日本医師会総合政策研究機構　診療報酬改定説明会

平成22年度診療報酬改定のポイント

～　外　来　編　～

平成22年　3月16･17･18日

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営ｺﾝｻﾙﾀﾝﾄ　第5590号

細　谷　　邦　夫

全体的留意事項

平成22年度診療報酬改定

- 各種届出の留意事項
  - 届出の締め切り
    - 平成２２年４月１４日（水）
  - 届出用紙
    - 基本診療料の施設基準等に係る届出書
    - 届出書添付書類
      → 場合によっては講習会修了証など
  - 届出先
    - 地方厚生局
    - http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/about/index.html#shozaichi
- 算定要件の確認
  - 要件に院内掲示がある場合は早めに準備をする
  - 今後の疑義解釈に注意

療 養 担 当 規 則

明細書発行の原則義務化　P714～720　改

療養担当規則

◆領収書の発行ではありません！

◆療養担当規則の変更です！

◆明細書発行体制等加算とは別物です！！

- ▶ 領収書とは
  - ♦ 個別の費用ごとに区分して記載したもの
    ⇒　点数表の診療区分ごとに点数（金額）を明示する
- ▶ 明細書とは
  - ♦ 診療費の計算の基礎となった項目ごとに記載したもの
    ⇒レセプト並に細かく書く（病名は不要）

『領収書』の参考様式

改

療養担当規則

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請 求 期 間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ.	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	精神科専門療法	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類（ＤＰＣ）	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外負　担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)

	保　険	保　険 (食事・生活)	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合　計			円

東京都○○区○○　○－○－○

領収印

『明細書』の参考様式（医科）

改

療養担当規則

診療明細書（記載例）

入院外　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
基本料	＊外来診療料	70	1
在宅	＊在宅自己注射指導管理料	820	1
	＊血糖自己測定器加算（月100回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	1320	1
処方	＊処方せん料（その他）	68	1
検査	＊生化学的検査（1）判断料	144	1
	＊血液学的検査判断料	125	1
	＊B－V	13	1
	＊検体検査管理加算（1）	40	1
	＊血中微生物	40	1
	＊生化学的検査（1）（10項目以上）	123	1
	ALP		
	LAP		
	γ－GTP		
	CPK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
	Alb		
	BIL／総		
	BIL／直		
画像診断	＊胸部 単純撮影（デジタル撮影）	182	1
	画像記録用フィルム（半切）　1枚		

『領収書兼明細書』の例（医科）

改

療養担当規則

領収証（内訳明細）

2010年2月26日

医　院　名　様

¥1,410－

保険診療分については消費税を含んでいません。

上記金額正に領収しました。

クリニック

受診日　2005年9月23日

区分	項目	点数	回数
初・再診料	初診	270	1
在宅	在宅自己注射指導管理料	820	1
	血糖自己測定器加算（月80回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	1140	1
検査料	TSHレセプター抗体精密	250	1
投薬料	処方せん料（後発品を含む）	70	1

合計点
2550

前回未収 ¥0	保険外 ¥0	負担金 ¥1,410	請求額 ¥1,410

※本領収証は再発行はしませんから、大切に保管してください。
健康保険法により10円未満の端数は四捨五入とさせて頂きます。

『明細書』の参考様式（調剤）

改

療養担当規則

調剤明細書（記載例）

調剤		保険			
患者番号		氏名	○○ ○○ 様	調剤日	YYYY/MM/DD

区分	項　目　名	点　数	備考
調剤技術料	調剤基本料	40	
	基準調剤加算1	10	
	後発医薬品調剤体制加算1	6	
	調剤料		
	内服薬（28日分）	81	
	内服薬（14日分）	63	
	屯服薬	21	
	後発医薬品調剤加算	2	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	30	
	特定薬剤管理指導加算	4	
	薬剤情報提供料	15	
薬剤料	A錠　1日2錠×28日分	60	後発医薬品
	B錠　1日1錠×14日分	60	
	C錠　1回1錠×5回分	35	

明細書発行について

改

療養担当規則

◆ 明細書発行の原則義務化

► 対象医療機関

♦ レセプトの電子請求の義務付け保険医療機関等

→平成２２年７月診療分から原則として全医療機関が電子請求義務化

♦ 正当な理由のない限り、*全患者に明細書を無料*で発行しなければならない

♦ 明細書発行体制等加算を算定しないから発行しなくていいということではない

► 発行対象外となる「正当な理由」とは

♦ 明細書発行機能がないレセコン・電子カルテを使用している

♦ 明細書発行にあたり、自動入金機の改修が必要な場合

→上記に該当する場合のみ実費徴収が可能

明細書発行について

改

療養担当規則

- ▶ ＤＰＣに関する明細書
  - ♦ 入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することが望ましい

◆「正当な理由」に該当する場合には・・・

- ▶ 地方厚生局に届出と院内掲示が必要
  - ♦ 正当な理由に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨
  - ♦ 明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を院内掲示し、その内容を地方厚生局に届出る
  - ♦ 手書き医療機関は上記のうち院内掲示が必要だが届出は不要

「正当な理由」に該当する届出

改

療養担当規則

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書

平成　　年　　月　　日

保険医療機関所在地及び名称

関東信越厚生局長　殿

開設者名　　印

1．以下の「正当な理由」に該当（いずれかの番号に○）

1	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している
2	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要

2．明細書発行についての状況

1	希望する患者への明細書発行の手続き（○を記載）	
	（1） 発行場所	① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他（　　）
	（2） 発行のタイミング	① 即時発行 ②その他（　　）
2	費用徴収の有無	有 ・ 無
3	費用徴収を行っている場合その金額	円

明細書留意点

改

療養担当規則

- 発行しなくてもいい場合
  - 患者から明細書は不要と申し出がある場合
  - 生保やマル乳など一部負担金が発生しない場合
  - 明細書の交付により治療に支障や患者に精神的な損害が生じると判断される場合
- 発行義務の無い医療機関の留意点
  - 発行義務が無くても、その旨の院内掲示が必要
  - 発行義務が無くても患者から要望があった場合には発行する必要あり
  - 発行義務の無い医療機関で明細書を発行した場合は自費徴収可能。その旨の院内掲示（徴収の有無・金額等）することが必要

明細書留意点

改

療養担当規則

- レセプト電子化対応関連
  - レセプト電子請求義務化猶予中の医療機関は発行義務無し
- その他
  - 明細書はレセプト用紙に発行年月日などを記載すればそれを利用することも可能
  - 実費徴収する場合には「社会的に妥当適切」な範囲で

窓口対応の留意点

療養担当規則

- 発行の是非はともかく説明責任を求められる
  - 内容についての問い合わせが増えることが予想されるのでスタッフ間で意思統一を
    - 病名未告知の場合
      - → 渡さなければ渡さない場合にも問題が・・・
    - 点数の名称
      - → 悪性腫瘍特異物質治療管理料
      - → 内視鏡前検査
      - → メンタル系の検査
      - → 性病関連の検査　　等

窓口対応の留意点

療養担当規則

- レセコン・電子カルテの確認
  - 発行のタイミングは？
    - 会計終了時に領収とともに自動発行か？
    - 2枚発行か、領収書兼明細書で１枚で発行か？
  - 用紙のサイズは？
    - 領収書と明細書は同じサイズか？
  - 用紙サイズが違う場合のプリンタの対応は？
    - 複数カセットない場合は最悪買い換えか？
  - 患者毎の個別発行は可能か？

窓口対応の留意点

療養担当規則

- 患者の意思確認
  - 「明細書が不要」という患者には発行しなくても構わない
  - 領収書と明細書の違いが患者に分かるように
  - 初診患者
    - 問診票等に明細書の要・不要を確認する欄を作る
  - 再来患者
    - 口頭で確認するしかない？
    - 「明細書いりません」カードを作成？
  - 不要とされた明細書の対策
    - 個人情報保護法に注意
      - → ゴミ箱に捨てられた物は要注意
        - – 医療機関に直接的な責任は無いが・・・
      - → 不要とされた物はシュレッダへ

院内掲示例

改

療養担当規則

◆「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成〇年〇月〇日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

△△クリニック

院長　××　××

院内掲示例（正当な理由に該当）

改

療養担当規則

◆「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしておりません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認下さい。

△△クリニック

院長　××　××

院内掲示例（正当な理由に該当）

改

療養担当規則

◆「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚〇〇〇〇円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

△△クリニック

院長　××　××

院内掲示例（紙レセでも明細発行）

改

療養担当規則

◆「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚〇〇〇〇円になります。

△△クリニック

院長　××　××

基 本 診 療 料

初診料

P2

改

基本診療料

◆ 初診料　２７０点　⇒　２７０点

▶ 電子化加算　３点　⇒　廃止

- 再診料の加算へ（明細書発行体制等加算）

▶ 乳幼児加算（６歳未満）　７２点　⇒　７５点

- 電子化加算を算定していた医療機関にとっては事実上マイナス
- 病院では電子化加算の影響はほぼ無し
- 小児科以外でも６歳未満の乳幼児が多い医療機関には好影響

再診料

P2、49、447、511　改 新

基本診療料

◆ 再診料　病　院　６０点
診療所　７１点 ⇒ 69点

▶ 乳幼児加算（６歳未満）　３５点 ⇒ ３８点

▶ 地域医療貢献加算　新　設 ⇒ ３点

- ♦ 診療所のみ
- ♦ 要届出
- ♦ 算定要件は別スライド

▶ 明細書発行体制等加算　新　設 ⇒ １点

- ♦ 要届出
- ♦ 診療所のみ
- ♦ 算定要件は別スライド

再診料

P3、47 改

基本診療料

◆ 外来管理加算　　５２点　⇒　５２点

▶ ５分要件は廃止

▶ 「懇切丁寧に診察」する要件は残った

♦ 診察に当たっては、次に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行う。全ての項目を満たす必要はない

→ 問診し、患者の訴えを総括する

→ 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う

→ これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う

→ 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う

▶ 外来管理加算の算定不可の場合を追加

♦ 多忙等の理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合

地域医療貢献加算（要届出）

新

P3、49、447、511

◆算定要件

- ▶ 標榜時間外の問い合わせに対応する
  - ♦ 緊急病変等、患者から問い合わせがあった場合
    → 直接又は間接（電話、テレビ映像等）
  - ♦ 患者に対して必要な指導を行う
- ▶ 患者に周知している電話連絡先が診療所の場合
  - ♦ 転送可能な体制を取るなど原則として常に電話に応じる
  - ♦ やむを得ず問合わせに応じられない場合は、留守番電話等により対応した上で、速やかに患者に連絡を取る
- ▶ 緊急の対応が必要と判断された場合
  - ♦ 外来診療、往診、他の医療機関との連携、緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行う
- ▶ 電話再診の場合であっても算定可能

