 上から15行目	<u>(3)</u> 有床診療所療養病床特別入院基本料 (1日につき) 450点 (65歳以上の場合 436点) <u>(4)</u> 褥瘡評価実施加算 (1日につき) 15点	<u>(2)</u> 有床診療所療養病床特別入院基本料 (1日につき) 450点 (65歳以上の場合 436点) <u>(3)</u> 褥瘡評価実施加算 (1日につき) 15点																
1051	左段、下から15行目	以下の <u>①</u> ~ <u>④</u>	以下の <u>①</u> ~ <u>③</u>																
1063	左段 下から17行目 (12)の下に、右を挿入	<u>(13)</u> 1日の必要量を数回に分けて提供した場合は、提供された回数に相当する食数として算定して差し支えない(ただし、食事時間外に提供されたおやつを除き、1日に3食を限度とする。)																	
1070	「入院時生活療養標準負担額(患者負担額)」表中	<u>食なし</u>   <u>1食</u>   <u>2食</u>   <u>3食</u>	<u>居住費</u>   <u>居住費+1食</u>   <u>居住費+2食</u>   <u>居住費+3食</u>																
1099	右端	様式第二 (一)	様式第二 (二)																
1167	左段 下から1行目	合計 <u>149</u> 点	合計 <u>139</u> 点																
1206	左段 上から15行目	脂質異常症   生習	脂質異常症   生習 <u>脂質異常症</u>   <u>〇</u>																
1209	左段 下から9行目	(右記を追加)	精神運動発作(てんかん)   てんかん																
1212	右段 下から19行目	ハーラー症候群   × ハンター症候群   ×	ハーラー症候群   × <u>ハーラー症候群</u>   <u>難外</u> ハンター症候群   × <u>ハンター症候群</u>   <u>難外</u>																
1203	右段 下から7行目	結節性動脈周囲炎   <u>〇</u>	結節性動脈周囲炎   <u>×</u>																
1206	左段 上から14行目	(右記を追加)	脂質異常症   <u>〇</u>																
1219	「訪問診療料等(※1参照)」の「訪問看護療養費」の図について、二重線の箇所を削除	<table border="1"> <tr> <td>医療機関</td> <td>(特)かつ(指)</td> <td>訪問ステ</td> </tr> <tr> <td>医療機関</td> <td>(特)</td> <td>有料老人ホーム等 グループホーム</td> </tr> </table>	医療機関	(特)かつ(指)	訪問ステ	医療機関	(特)	有料老人ホーム等 グループホーム											
医療機関	(特)かつ(指)	訪問ステ																	
医療機関	(特)	有料老人ホーム等 グループホーム																	