基本診療料

地域医療貢献加算（要届出）

新

基本診療料

◆施設基準

- ▶ 診療所
- ▶ 標榜時間外に患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備
- ▶ 連絡先を患者に周知
  - ♦ 対応者、緊急時の対応体制、連絡先等
  - ♦ スタッフが対応しても差し支えないが、医師に電話を転送できる体制を備える
  - ♦ 複数の診療所が連携し当番医が対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等を患者に周知
- ▶ 周知方法
  - ♦ 院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等
- ▶ 届出方法
  - ♦ 別添７の様式２を使用
  - ♦ 実績は不要

地域医療貢献加算留意点

新

基本診療料

◆ 算定可能な例
- ▶ 速やかに対応できれば留守番電話でも算定可
- ▶ 速やかに対応できれば携帯メール等でも算定可
- ▶ 携帯電話への転送でも算定可
- ▶ 学会出張等の場合には連携医療機関の連絡先を患者に知らせることでも可
- ▶ 時間外の初期対応はスタッフで可。その後速やかに医師に連絡すること

◆ 算定可能な診療報酬
- ▶ 電話再診のときにも算定可

明細書発行体制等加算（要届出）　新

基本診療料

◆ 算定要件　P2、447、511

- ▶ 診療所でレセプトの電子請求を行っている
  - ♦ オンライン請求またはＦＤなどの電子媒体での請求
- ▶ 明細書を無料で発行し、その旨を院内掲示
- ▶ 届出方法
  - ♦ 別添７の様式２の２を使用
  - ♦ 実績は不要

◆ 留意事項

- ▶ 明細書が不要だと申し出て、明細書を発行していない患者や明細書を受け取らない患者にも算定可能

明細書発行体制等加算

新

基本診療料

◆ 発行のポイント

▶ 次の内容を院内掲示等により明示する

♦ 内容の分かる詳細な明細書を発行している旨

♦ 明細書の発行を希望しない患者の確認

→ 不要な場合は会計窓口に申し出て貰う旨

明細書発行体制等加算対応策

新

基本診療料

◆ 院内掲示例

▶ 当院では領収書と別に、診療内容の詳細（個々のお薬や検査の内容や点数）がわかる明細書を原則として全ての患者様に発行しております。

用紙が大きいため、不要な方には発行いたしませんので、受付にお申し出ください。

♦ 見本を付けると領収書と明細書の違いが分かりやすいのではないか？

医 学 管 理 料

項目の再編、注の変更等

改

医学管理料

◆ 特定薬剤治療管理料の適応拡大　P103、121

- ▶ シクロスポリンの対象疾患追加
  - ♦ 難治性のアトピー性皮膚炎
- ▶ 文言の整理
  - ♦ 項目の整理、複数薬剤の算定ルール

◆ 悪性腫瘍特異物質治療管理料項目の再編　P104、123

- ▶ イ、測定方法が一般的なもの
  - ⇒　尿中ＢＴＡに係るもの（点数変更無し）
- ▶ ロ、測定方法が精密なもの
  - ⇒　その他のもの　（点数変更無し）

心臓ペースメーカー指導管理料　P106、127　改

医学管理料

◆ 名称の変更（点数変更無し）

▶ イ、ペースメーカー・・・に行った場合

⇒　遠隔モニタリングによる場合

- 遠隔モニタリング対応の体内埋込型ペースメーカー等を使用する患者に対し、適切な管理、状況に応じた来院等を促す体制
- プログラム変更に要する費用は所定点数に含む
- 患者の急変等の受診により、療養上必要な指導を行った場合は、「イ」を算定していない月に限り、「ロ」が算定可
- イは４月に１回だが急性増悪等による場合は１月に１回算定可
- ロは１月に１回算定

▶ ペースメーカーを定義

- 特定保険医療材料のペースメーカー、埋込型除細動器及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器

▶ 加算の新設

- 導入期加算　　１４０点

→ペースメーカー移植術等実施から３ヶ月以内

項目の再編、注の変更等

改

医学管理料

◆ ニコチン依存症管理料　　P137

- ▶ 手順書の認定学会追加
  - ♦ 日本呼吸器学会

◆ 医療機器安全管理料（要届出）　P119、152、649

- ▶ 臨床工学技士・・・場合　　５０点　⇒　　１００点
- ▶ 放射線治療機器・・・　１０００点　⇒　１１００点
  - ♦ 放射線治療専任加算に関する条件追加

◆ 生活習慣病管理料　　P110、136

- ▶ ７５歳以上でも算定可能になった

後期高齢者関連

P118、151

改

医学管理料

◆ 薬剤情報提供料　　（１０点に変更無し）

- ▶ 加算の名称と算定要件の変更
  - ♦ 後期高齢者手帳記載加算　５点⇒　手帳記載加算　３点
    - → 対象年齢の拡大（７５歳未満も算定可）
    - → 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算
    - → 手帳を忘れた場合、シール等のみを渡しただけでは算定不可

◆ 廃止となるもの

- ▶ 後期高齢者診療料
- ▶ 後期高齢者外来継続指導料
- ▶ 後期高齢者終末期相談支援料

診療情報提供料（Ⅰ）まとめ（外来）

医学管理料

紹介先	所定点数	加算	留意点
保険医療機関	250点		紹介先ごとに月1回算定
市町村・居宅介護支援事業者等			
保険薬局			在宅患者訪問薬剤管理指導のため
精神障害者施設・老人保健施設			入所者が対象
老人保健施設			
認知症疾患医療センター等			『認知症状態』の患者の鑑別診断等の必要性
認知症専門医療機関		100点	『認知症の疑い』の患者の鑑別診断等の必要性
		認知症専門医療機関連携加算	
		50点	『認知症の確定診断』のある患者の症状増悪・療養方針の再検討が必要な場合に、その診断をした認知症専門診断管理料算定医療機関へ紹介
精神科を標榜する保険医療機関		精神科医連携加算	
		200点	精神科以外を標榜する医療機関で、うつ病等の精神障害の患者を紹介。予約が必要
肝疾患に関する専門医療機関		肝炎インターフェロン治療連携加算	
		50点	肝炎インターフェロン治療計画料算定医療機関との連携において、治療計画に基づく診療の状況を示す文書とともに当該医療機関に紹介した場合
ハイリスク妊産婦共同管理料Ⅰ 届出医療機関		200点	紹介元も同様の届出 検査結果、画像情報、その他必要な書類

連携のイメージ

医学管理料

◆がん・認知症・肝炎

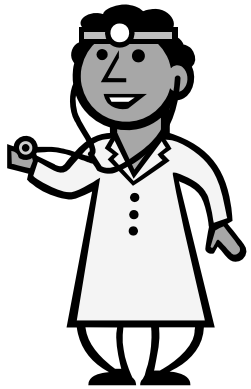
診断→

紹介→

治療計画を共有

←症状増悪

←療養方針変更



治療計画の管理や
診断をする医療機関
○○計画料
○○管理料　等

連携医療機関
○○連携加算
○○連携指導料　等

◆認知症疾患医療センター等とは

▶認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定を行う都道府県知事が指定した保険医療機関

診療情報提供料（Ⅰ）

P118、150、151

新

医学管理料

◆ 加算の新設

▶ 認知症専門医療機関連携加算　　５０点

♦ 対象患者

➔認知症の専門医療機関において認知症の確定診断がある

♦ 算定要件

➔症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合

➔診断した専門医療機関に紹介を行った場合に加算

▶ 肝炎インターフェロン治療連携加算　　５０点

♦ 算定要件

➔肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて行ったインターフェロン治療を行っている

➔副作用等を含めた治療状況を添えて計画策定医療機関に対して紹介を行った際に算定

認知症専門診断管理料

P116、144、647

新

医学管理料

◆ 算定要件（要届出）

▶ ５００点（１人につき１回）

- 認知症疾患医療センター等の専門医療機関
- 他の医療機関から紹介された患者の認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を文書により行った場合に算定
- 地域において療養を担う他の医療機関にも文書により診療情報を提供
- 診断にかかる診療情報提供料（Ｉ）、特定疾患療養管理料は別に算定不可

▶ 届出方法

- 様式１３の５を使用
- ＣＴ・ＭＲＩ・ＳＰＥＣＴ等
- 担当医・専任臨床心理技術者・医療相談室配置の精神保健福祉士又は保健師等の氏名

肝炎インターフェロン治療計画料 P116、144、647

新

医学管理料

◆ 算定要件（要届出）

▶ ７００点（１人につき１回限り）

- 長期継続的にインターフェロン治療が必要な患者
- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を文書により行った場合に算定
- 地域において療養を担う他の医療機関にも文書により診療情報を提供
- 診断にかかる診療情報提供料（Ｉ）は所定点数に含まれる

▶ 施設基準

- 肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われている
- インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有している
- 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有している
- 届出は別添２の様式13の６使用

がん性疼痛緩和指導管理料 P109、132、640 改

医学管理料

◆ 算定要件

▶ １００点（点数変更無し）

▶ 届出が必要になった

♦ 診療に関わる医師は以下の研修会のうちいずれかを修了

→ がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20 年４月１日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

→ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等

▶ 届出方法

♦ 様式５の２を使用

♦ 研修の修了証等を添付する

→ 研修要件については平成２３年３月３１日までは経過措置

がん治療連携指導料

P116、144、647

新

医学管理料

◆ 算定要件

▶ ３００点（月１回）

▶ 要届出

♦ 連携する計画策定病院の名称、連絡先、治療を担うがんの種類

▶ 対象患者

♦ がん治療連携計画策定料を算定した患者

▶ 計画作成病院との関係

♦ 計画作成病院で作成された治療計画に基づき、計画作成病院と連携して退院後の治療を行う

♦ 計画作成病院に対し、文書により診療情報を提供する

→情報提供の頻度は治療計画に記載された通り

→患者の状態の変化等により、計画作成病院に相談・変更が必要になった場合も算定可

♦ 計画策定病院への診療情報提供料（Ⅰ）は所定点数に含む

がん治療連携指導料

P116、144、647

新

医学管理料

◆ 算定のポイント

- ▶ 地域連携診療計画に沿った連携により、切れ目のない医療が提供されることを評価
- ▶ 地域連携診療計画は、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたもの
- ▶ がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定
- ▶ 計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づく
- ▶ 患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できる

がん患者カウンセリング料 P109、132、640 新

医学管理料

◆ 算定要件（要届出）

▶ ５００点（患者1人につき１回限り）

- がんと診断され、継続して治療予定の患者
- 以下の職種が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行い、その内容を文書により提供した場合に算定

  → 緩和ケアの研修を修了した医師

  → ６カ月以上の専門の研修を修了した看護師

▶ 留意点

- 自院、他院を問わず、原則として患者１人１回に限り算定
- 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可
- 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定不可

がん患者カウンセリング料 P109、132、640 新

医学管理料

- 医師の研修
  - いずれかを修了
    - がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
    - 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- 説明の場所
  - 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用
- 届出方法
  - 様式５の３を使用
  - 医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付

がん患者カウンセリング料 P109、132、640

新

医学管理料

◆ 看護師の研修

▶ ５年以上がん患者の看護に従事し以下の研修を修了

- 国及び医療関係団体等が主催する研修（６月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修
- 講義及び演習により、次の内容を含むもの
  - → がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
  - → 臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）
  - → がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
  - → がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程
  - → セルフケアへの支援及び家族支援の方法
  - → がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
  - → がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
  - → コンサルテーション方法
- 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

地域連携夜間･休日診療料 P110、135、642 新

医学管理料

◆ 地域連携夜間・休日診療料　１００点

► 施設基準

- 要届出
- 夜間、休日、深夜に救急患者を診療できる体制を有している
- 夜間、休日に救急患者を診療する医師が３名以上いる
  → 当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの
- 地域連携小児夜間・休日診療料算定患者は算定不可

地域連携小児夜間･休日診療料　改新

医学管理料

◆ 地域連携小児夜間・休日診療料　P109、134、642

▶ 地域連携・・・診療料１　３５０点　⇒　４００点

▶ 地域連携・・・診療料２　５００点　⇒　５５０点

▶ 院内トリアージ加算　３０点

→小児科標榜の届出医療機関にて来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定

♦ 施設基準

→院内トリアージの実施基準を定める

→院内掲示等により受診者に周知している

→患者の来院後速やかに院内トリアージを実施し、患者に説明するとともに、一定時間経過後に再評価を行う

♦ 算定要件

→当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定

→専任の医師又は経験３年以上の看護師

地域連携診療計画退院時指導料 (新)

医学管理料

◆ 項目の新設　　P115、142、645

▶ 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）　　３００点

- 要届出（計画管理病院を除く）
- 算定要件
  - → 退院後初回月に１回算定
  - → 診療所又は許可病床数200床未満の病院
  - → 地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料Ｉを算定する医療機関を退院後の患者に対して、通院あるいは在宅医療を提供した場合に、退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を文書により報告する
  - → 計画管理病院への診療情報提供料（Ｉ）は所定点数に含む

▶ 地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ）は退院時に算定するもの

- 対象疾患：大腿部頚部骨折・脳卒中

在 宅 医 療 料

往診料

P155、169

改

在宅医療料

◆ 往診料　　６５０点　⇒　７２０点

▶ 定期的又は計画的な診療は算定できない

♦ 患家又は他の保険医療機関に赴いての診療、対診

◆ 他医療機関入院中患者の算定　　P52、53

▶ 入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合のみに算定可

♦ 以下を除き医学管理等、在宅医療、投薬、注射、リハビリテーションに係る費用は算定できない

→ 診療情報提供料、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係るもの、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料

♦ 他医入院中の患者に診療を行った場合のレセプト記載

→ 入院医療機関名、当該患者の算定する入院料、受診理由、診療科、受診日数：〇日

在宅患者訪問診療料

P155、172

改

在宅医療料

◆ 項目名称の変更

- ▶ 在宅での療養を行っている患者　８３０点
- ▶ 居住系施設入居者等である患者の場合　２００点

↓

- ▶ 同一建物居住者以外の場合　８３０点
- ▶ 同一建物居住者の場合　２００点

- ▶ 乳幼児加算の新設（１日につき）
  - ♦ 乳幼児加算（３歳未満）　２００点
  - ♦ 幼児加算（３歳以上６歳未満）　２００点

在宅患者訪問診療料

P173

改

在宅医療料

◆ 同一建物居住者とは

▶ 以下の建物に入居又は入所している複数の患者

- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- マンションなどの集合住宅　等

▶ 以下のサービスを受けている複数の患者

- 短期入所生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護　等

在宅患者訪問診療料

P174

改

在宅医療料

◆ マンション等の訪問診療の例

- ▶ １人だけ診察した
  - ♦ 同一建物居住者以外の場合（８３０点）で算定
- ▶ ５人診察した
  - ♦ 同一建物居住者の場合（２００点×５）で算定

◆ 戸建て住宅の訪問診療の例

- ▶ １人だけ診察した
  - ♦ 同一建物居住者以外の場合（８３０点）で算定
- ▶ ３人診察した
  - ♦ 同一建物居住者以外の場合（８３０点）＋初・再診料×２（要件が合えば外来管理加算等も）で算定

◆ 判断基準は「同一患家（同一世帯）」

在宅患者訪問診療料

P175

改

在宅医療料

◆ 在宅ターミナルケア加算

- ▶ 往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合も算定可能に
- ▶ 死亡日前14日以内に２回以上の往診又は訪問診療を実施する要件と点数は変更無し
  - ♦ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院　　１００００点
  - ♦ その他の医療機関　　２０００点
- ▶ 訪問看護、訪問看護療養費も同様

◆ 特定疾病の追加

- ▶ ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ▶ 訪問看護、訪問看護療養費も同様

在医総管・特医総管

P177

新

在宅医療料

◆ 在宅時医学総合管理料

・特定施設入居者等医学総合管理料

▶ 在宅移行早期加算（月１回）　１００点

- ♦ 算定要件
  - → 退院後に在宅において療養を始めた患者で、訪問診療を行う患者
  - → 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から３月以内の期間、１月１回に限り加算
  - → 退院から１年を経過した患者に対しては算定不可
  - → 在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに３月を限度として、月１回に限り算定可

訪問看護･指導料

P157

改

在宅医療料

◆ 名称の統一（点数変更無し）

- ▶ 居住系施設入居者等訪問看護・指導料
  ⇒　同一建物居住者訪問看護・指導料
- ▶ 居住系施設入居者等連携指導加算
  ⇒　同一建物居住者連携指導加算
- ▶ 居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算
  ⇒　同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算
- ▶ 居住系施設等ターミナルケア加算
  ⇒　同一建物居住者ターミナルケア加算
- ▶ 後期高齢者終末期相談支援加算　⇒　廃止

訪問看護･指導料

P183

改

在宅医療料

◆ 在宅移行加算

▶ 対象患者の追加

♦ 次のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

→NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

→DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はD5

♦ 定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含む

訪問看護指導料 P158、160、182、596、615、616 新

在宅医療料

◆ 複数名訪問看護加算（週１回）

- ▶ 看護師 ＋ 他の保健師、助産師、看護師　　４３０点
- ▶ 看護師 ＋ 他の准看護師　　３８０点
  - ♦ 算定要件
    - → 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）が、同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること
      - – 訪問看護療養費においては看護師等
    - → 以下のように一人での看護職員での訪問が困難である場合
      - – 末期の悪性腫瘍等の特定疾病対象者
      - – 医師の指示の一時的な頻回の訪問看護を受けている
      - – 特別管理加算対象者
      - – 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

名称と注の整理（点数変更無し）

改

在宅医療料

◆ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ▶ 同一建物居住者以外の場合　３００点
- ▶ 同一建物居住者の場合　２５５点

◆ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ▶ 同一建物居住者以外の場合　５５０点
- ▶ 同一建物居住者の場合　３８５点

◆ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- ▶ 同一建物居住者以外の場合　５３０点
- ▶ 同一建物居住者の場合　４５０点

在宅療養指導管理料通則の変更 改

在宅医療料

◆ 複数の医療機関での在宅療養指導管理料の算定

▶ 紹介が行われた月に限り紹介元、紹介先双方で算定可

- ♦ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院からの紹介に限る
- ♦ 上記とは異なる在宅療養指導管理料を算定する場合に限る

▶ 算定出来ない組み合わせ

- ♦ 在宅自己腹膜灌流　＋　在宅血液透析
- ♦ 在宅酸素療法　＋　在宅人工呼吸
- ♦ 在宅酸素療法　＋　在宅持続陽圧呼吸療法
- ♦ 在宅中心静脈栄養法　＋　在宅成分栄養経管栄養法
- ♦ 在宅人工呼吸　＋　在宅持続陽圧呼吸療法
- ♦ 在宅悪性腫瘍患者　＋　在宅自己疼痛管理
- ♦ 在宅寝たきり患者処置　＋　在宅難治性皮膚疾患処置

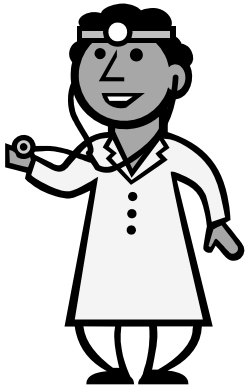
▶ 【現行】２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている 保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する

在宅料指導管理料のイメージ

在宅医療料

在宅支援診療所・支援病院

退院・紹介



在宅酸素療法
在宅中心静脈栄養法
在宅成分栄養経管栄養法
・・・等

同一月でも
算定可
ただし条件付き

在宅酸素療法
在宅中心静脈栄養法
在宅成分栄養経管栄養法
・・・等

在宅療養指導管理料

改

在宅医療料

◆ 在宅自己注射指導管理料　P191、616

▶ 対象薬剤の追加

- ♦ 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤
  → 再生不良性貧血、先天性好中球減少症
- ♦ 遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

◆ 在宅自己腹膜灌流指導管理料　P163、192

▶ 注の追加

- ♦ 注２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又はＪ０４２に規定する腹膜潅流の１を算定する場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない

在宅血液透析指導管理料

P163、192

改

在宅医療料

◆ 在宅血液透析指導管理料（１月につき）

３８００点　⇒　８０００点

▶ ２回目以降（２０００点）の算定

- 初回算定から２月までの間は月４回まで

  ⇒　初回算定から２月までの間は月２回まで

  → 人工腎臓を同一月内に行う場合は２回目以降の費用は算定不可

- 要届出になった
- 施設基準

  → 患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えている

- 算定要件

  → 関係学会等のマニュアルを参考に在宅透析を行う

▶ 透析液供給装置加算（１月につき）

８０００点　⇒　１００００点

在宅悪性腫瘍患者指導管理料　P196　改

在宅医療料

◆ 算定要件の変更

- ▶ 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。
- ▶ 外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない
- ▶ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は同一月に算定不可。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定可
- ▶ 外来化学療法加算は同一月に算定不可
- ▶ 外来受診時に皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む）、特定保険医療材料の費用は算定不可。ただし、当該在宅悪性腫瘍患者指導管理料に係らない費用は算定できる。

在宅療養指導管理料

新

在宅医療料

◆ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料　５００点

▶ 算定要件　P164、198

- 皮膚科又は形成外科を担当する医師
- 表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要なもの
- 難病外来指導料、皮膚科特定疾患指導管理料と併算定不可
- 処置の費用（薬剤・材料）は別途算定可（衛生材料は含まれる）

◆ 在宅小児低血糖症患者指導管理料　P168、194　８２０点

▶ 対象患者

- 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者

▶ 留意事項

- 重篤な低血糖の予防
- 薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後６月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定

在宅療養指導管理材料加算

改

在宅医療料

- 血糖自己測定器加算　　P165、199
  - １２歳未満の小児低血糖症の患者を追加
  - その他文言の整理
- 人工呼吸器加算　　P166
  - 陽圧式人工呼吸器　　６８４０点　⇒　７０００点
  - 人工呼吸器　　５９３０点　⇒　６０００点
  - 陰圧式人工呼吸器　　３０００点　⇒　７０００点
- 排痰補助装置加算（新設）　P167、201　　１８００点
  - 人工呼吸を行っている神経筋疾患の患者
    - 筋ジストロフィー、萎縮性側索硬化症等
- 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　　P201
  - 注釈の新設
    - 外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、その後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない

乳幼児加算まとめ

新

在宅医療料

- ◆ 在宅患者訪問診療料
  - ▶ 乳幼児加算（３歳未満）　２００点
  - ▶ 幼児加算（３歳以上６歳未満）　２００点
- ◆ 救急搬送診療料
  - ▶ 新生児加算　（新設）１０００点
  - ▶ 乳幼児加算（新生児を除く６歳未満）
    １５０点　⇒　５００点
- ◆ 在宅患者訪問看護・指導料
- ◆ 居住系施設入居者等訪問看護・指導料
  - ▶ 乳幼児加算（３歳未満）　５０点
  - ▶ 幼児加算（３歳以上６歳未満）　５０点
- ◆ 退院前在宅療養指導管理料
  - ▶ 乳幼児加算（６歳未満）　２００点

検　体　検　査

検体検査（引下げ）

改

検査料

◆ 尿・糞便等検査

▶ 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン

６０点　⇒　５７点

▶ 骨髄一般検査　６５点　⇒　６２点

◆ 血液学的検査

▶ 末梢血液一般検査　２２点　⇒　２１点

▶ トロンボテスト　２９点　⇒　１８点

▶ フィブリンモノマー複合体定性

１００点　⇒　９５点

検体検査(引下げ)

改

検査料

◆ 生化学的検査(Ｉ)

- ▶ 不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）　８０点　⇒　３１点
- ▶ 総鉄結合能（ＴＩＢＣ）　８５点　⇒　３１点
- ▶ イオン化カルシウム　２７点　⇒　２６点
- ▶ ムコ蛋白　３０点　⇒　２９点
- ▶ ケトン体　３２点　⇒　３１点
- ▶ ＡＳＴ・アイソザイム　５０点　⇒　４９点
- ▶ コレステロール分画　６０点　⇒　５７点
- ▶ 膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）
  １００点　⇒　９５点
- ▶ 乳酸脱水素酵素・アイソザイム１型
  １００点　⇒　９５点
- ▶ アポリポ蛋白　１００点　⇒　９５点

検体検査(引下げ)

改

検査料

◆ 生化学的検査(Ｉ)

- ▶ リポ蛋白（ａ）　１２０点　⇒　１１０点
- ▶ アルカリホスファターゼ・アイソザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）　１９０点　⇒　１８０点
- ▶ ビタミンＢ１　２９０点　⇒　２７０点
- ▶ 包括項目
  - ▶ ５項目以上７項目以下　１００点　⇒　９５点
  - ▶ ８項目又は９項目　１０９点　⇒　１０４点
  - ▶ １０項目以上　１２９点　⇒　１２３点

検体検査(引下げ)

改

検査料

◆ 生化学的検査(Ⅱ)

- ▶ レニン活性　１１５点　⇒　１１０点
- ▶ 副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）
  １９０点　⇒　１８０点
- ▶ 前立腺酸ホスファターゼ抗原　１４０点 ⇒ １３０点
- ▶ 尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア（ＨＣＧβ－ＣＦ）
  ２１０点　⇒　２００点
- ▶ 尿中糖分析　４０点　⇒　３８点

検体検査（引下げ）

改

検査料

◆ 免疫学的検査

- ▶ ＴＰＨＡ試験　５５点　⇒　５３点
- ▶ 赤痢アメーバ抗体価　⇒　削除
- ▶ 大腸菌抗原同定検査　１９０点　⇒１８０点
- ▶ サイトメガロウイルス抗体価　２３０点　⇒２２０点
- ▶ ＨＢｓ抗原　９５点　⇒　９０点
- ▶ ＨＢｓ抗体価　９５点　⇒　９０点
- ▶ ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体価　１７０点　⇒１６０点
- ▶ 包括項目：５項目以上　５２０点　⇒４９４点
- ▶ ＬＥテスト　７０点　⇒　６８点
- ▶ 抗核抗体価（蛍光抗体法）　１２０点　⇒１１５点

検体検査(引下げ)

改

検査料

◆ 免疫学的検査

▶ モノクローナル抗体法によるＴ細胞サブセット検査（一連につき）

２２０点　⇒　２１０点

▶ フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査

２９０点　⇒　２７０点

◆ 微生物学的検査

▶ 抗酸菌薬剤感受性検査

▶ ３薬剤以下　２００点　⇒　削除

▶ ４薬剤以上　２３０点　⇒　削除

▶注の変更により４薬剤以上の場合のみに３００点

検体検査（引上げ）

改

検査料

◆ 血液形態機能検査

▶ 骨髄像　　５００点　⇒　８８０点

◆ 血液学的検査

▶ 染色体検査（すべての費用を含む）

２０００点　⇒　２６００点

◆ 免疫学的検査

▶ 結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンーγ

４２０点　⇒　６００点

▶ リンパ球幼若化検査（一連につき）

２９０点　⇒　３５０点

検体検査（引上げ）

改

検査料

◆ 微生物学的検査

▶ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

▶蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	３２点	⇒	４２点
▶集菌塗抹法加算（新設）		⇒	３２点
▶その他のもの	２５点	⇒	４０点

▶ 細菌培養同定検査

▶口腔、気道又は呼吸器	１３０点	⇒	１４０点
▶消化管（項目分割）	１３０点	⇒	１４０点
▶血液又は穿刺液（項目分割）	１３０点	⇒	１５０点
▶泌尿器又は生殖器	１２０点	⇒	１３０点
▶その他の部位	１１０点	⇒	１２０点
▶簡易培養検査	５５点	⇒	６０点
▶嫌気性培養加算	７０点	⇒	８０点

検体検査（引上げ）

改

検査料

◆ 微生物学的検査

- ▶ 細菌薬剤感受性検査
  - ▶ １菌種　１３０点　⇒　１４０点
  - ▶ ２菌種　１７０点　⇒　１８０点
  - ▶ ３菌種　２２０点　⇒　２３０点
- ▶ 酵母様真菌薬剤感受性検査　１２０点　⇒　１３０点
- ▶ 抗酸菌分離培養検査
  - ▶抗酸菌分離培養検査１　１５０点　⇒　２００点
  - ▶抗酸菌分離培養検査２　１４０点　⇒　１８０点

◆ 外来迅速検体検査加算　５点　⇒　１０点

【参考】外来迅速検体検査加算の対象検査

検査料

◆ 外来迅速検体検査加算　５点　⇒　１０点

尿中一般物質定性半定量検査、尿沈渣顕微鏡検査、糞便中ヘモグロビン定量、赤血球沈降速度、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1c（HbA1c）、プロトロンビン時間、フィブリン分解産物（FDP）、D-Dダイマー、総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、γ－グルダミールトランスペプチダーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム 、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、HDL－コレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDL－コレステロール、グリコアルブミン、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊誰サイロキシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）、癌胎児性抗原（CEA）、α-フェトプロテイン（AFP）、PSA、CA19-9、C反応性蛋白（CRP）、排泄物、滲出物の細菌顕微鏡検査のうちその他のもの

検体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 尿・糞便等検査

▶ 悪性腫瘍組織検査

▶悪性腫瘍遺伝子検査　⇒　２０００点

▶抗悪性腫瘍剤感受性検査　⇒　２０００点

◆ 血液学的検査

▶ ｻｲﾄｹﾗﾁﾝ（ＣＫ）１９ｍＲＮＡ　⇒　２０００点

▶ ＵＤＰｸﾞﾙｸﾛﾝ酸転移酵素遺伝子多型　⇒　２０００点

◆ 生化学的検査（Ｉ）

▶ ＭＤＡ－ＬＤＬ　⇒　２００点

▶免疫学的検査

▶ ＩｇＧ４　⇒　４００点

▶ ヒトＴＡＲＣ　⇒　２００点

検体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 微生物学的検査

▶ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

▶集菌塗抹法加算　⇒　３２点

▶ 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）

⇒　３００点

▶ 項目の再編により４薬剤以上の場合のみ算定

▶ ＨＰＶ核酸同定検査　⇒　３６０点

▶ 要届出

▶ 細胞診によりベセスダ分類がＡＳＣ－ＵＳと判定された患者に対して行った場合に限り算定

◆ 検体検査判断料

▶ 検体検査管理加算（Ⅳ）（入院中の患者）　⇒　５００点

検体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 生化学的検査（Ⅱ）

◆ 酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）

⇒　１６０点

◆ 尿中サイトケラチン８・サイトケラチン18総量

⇒　１６０点

検体検査（注の修正等）

改

検査料

- 遺伝学的検査
  - 対象疾患の追加
    - ハンチントン舞踏病
    - 球脊髄性筋萎縮症
- 感染症免疫学的検査
  - アデノウイルス抗原・ロタウイルス抗原
    - 糞便を試料として検査した場合のみ算定
    - 同時に行った場合は主たるもののみ

検体検査（注の修正等）

改

検査料

◆ 微生物核酸同定・定量検査

▶ ＨＰＶ核酸同定検査

♦ 予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対して行った場合に限り算定可。細胞診と同時に実施した場合は算定不可

▶ 抗酸菌群核酸同定検査

♦ マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるもの

▶ ＨＣＶ核酸定量検査

♦ 分岐ＤＮＡプローブ法又はＰＣＲ法により、急性Ｃ型肝炎の診断、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる

生　体　検　査

生体検査（引下げ）

改

検査料

◆ 耳鼻咽喉科学的検査

▶ 自覚的聴力検査

▶標準純音聴力検査　　４００点　⇒　３５０点

▶自記オージオメーターによる聴力検査

４００点　⇒　３５０点

▶標準語音聴力検査　　４００点　⇒　３５０点

▶ことばのききとり検査　　４００点　⇒　３５０点

◆ 内視鏡検査

▶ 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー

（部位を問わず一連につき）

６２０点　⇒　６００点

▶ 喉頭ファイバースコピー　　６２０点　⇒　６００点

生体検査(引下げ)

改

検査料

◆ 眼科学的検査

- ▶ 屈折検査　７４点　⇒　６９点
- ▶ 矯正視力検査
  - ▶1 眼鏡処方せんの交付を行う場合
    ７４点　⇒　６９点
  - ▶2 １以外の場合　７４点　⇒　６９点
- ▶ 精密眼圧測定　８５点　⇒　８２点
- ▶ 角膜曲率半径計測　８９点　⇒　８４点

生体検査(引上げ)

改

検査料

◆ 内視鏡検査

▶ 気管支ファイバースコピー

１５００点　⇒　２５００点

▶ 小腸ファイバースコピー

▶ダブルバルーン内視鏡によるもの

２０００点　⇒　３０００点

▶ 膀胱尿道ファイバースコピー

９００点　⇒　９５０点

生体検査（引上げ）

改

検査料

◆ 診断穿刺・検体採取料

▶ 血液採取（1日につき）

▶静　脈　　１１点　⇒　　１３点

▶ 骨髄穿刺

▶胸　骨　　１３０点　⇒　２６０点

▶その他　　１５０点　⇒　２８０点

▶ 経気管肺生検法　　３３００点　⇒　４０００点

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ ３歳以上６歳未満の乳幼児加算（新設）

１５／１００加算

- 呼吸機能検査等判断料
- 心臓カテーテル法による諸検査
- 心電図検査の注に掲げるもの
- 負荷心電図検査の注１に掲げるもの
- 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ
- 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
- 深部体温計による深部体温測定
- 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
- 脳波検査の注２に掲げるもの
- 脳波検査判断料
- 神経・筋検査判断料

生体検査（新規項目）

新

検査料

- 呼吸循環機能検査等
  - 埋込型心電図検査（要届出）　⇒　９０点
  - 喘息運動負荷試験　⇒　８００点
    - 喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定
    - 運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる
    - この検査を行うために一連として実施された心電図検査、スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 超音波検査等

▶ ＵＣＧ　⇒　心臓超音波検査

◆胎児心エコー（要届出）　⇒　１０００点

▶ 骨塩定量検査

▶注の新設

▶検査の種類にかかわらず、患者１人につき４月に1回に限り算定する

▶DEXA法による腰椎撮影の注の新設

▶大腿骨同時撮影加算　⇒　９０点

▶ 残尿測定検査（項目の再編）

▶超音波検査によるもの　⇒　５５点

▶導尿によるもの　⇒　４５点

▶ 同一日に両方行った場合は主たるもののみ

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 監視装置による諸検査（要届出）

▶ 皮下連続式グルコース測定（一連につき）

⇒　７００点

◆ 脳波検査等

▶ 長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）

⇒　７００点

▶ 聴性定常反応　⇒　脳誘発電位検査（脳波検査含む）

４　聴性定常反応　８００点

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 眼科学的検査

▶ 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）

⇒　５００点

▶ 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は網膜電位図（ＥＲＧ）では十分な情報が得られないと医師が認めるもので あって、以下に掲げる場合において算定できる。

▶ 前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る）

▶ 黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る）

▶ 網膜手術の前後（それぞれ１回ずつに限る）

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 眼科学的検査

▶ 光学的眼軸長測定　⇒　１５０点

▶ 非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する

▶ 接触型Ａモード法による場合は、超音波検査の「１」のＡモード法により算定する

▶ 眼筋機能精密検査及び輻輳検査

▶ マドックスによる複像検査、正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、ＨＥＳＳ赤緑試験、輻輳近点検査等をいう

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 診断穿刺・検体採取料

- ▶ 骨髄生検　⇒　７３０点
  - ➢ ６歳未満の乳幼児加算　⇒　１００点
- ▶ センチネルリンパ節生検（要届出）（乳がん患者）
  - ➢ 併用法（放射性同位元素及び色素使用）　⇒　５０００点
  - ➢ 単独法（色素のみ使用）　⇒　３０００点
- ▶ 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）　⇒　４０００点
- ▶ 組織試験採取、切採法
  - ➢ 心筋　⇒　５０００点
- ▶ その他の検体採取
  - ➢ 前房水採取　⇒　３５０点

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 心臓カテーテル法による諸検査の注の追加

▶ 心筋採取加算　　２００点

⇒心筋生検を行った場合は、「Ｄ４１７」組織試験採取、切採法の所定点数（５０００点）を併せて算定

▶ 併施の場合の注の変更（注３・注５）

♦ 「血管内光断層撮影または冠動脈血流予備能測定」を追加

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 皮下連続式グルコース測定（一連につき）７００点

▶ 算定要件（要届出）

- 糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。
- 皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。また、算定した場合は、以下のいずれかに該当するか診療報酬明細書の摘要欄に明記する。
- ア治療方針策定のために血糖プロファイルを必要とする１型糖尿病患者
- イ低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者

▶ 施設基準

- 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の専門医を２名以上配置
- 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関

生体検査(新規項目)

新

検査料

◆ 埋込型心電図検査（解析料を含む）　　９０点

► 算定要件

- ♦ 要届出
- ♦ 30分又はその端数を増す毎に算定
- ♦ 下記の何れかの施設基準の届け出医療機関において算定
  - → 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
  - → 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術
  - → 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 内服・点滴誘発試験（入院のみ）　　１０００点

- ▶ 要届出
- ▶ 年２回を限度に算定
- ▶ 貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被疑薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる

◆ その他の検体採取

- ▶ 前房水採取
  - ♦ 内眼炎等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 内視鏡検査

▶ 内視鏡下嚥下機能検査　⇒　６００点

- ♦ 嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する
- ♦ 内視鏡下嚥下機能検査、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー、喉頭ファイバースコピーを２つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する

▶ 膀胱尿道鏡検査　⇒　８９０点

▶ 狭帯域光強調加算の新設　⇒　２００点

- ● 食道ファイバースコピー
- ● 胃・十二指腸ファイバースコピー
- ● 大腸ファイバースコピー
  - ➢ 拡大内視鏡を用いた場合であって、狭い波長帯による画像を利用した観察を行った場合に算定できる

生体検査（新規項目）

新

検査料

◆ 内視鏡検査

▶ 膀胱尿道鏡検査　⇒　８９０点

- 硬性膀胱鏡を用いた場合に算定する
- 膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は算定可能
- インジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「Ｄ２８９」その他の機能テストの「２」の所定点数を併せて算定する
- 膀胱尿道鏡検査については、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含む
- 膀胱のみ又は尿道のみの観察では所定点数は算定できない

▶ 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）

- コンベックス走査型超音波内視鏡を用いて、経消化管的に生検を行った場合に算定できる
- 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「１」に掲げる超音波内視鏡加算は所定点数に含まれ、算定できない

生体検査(注の変更等)

改

検査料

- 脈波図、心機図、ポリグラフ検査
  - 注の見直し
    - 数種目を行った場合でも同時記録を行った最高誘導数により算定する

      ⇒数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する
    - 脈波図、心機図、ポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、誘導数に数えない

      ⇒脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない

生体検査(注の変更等)

改

検査料

- トレッドミル
  - 注の追加
    - 運動療法における運動処方の作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、所定点数に100点を算する
- ホルター型心電図検査
  - 注の追加
    - 解析に係る費用は所定点数に含まれるものとする
- 尿管カテーテル法の注の追加
  - 膀胱尿道ファイバースコピー又は膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする

生体検査(注の変更等)

改

検査料

◆ 神経・筋検査

▶ 誘発筋電図の項目再編と点数・算定ルールの変更

▶ 一連につき　⇒　１神経につき

♦ ２神経以上に行う場合は、１神経を増すごとに所定点数に150点を加算。ただし、加算点数は450点を超えないものとする

２５０点　⇒　１５０点

▶ 神経学的検査

♦ 診療科目追加：小児神経科（神経小児科）

♦ 神経学的検査と一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合の平衡機能検査、眼底を検査した場合の精密眼底検査等）は別に算定不可

◆ 内分泌負荷試験

▶ 下垂体前葉負荷試験の算定制限の変更

♦ 成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）

→月１回　⇒　月２回に限り算定する

生体検査（注の変更等）

改

検査料

◆ 臨床心理・神経心理検査

▶ 対象検査追加

♦ 発達及び知能検査の「２」

→ＷＡＩＳ－Ⅲ成人知能検査

♦ 認知機能検査その他の心理検査の「３」

→標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意欲評価法

◆ 内分泌負荷試験

▶ 成長ホルモンのみ月２回まで算定可能に

病　理　診　断　料

病理標本作製料

P435～438

改

病理診断料

◆ 細胞診の名称見直し（点数変更無し）

- ▶ 婦人科材料　　１５０点
- ▶ その他　　１９０点

↓

- ▶ 婦人科材料等によるもの　　１５０点
- ▶ 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　　１９０点

- ▶ 「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」
  - ♦ 喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す

◆ 病理判断料　　１４６点　⇒　１５０点

病理標本作製料

P435～438

改

病理診断料

◆ 項目の見直し

▶ 免疫染色（免疫抗体法）４その他　　３５０点

⇒　４　ＥＧＦＲタンパク　　６９０点

５　その他（１臓器につき）　　４００点

◆ ５について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に１６００点を加算

◆ 「確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」

◆ 悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍（ＧＩＳＴ）、慢性腎炎、内分泌腫瘍又は軟部腫瘍が疑われる患者を指す

◆ これらの疾患が疑われる患者であっても３種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない

画　像　診　断　料

撮影料一覧

改

			診断料	撮影料	小計	画像診断管理加算
単純撮影	頸部・胸部・腹部・脊椎等	アナログ	85点	60点	145点	57点
		デジタル		68点	153点	
	その他	アナログ	43点	60点	103点	
		デジタル		68点	111点	
特殊撮影		アナログ	96点	260点	356点	58点
		デジタル		270点	366点	
造影剤使用撮影		アナログ	72点	144点	216点	66点
		デジタル		154点	226点	
乳房撮影		アナログ	306点	192点	498点	54点
		デジタル		202点	508点	

エックス線診断料　P252～253、258～262　改

画像診断料

◆ デジタル撮影料の新設

▶ 単純撮影　６５点　⇒　イ アナログ撮影　６０点
　　ロ デジタル撮影　６８点

▶ 特殊撮影　２６４点（一連につき）
　　⇒　イ アナログ撮影　２６０点
　　ロ デジタル撮影　２７０点

▶ 造影剤使用撮影　１４８点
　　⇒　イ アナログ撮影　１４４点
　　ロ デジタル撮影　１５４点

▶ 乳房撮影　１９６点（一連につき）
　　⇒　イ アナログ撮影　１９２点
　　ロ デジタル撮影　２０２点

◆ デジタル映像化処理加算　１５点　⇒　廃止

エックス線診断料　P252～253、258～262　改

画像診断料

◆ 写真診断
- ▶ 乳房撮影（一連につき）　２５６点　⇒　３０６点

◆ 電子画像管理加算
- ▶ 単純撮影の場合　６０点　⇒　５７点
- ▶ 特殊撮影の場合　６４点　⇒　５８点
- ▶ 造影剤使用撮影の場合　７２点　⇒　６６点
- ▶ 乳房撮影の場合　６０点　⇒　５４点

◆ 造影剤注入手技
- ▶ 嚥下造影　２４０点

◆ 他医療機関からのフイルムの診断
- ▶ 同一撮影方法ならアナログ・デジタル両方あったとしても１回のみの算定

CT・MRI

P254～255、265、663

改

◆ ＣＴ撮影

▶ マルチスライス型の機器による場合　　８５０点

⇒イ　16列以上のﾏﾙﾁｽﾗｲｽ型の機器による場合

（要届出）９００点

ロ　16列未満のﾏﾙﾁｽﾗｲｽ型の機器による場合

（要届出）８２０点

▶ マルチスライス以外の場合　　６６０点

⇒ハ　イ、ロ以外の場合　６００点

CT・MRI

P254～255、265

改

画像診断料

◆ ＭＲＩ撮影

▶ １　1.5 テスラ以上の機器による場合

１３００点　⇒　１３３０点

▶ ２　１以外の場合　１０８０点　⇒　１０００点

◆ ＣＴ・ＭＲＩの２回目以降の撮影料

６５０点　⇒　８０／１００

▶ ＣＴ

- ♦ マルチスライス１６列以上　７２０点
- ♦ マルチスライス１６列未満　６５６点
- ♦ マルチスライス以外　４８０点

▶ ＭＲＩ

- ♦ 1.5 テスラ以上　１０６４点
- ♦ 1.5 テスラ以外　８００点

投　薬　料

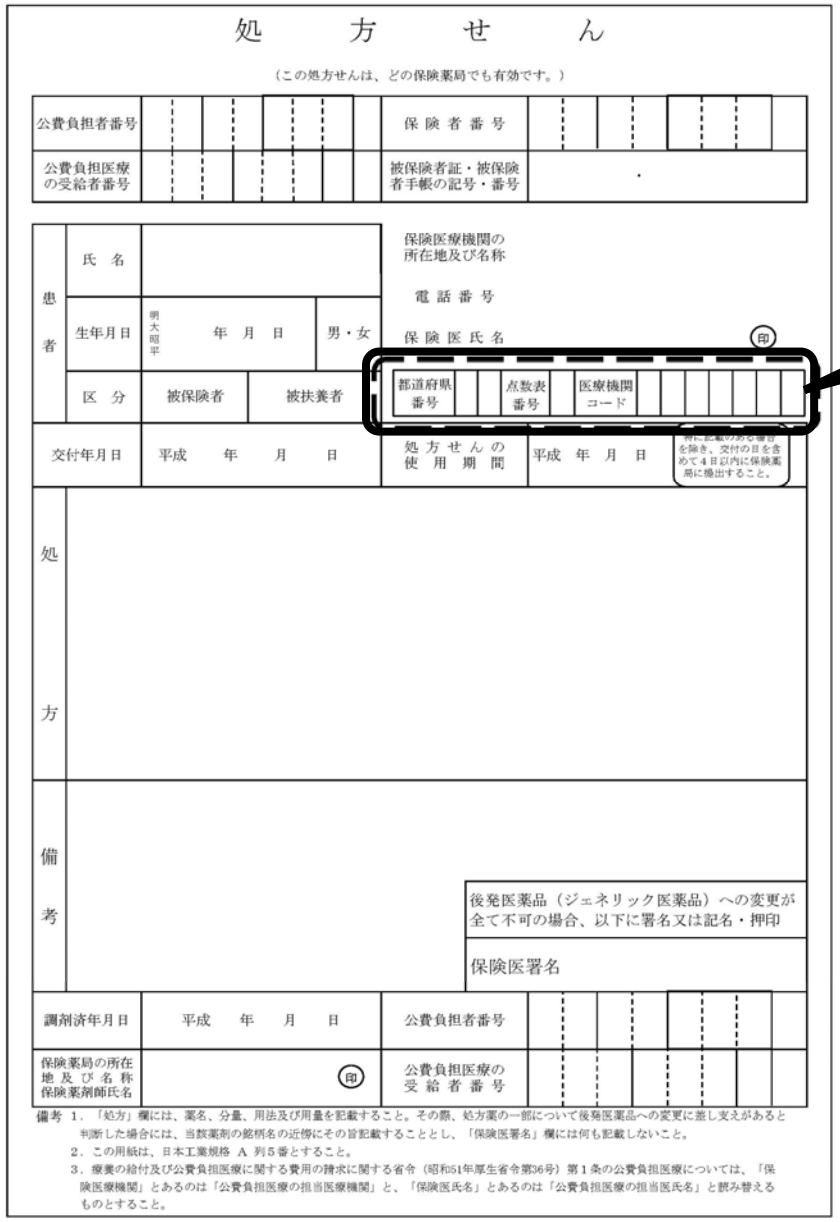
処方せん様式等の見直し　P720～721　改

投薬料

- 診療所の外来では点数の大きな変更は無し
- 処方せん及び調剤レセプトに以下の記載を加える
  - 都道府県番号（都道府県別の２桁の番号）
  - 点数表番号（医科＝１、歯科＝３）
  - 医療機関コード（医療機関別の７桁の番号）
- 処方せんの経過措置期間
  - 平成22年9月までは従前の様式も可
- 様式変更の実態
  - 医療機関としては特に業務に変化は無い
  - 医療の透明化の流れ
    - 実際は審査の強化？

処方せん様式の変更について　P720～721　改

◆ 参考様式



処　方　せ　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名　印
	生年月日	明大昭平　年　月　日　男・女	
	区分	被保険者　被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード
交付年月日		平成　年　月　日	処方せんの使用期間　平成　年　月　日

ここに追加

処方

備考

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印

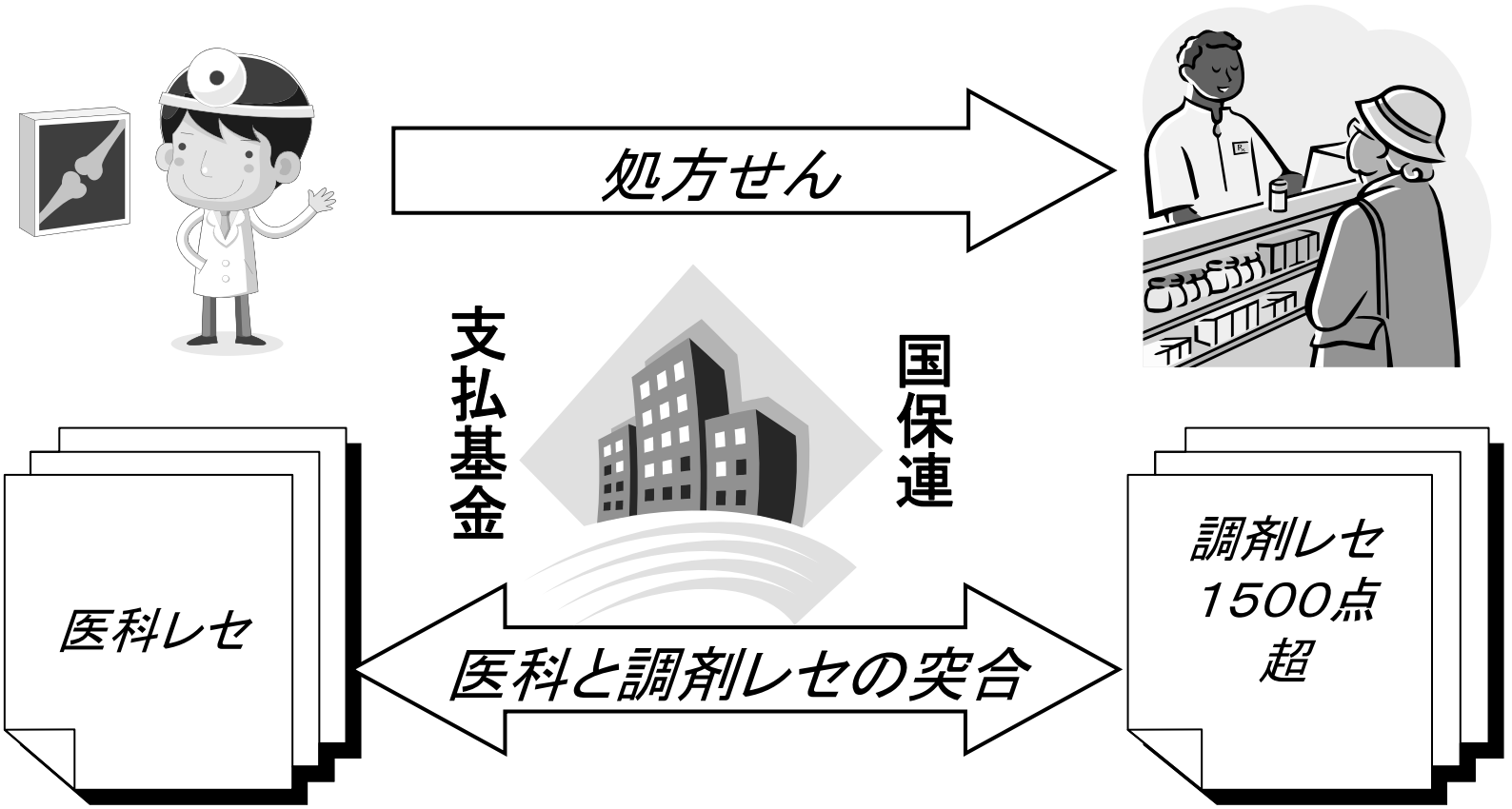
保険医署名

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	

備考　1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
2．この用紙は、日本工業規格　A　列５番とすること。
3．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

【参考】院外処方せんの査定

投薬料



◆ 医科レセプトと調剤レセプトの突合審査

- ▶ 調剤レセプトが１５００点を超えると突合対象となる
- ▶ 査定は処方元から

後発医薬品使用促進

投薬料

- ＧＥへの変更による診療報酬請求上の留意点
  - 先発医薬品と後発医薬品の適応疾患の違いによる査定に注意
    - 日本ジェネリック製薬協会ホームページ参照

    http://www.jga.gr.jp/pdf/Effect%20correction%20list.pdf
  - 薬局さんからの電話に注意
    - 少なくとも対象疾患はチェックしておく

後発医薬品使用促進

P714～715

改

投薬料

◆ 療養担当規則の規定追加

▶ 保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨

♦ 【現行】「後発医薬品の使用を考慮するよう務める」

▶ 院内掲示等で対応？

♦ 「当院で処方したお薬の中には後発医薬品があるお薬がありますので、薬剤師さんにご相談ください」等

変更調剤の可否

調剤報酬

	含量規格が同一の後発医薬品へ	含量規格が異なる後発医薬品へ	類似する別剤形の後発医薬品へ
「変更不可」等の記載なし	○	○	○
「変更不可」の記載あり	×	×	×
「含量規格変更不可」の記載あり	○	×	○
「剤形変更不可」の記載あり	○	○	×
「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載あり	○	×	×

変更調剤のポイント

P722～723

新

調剤報酬

- 以下の場合に処方医に疑義照会なく後発医薬品に変更が可能
  - 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せん
    - 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下
    - 患者に説明し同意を得る
  - 含量規格が異なる後発医薬品の変更調剤
    - 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg 錠１錠に代えて後発医薬品の５mg 錠２錠を調剤すること
  - 類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤
    - 次のスライド参照
  - 規格や剤形の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目は対象外
  - 変更調剤をした場合には医療機関への情報提供

変更調剤のポイント

新

調剤報酬

- 類似した別剤形（内服薬のみ）
  - 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
  - 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る）
  - 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る）

→上記項目ごとの範囲内で変更調剤が可能になる

変更調剤のポイント

新

調剤報酬

- 一部の薬剤について変更調剤することに差し支えがあると判断した時
  - 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように記載する
    - 「含量規格変更不可」
    - 「剤形変更不可」

【参考】処方せん記載方法の見直し

投薬料

- 処方せん記載ルールの変更？
  - 内服薬：１日量　⇒　１回量
  - 散剤、液剤：成分量　⇒　製剤量
  - 原則として製剤名で記載する
  - ２年後を目処に検証

- 法的な拘束力は無い
  - あくまでもガイドライン的な扱い
  - 従来通りの処方せん記載でＯＫ！

  - 【参考】「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について（周知依頼）」

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/index.html

注　射　料

外来化学療法加算

P277、664

改

注射料

- ◆ 外来化学療法加算１　５００点　⇒　５５０点
  - ▶ 15歳未満の患者　７００点　⇒　７５０点
- ◆ 外来化学療法加算２　３９０点　⇒　４２０点
  - ▶ 15歳未満の患者　７００点　⇒　７００点

  - ▶ 算定対象の拡大
    - ♦ 皮内、皮下及び筋肉内注射
    - ♦ 静脈内注射
    - ♦ 動脈注射
    - ♦ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入
    - ♦ 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
    - ♦ 点滴注射
    - ♦ *中心静脈注射*
    - ♦ *埋込型カテーテルによる中心静脈栄養*

外来化学療法加算

P609

改

注射料

- 介護老人保健施設入所者に対する抗がん剤注射薬の算定
  - 以下の場合に抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定が可能に
    - 外来化学療法加算１又は２の届け出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合

その他

P278、285

新

注射料

◆ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

７００点

- ▶ 乳幼児（６歳未満）加算　５００点
- ▶ 以下の費用は所定点数に含まれる
  - ♦ カテーテル挿入に伴う検査及び画像診断
- ▶ カテーテルの詰まり等による交換は、カテーテルの材料料及び手技料をその都度算定可
- ▶ カテーテル挿入時の局所麻酔
  - ♦ 手技料算定不可
  - ♦ 使用薬剤の薬剤料は算定可
- ▶ 以下の場合にも手技料・材料料算定可
  - ♦ 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、在宅患者訪問診療料を算定する日に行った場合

その他

P278、285

新

注射料

◆ ｶﾌ型緊急時ﾌﾞﾗｯﾄﾞｱｸｾｽ用留置ｶﾃｰﾃﾙ挿入
２５００点

- ▶ 乳幼児（６歳未満）加算　５００点
- ▶ 以下の費用は所定点数に含まれる
  - ♦ カテーテル挿入に伴う検査
  - ♦ カテーテル挿入に伴う画像診断
- ▶ 本カテーテルの材料料及び手技料は１週間に１回を限度として算定できる
- ▶ カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる

その他

新 改

注射料

◆ 中心静脈注射用カテーテル挿入　P278、284

▶ 準用要件追加

♦ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定

◆ 硝子体内注射　P279、285　５８０点

▶ 両眼に行った場合はそれぞれに片眼ごとの所定点数を算定する

処　置　料

人工腎臓

P325、339

改

処置料

◆ 人工腎臓（１日につき）

▶ １　入院中の患者以外の患者に対して行った場合

⇒１　慢性維持透析の場合

- イ　４時間未満の場合　２１１７点 ⇒ ２０７５点
- ロ　４時間以上５時間未満の場合　２２６７点 ⇒ ２２３５点
- ハ　５時間以上の場合　２３９７点 ⇒ ２３７０点

▶ ２　その他の場合　１５９０点 ⇒ １５８０点

- エリスロポエチンの価格低下と、同効能で低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状
- 入院の慢性維持透析を包括評価に変更

→入院の急性腎不全等に対して実施する人工腎臓は引き続き出来高評価

人工腎臓

P339

改

処置料

- 「２　その他の場合」の対象患者
  - 急性腎不全の患者
  - 透析導入期（１月に限る）の患者
  - 血液濾過又は血液透析濾過を行った場合
  - 以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)については入院中の患者に限る）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合
    - 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後２週間に限る）
    - 重篤な急性出血性合併症(頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等)(発症後２週間に限る)
    - ヘパリン起因性血小板減少症
    - 播種性血管内凝固症候群
    - 敗血症
    - 急性膵炎
    - 重篤な急性肝不全
    - 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る）
    - 自己免疫疾患の活動性が高い状態
    - 硬膜外麻酔、脊椎麻酔若しくはマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後２週間に限る）
  - 「２　その他の場合」を算定する場合、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載

人工腎臓

改 新

処置料

▶ 注の変更

- 在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、*週１回を限度に算定（腹膜灌流は「１」に限る）*

  → 【現行】在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない

◆ 透析液水質確保加算（1日につき）　１０点

▶ 算定要件　P686

- 要届出
- 月１回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用している
- 透析機器安全管理委員会を設置している
- 委員会の責任者として専任の医師又は臨床工学技士を１名以上配置している

その他

P345

改

処置料

◆ 血漿交換療法（点数変更無し）

▶ 実施回数規定の変更

- 再度のインターフェロン療法を施行する前に５回を限度

↓

- 直近のインターフェロン療法より５回を限度
- ただし、インターフェロン療法に先行して行った場合のみ

◆ 血球成分除去療法

▶ 実施回数規定の変更

- １クールにつき週１回限度、５週間まで

↓

- 一連につき１０回限度
- ただし、劇症患者については１１回限度

その他

改

処置料

◆ 連続携行式腹膜灌流（点数変更無し）　P326、346

▶ 導入期加算　　１００点　⇒　５００点

▶ 注の変更

♦ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、*人工腎臓の実施回数と併わせて週１回を限度*

→【現行】在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない

◆ 一酸化窒素吸入療法　P327、348、687　　９２０点

♦ 吸入時間が１時間を超えた場合は、１時間又はその端数を増すごとに所定点数に９２０点を加算

▶ 算定要件

♦ 要届出

♦ 下記の何れかの施設基準の届け出を行っている医療機関

→新生児特定集中治療室管理料

→総合周産期特定集中治療室管理料

その他

新

処置料

◆ 重度褥瘡処置（点数変更無し）　P322、335

▶ 分類基準の変更

♦ ＮＰＵＡＰ分類Ⅲ度・Ⅳ度

⇒　ＤＥＳＩＧＮ分類Ｄ３・Ｄ４・Ｄ５

◆ 胃瘻カテーテル交換（点数変更無し）

▶ 胃瘻カテーテル交換後の確認を画像診断*又は内視鏡等*を用いて行う

P326、347

その他

P322、323、335 新 改

処置料

◆ 局所陰圧閉鎖処置（１日につき）

▶ １　被覆材を貼付した場合

- 100平方センチメートル未満　１６００点
  - → 初回加算　１６９０点
- 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　１６８０点
  - → 初回加算　２６５０点
- 200平方センチメートル以上　１９００点
  - → 初回加算　３３００点

▶ ２　その他の場合　９００点

◆ 骨髄穿刺

▶ 胸　骨　１３０点　⇒　２６０点

▶ その他　１５０点　⇒　２８０点

その他

新

◆ 局所陰圧閉鎖処置（１日につき）

▶ 算定要件

- 「１」の被覆材を貼付した場合の「イ」から「ハ」に示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- 部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。
- 「１」の各区分は、創が感染しており頻回の交換が必要である場合等を除き、原則として２日間連続して算定できない。なお、２日以上連続して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由と医学的根拠を詳細に記載すること。
- 局所陰圧閉鎖処置を算定する場合は、重度褥瘡処置及び皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。創傷処置又は熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- 局所陰圧閉鎖処置終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、創傷処置により算定する。

その他

改

処置料

◆ 皮膚科処置

▶ いぼ焼灼法

- ３箇所以下　　２２０点　⇒　２１０点
- ４箇所以上　　２７０点　⇒　２６０点

▶ いぼ冷凍凝固法

- ３箇所以下　　２２０点　⇒　２１０点
- ４箇所以上　　２７０点　⇒　２６０点

◆ 干渉低周波による膀胱等刺激法

４５点　⇒　５０点

◆ 腰部固定帯加算の名称変更（点数変更無し）

▶ 腰部固定帯加算　⇒　腰部、胸部又は頸部固定帯加算

手　術　料

手術料

P381、406

改

手術料

◆ 全般的傾向
- ▶ 病院で実施するような手術は大幅アップ
- ▶ 外来で行う手術の多くは点数変更無し

◆ 腸重積症整復術
- ▶ 非観血的なもの　２８６０点　⇒　３４５０点

◆ 内視鏡検査の項目再編
- ▶ 内視鏡的大腸ポリープ切除術　５３６０点　⇒
  - ♦ １　長径２センチメートル未満　５０００点
  - ♦ ２　長径２センチメートル以上　７０００点

- ▶ 算定要件
  - ♦ 内視鏡的大腸ポリープ切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない

内視鏡

P381、406

改

手術料

◆ 内視鏡検査の項目再編

▶ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

- ♦ １　早期悪性腫瘍粘膜切除術　　６７４０点
- ♦ ２　その他のポリープ・粘膜切除術　　５７３０点

↓

- ♦ １　長径２センチメートル未満　　５０００点
- ♦ ２　長径２センチメートル以上　　７０００点

- ♦ 算定要件
  - → 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない

▶ 内視鏡的消化管止血術　　４３１０点　⇒　４６００点

皮膚･皮下

改

手術料

- ◆ 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）
  - ▶ 長径３cm以上６cm未満　７０６０点　⇒　９１８０点
  - ▶ 長径６cm以上　９４５０点　⇒　１４１７０点
  - ▶
- ◆ 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）
  - ▶ 長径６cm以上　５６１０点　⇒　７２９０点

筋･骨格

改

手術料

◆ 先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）
- ▶ リーメンビューゲル法　１５８０点　⇒　２０５０点
- ▶ その他　２２７０点　⇒　２９５０点

◆ 関節鏡下滑液膜摘出術【名称の見直し】
- ▶ 肩鎖、指（手、足）　９５００点　⇒　１２３５０点

◆ 関節鏡下掌指関節滑膜切除術【名称の見直し】
９５００点　⇒　１２３５０点

◆ 関節鏡下関節鼠摘出手術　【名称の見直し】
- ▶ 胸鎖、肘、手、足　１１３００点　⇒　１４６９０点
- ▶ 肩鎖、指（手、足）　７１００点　⇒　９２３０点

◆ 関節鏡下半月板切除術【名称の見直し】
１１１００点　⇒　１２６１０点

筋･骨格

改

手術料

◆ 関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術

９０００点　⇒　１１７００点

◆ 関節鏡下靱帯断裂縫合術【名称の見直し】

▶ 十字靱帯　　１３０００点　⇒　１６９００点

▶ 指（手、足）その他の靱帯

９３００点　⇒　１２０９０点

◆ 関節鏡下靱帯断裂形成手術【名称の見直し】

▶ 十字靱帯　　２０８００点　⇒　３１２００点

▶ 指（手、足）その他の靱帯

１１９００点　⇒　１２６１０点

◆ 脊椎脱臼非観血的整復術

１９８０点 ⇒　２５７０点

筋･骨格

改

手術料

◆ 頸椎非観血的整復術

１９８０点　⇒　２５７０点

◆ 椎間板ヘルニア徒手整復術

１９８０点　⇒　２５７０点

◆ 骨盤骨折非観血的整復術

１９８０点　⇒　２５７０点

耳鼻咽喉科

改

手術料

◆ 耳管内チューブ挿入術

１０９０点　⇒　１４２０点

◆ 耳管狭窄ビニール管挿入術

１０９０点　⇒１４２０点

◆ 鼓膜鼓室肉芽切除術

２３２０点　⇒　３０２０点

◆ 鼻甲介切除術【項目の見直し】　　９００点

⇒高周波電気凝固法によるもの　　９００点

⇒その他のもの　　１５２０点

◆ 咽後膿瘍切開術　　１４６０点　⇒　１９００点

耳鼻咽喉科

改

手術料

- ◆ 喉頭異物摘出術
  - ▶ 直達鏡によるもの　４０４０点　⇒　５２５０点
- ◆ 舌腫瘍摘出術
  - ▶ 粘液嚢胞摘出術　９４０点　⇒　１２２０点
- ◆ 頬、口唇、舌小帯形成手術
  - ４５０点　⇒　５６０点
- ◆ 気管支異物除去術
  - ▶ 直達鏡によるもの　５４８０点　⇒　７１２０点

神経ブロック

P415

改

麻酔料

◆ 局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

▶ 対象疾患の追加

♦ 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、*下肢痙縮*

４００点

リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション　P287～　改新

リハビリテーション料

◆ リハビリテーション料一覧（１単位）

		心大血管		脳血管疾患等		運動器		呼吸器	
		新	旧	新	旧	新	旧	新	旧
Ⅰ		200点		245点	235点	175点		170点	
	廃用症候群の場合			235点					
Ⅱ		100点		200点	190点	165点	170点	80点	
	廃用症候群の場合			190点					
Ⅲ				100点	100点	80点			
	廃用症候群の場合			100点					
算定日数上限		150日		180日		150日		90日	

◆ 維持期のリハビリテーション

- 月13単位までのリハビリテーションの提供は継続
- 標準算定日数を超え介護保険のリハビリテーションが適切と考えられる患者に対しては介護サービスに係る情報提供すること

疾患別リハビリテーション

改新

◆ 脳血管疾患等リハビリテーション料　P287、295

▶ 廃用症候群の場合の新設

- 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者
- 治療開始時、ＦＩＭ１１５以下、ＢＩ８５以下の状態等

◆ 運動器リハビリテーション料　P288、298

▶ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の新設

- 病院又は有床診療所が対象

リハビリテーション　P289、301、677 改 新

リハビリテーション料

◆ 難病患者リハビリテーション料（１日につき）

６００点　⇒　６４０点

▶ 食事提供加算　４８点　⇒　廃止

♦ 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる

▶ 注の変更

♦ 社会生活機能の回復を目的とする

◆ リハビリテーション総合計画評価料

▶ 注の見直し

♦ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）、がん患者リハビリテーション料を追加

精神科専門療法料

精神科専門療法

P305、311

改

精神科専門療法料

◆ 通院・在宅精神療法（１回につき）

▶ 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合　　５００点変更無し

▶ 上記以外の場合

♦ 30分以上の場合

→病院・診療所　　３６０点　⇒　４００点

♦ 30分未満の場合

→病　院　　３３０点

→診療所　　３５０点

⇒ 330点

▶ ５分要件は残っているので注意！

精神科専門療法

P306、313

新

精神科専門療法料

◆ 認知療法・認知行動療法（１日につき）　４２０点

- ▶ 精神科以外の医療機関でも算定可
- ▶ 算定要件
  - ♦ 習熟した医師が一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明
  - ♦ 診療時間が30分超で算定できる
  - ♦ 一連の治療につき16回を限度
  - ♦ 「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に準じて行う
  - ♦ 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は所定点数に含まれ算定不可
- ▶ 対象患者
  - ♦ うつ病等の気分障害の患者

    → 認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法

精神科専門療法

P307、316　新 改

精神科専門療法料

◆ 精神科ショートケア（点数変更無し）

▶ 早期加算　（新設）２０点

♦ 当該療法の算定を開始した日又は精神病床を退院してから１年以内の期間

◆ 精神科デイ・ケア（１日につき）

▶ 小規模なもの　５５０点　⇒　５９０点

▶ 大規模なもの　６６０点　⇒　７００点

♦ 早期加算　（新設）５０点

➔ 当該療法の算定を開始した日又は精神病床を退院してから１年以内の期間

♦ 食事提供加算（４８点）の廃止

➔ 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる

精神科専門療法

P307、316　新 改

精神科専門療法料

◆ 精神科ナイトケア（１日につき）

５００点　⇒　５４０点

▶ 早期加算　（新設）５０点

♦ 当該療法の算定を開始した日から起算して１年以内の期間

▶ 食事提供加算（４８点）の廃止

◆ 精神科デイ・ナイトケア（１日につき）　P317

１０００点　⇒　１０４０点

▶ 早期加算　（新設）５０点

♦ 当該療法の算定を開始した日から起算して１年以内の期間

▶ 食事提供加算（２食９６点・３食１３０点）の廃止

精神科専門療法

P309、319　新　改

精神科専門療法料

◆ 重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき）

１０００点　⇒　１０４０点

▶ 早期加算　（新設）５０点

♦ 当該療法の算定を開始した日又は精神病床を退院してから１年以内の期間

▶ 食事提供加算（４８点）の廃止

♦ 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる

◆ 持続性抗精神病注射薬剤

▶ 対象薬剤の整理

♦ ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステル、リスペリドン

本日の資料は弊社HPよりDLができます

http://www.medsus.jp/

ご清聴ありがとうございました

拙著が、じほう社より5月に刊行予定です

患者さんと共有できる外来点数マニュアル

2010年度版