

「日医標準レセプトソフト」

平成 22 年 4 月診療報酬改定対応

2010 年 4 月 19 日

(二版)

社団法人 日本医師会

改版履歴

初版 2010 年 3 月 19 日

二版 2010 年 4 月 19 日

- (1) 「5-1 A001 再診料」の「(3) 地域医療貢献加算が新設されます。」及び「(4) 明細書発行体制等加算が新設されます。」の電話再診料の場合の自動発生はしないと訂正しました。
- (2) 「6-3 B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料」の算定チェックで外来患者チェックを消去しました。
- (3) 「10-4 J011 骨髄穿刺」の「(1) 点数を変更します。」の 140027510 のコード内容を訂正しました。
- (4) 「10-5 J038 人工腎臓(1日につき)」の「(2) 透析液水質確保加算を新設します。」で現行内容を消去しました。
- (5) 「10-7 J045-2 一酸化窒素吸入療法」の「(1) 一酸化窒素吸入療法を新設します。」で現行内容を消去しました。
- (6) 「15-3 E002 撮影」の「(3) アナログ撮影とデジタル撮影の同時撮影を新設します。」を追加しました。
- (7) 「15-6 通則(核医学診断料)」を追加しました。
- (8) 「15-7 通則(コンピュータ断層撮影診断料)」の「(2) 電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」を新設します。」を追加しました。
- (9) 「15-8 E200 コンピュータ断層撮影(CT撮影)(一連につき)」のCT撮影(16列以上マルチスライス型機器) CT撮影(16列未満マルチスライス型機器)の施設基準コードを訂正しました。
- (10) 「17-8 I012 精神科訪問看護・指導料」は改定がありませんでしたので消去しました。
- (11) 「19 労災診療費算定基準の改定」を追加しました。
- (12) 「20 合成コードの廃止」を追加しました。
- (13) 全般的に算定チェックの併算定チェックの内容を見直しました。

≡ 目 次 ≡

1	マスタ更新について	・ ・ ・ ・ ・	3
2	70 歳代前半の特例措置の見直し	・ ・ ・ ・ ・	3
3	政府管掌健康保険証について	・ ・ ・ ・ ・	3

診療報酬点数改定

4	初診料	・ ・ ・ ・ ・	4
5	再診料	・ ・ ・ ・ ・	4
6	指導管理等	・ ・ ・ ・ ・	6
7	在宅医療	・ ・ ・ ・ ・	13
8	投薬	・ ・ ・ ・ ・	20
9	注射	・ ・ ・ ・ ・	21
10	処置	・ ・ ・ ・ ・	23
11	手術	・ ・ ・ ・ ・	26
12	麻酔	・ ・ ・ ・ ・	37
13	検査	・ ・ ・ ・ ・	39
14	病理診断	・ ・ ・ ・ ・	47
15	画像診断	・ ・ ・ ・ ・	49
16	リハビリテーション	・ ・ ・ ・ ・	59
17	精神科専門療法	・ ・ ・ ・ ・	63
18	放射線治療	・ ・ ・ ・ ・	66
19	労災診療費算定基準の改定	・ ・ ・ ・ ・	69
20	合成コードの廃止	・ ・ ・ ・ ・	73

帳票関係

21	処方せん	・ ・ ・ ・ ・	74
22	診療費明細書	・ ・ ・ ・ ・	76

1 マスタ更新について

本資料で説明しているマスタに係る内容は、マスタ更新処理により追加、変更されます。

よって、ユーザーにより作成または変更を行わないでください。ユーザーにより作成または変更が必要なケースは、その旨を朱書きにより補足します。

2 70歳代前半の特例措置の見直し

前期高齢者特例措置（1割据え置き）延長

点数マスタ「099990120 <特記事項 2 0 二割>」の有効期間を平成 23 年 3 月 31 日まで延長します。

プログラムによる計算等対象期間を平成 23 年 3 月 31 日まで延長します。

窓口での対応は現行通りで特に変更はありません。

3 政府管掌健康保険証について

平成 22 年 4 月 1 日から社会保険事務局発行の健康保険証が使用できなくなります。

ただし、船員保険については旧証でも当分の間使用できます。

政府管掌健康保険については、保険番号マスタ（保険番号 001）の期限を平成 22 年 3 月 31 日とします。

よって、政府管掌（保険番号 001）の保険を含む保険組合せが 4 月 1 日以降も有効である場合はエラーとしますので、患者登録から期限を設定してください。

4 初診料

4-1 A000 初診料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
111000370	初診（乳幼児）加算 : 72	: 75

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
111012370	電子化加算 : 3	:

5 再診料

5-1 A001 再診料

(1) 再診料の一本化に伴い現行の病院用「再診料」に統合し、名称を変更して使用します。

コード	現 行	改 正
112007410	再診（病院） : 60	再診料 : 69
112007950	電話等再診（病院） : 60	電話等再診 : 69
112008350	同日再診（病院） : 60	同日再診 : 69
112008850	同日電話等再診（病院） : 60	同日電話等再診 : 69

診療所に使用していた診療所用「再診料」の4コードは廃止します。

コード	現 行	改 正
112009210	再診（診療所） : 71	:
112009750	電話等再診（診療所） : 71	:
112010150	同日再診（診療所） : 71	:
112010650	同日電話等再診（診療所） : 71	:

廃止されるコードに入力コードを付けていた場合は見直す必要があります。

(2) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
112000970	再診（乳幼児）加算 : 35	: 38

(3) 地域医療貢献加算が新設されます。

コード	現 行	改 正
112015670	:	地域医療貢献加算 : 3

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0754 地域医療貢献加算

再診料の算定に併せて自動発生します。

電話再診料の場合は自動発生しませんので手入力により算定を行います。

(4) 明細書発行体制等加算が新設されます。

コード	現 行	改 正
112015770		明細書発行体制等加算 1

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0755 明細書発行体制等加算

再診料の算定に併せて自動発生します。

電話再診料の場合は自動発生しませんので手入力により算定を行います。

(5) 明細書発行が義務化されます。

明細書（診療費明細書）の運用については、「21 診療費明細書」で説明します。

5-2 A002 外来診療料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
112006270	外来診療料（乳幼児）加算 35	38

6 指導管理等

6-1 B000 特定疾患治療管理料

6-1-1 悪性腫瘍特異物質治療管理料

(1) 名称を変更します。

コード	現 行		改 正	
113001210	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (一般的)	220	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (尿中B T A)	220
113001310	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (精密・1項目)	360	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (その他・1項目)	360
113002110	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (精密・2項目以上)	400	悪性腫瘍特異物質治療管理料 (その他・2項目以上)	400

6-1-2 心臓ペースメーカー指導管理料

(1) 名称を変更します。

コード	現 行		改 正	
113001510	心臓ペースメーカー指導管理料 (術後3月以内)	460	心臓ペースメーカー指導管理 料(遠隔モニタリング)	460

算定チェック

遠隔モニタリングは4月に1回に限り算定できるとありますが、このチェックはできません。
月1回算定チェックを行います。

(2) 導入期加算が新設されます。

コード	現 行		改 正	
113012710			導入期加算(心臓ペースメーカ ー指導管理料)	140

算定要件

以下の項目を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合に算定できます。

K597 ペースメーカー移植術

K598 両心室ペースメーカー移植術

K599 埋込型除細動器移植術

K599-3 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術

6-1-3 がん性疼痛緩和指導管理料

(1) 施設基準の届出が必要となります。

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0803 がん性疼痛緩和指導管理料

6-1-4 **がん患者カウンセリング料**

(1) がん患者カウンセリング料が新設されます。

コード	現 行	改 正
113011410	：	がん患者カウンセリング料 500

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0804 がん患者カウンセリング料

算定チェック

患者 1 回算定チェックを行います。

6-2 B001-2-2 **地域連携小児夜間・休日診療料**

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
113006710	地域連携小児夜間・休日診療料 350 1	400
113008210	地域連携小児夜間・休日診療料 500 2	550

(2) 院内トリアージ加算が新設されます。

コード	現 行	改 正
113011570	：	院内トリアージ加算 30

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0805 院内トリアージ加算

6-3 B001-2-4 **地域連携夜間・休日診療料**

(1) 地域連携夜間・休日診療料が新設されます。

コード	現 行	改 正
113011610	：	地域連携夜間・休日診療料 100

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0806 地域連携夜間・休日診療料

算定チェック

併算定チェック（同日内）で警告チェックを行います。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

6-4 B001-3 **生活習慣病管理料**

(1) 高齢者医療確保法の給付を受けるものは算定できないが削除されます。

算定チェック

すべての外来患者を対象とします。

6-5 B001-7 リンパ浮腫指導管理料

- (1) 当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院した場合、当該保険医療機関日において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、1 回に限り算定できるようになります。

算定チェック

入院患者チェックを廃止します。(外来患者も算定できます。)

入院中の指導料算定済みチェックはできません。

入院単位に算定が可能と思われますので月 2 回以上も算定可能としますが、警告チェックを行います。

6-6 B005-1-2 介護支援連携指導料

- (1) 介護支援連携指導料が新設されます。

コード	現 行	改 正
113011710		介護支援連携指導料 300

算定チェック

入院患者チェックを行います。

当該入院中 2 回算定チェックを行います。

併算定チェック(同日内)で警告チェックを行います。

B005 退院時共同指導料 2 の注 3 に掲げる加算

居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合は算定できません。介護支援専門員以外であれば算定はできる。

6-7 B005-2 地域連携診療計画管理料

- (1) 併算定チェックを追加します。

算定チェック

併算定チェック(同月内)に追加します。

B005-1-2 介護支援連携指導料

6-8 B005-3 地域連携診療計画退院時指導料

- (1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
113009110	地域連携診療計画退院時指導料 600	地域連携診療計画退院時指導料(1) 600

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード: 0807 地域連携診療計画退院時指導料(1)

算定チェック

併算定チェック(同月内)を行います。

B005-1-2 介護支援連携指導料

(2) 地域連携診療計画退院計画加算を新設します。

コード	現 行	改 正
113011870		地域連携診療計画退院計画加算 100

6-9 B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料 ()

(1) 地域連携診療計画退院時指導料 (2) を新設します。

コード	現 行	改 正
113011910		地域連携診療計画退院時指導料 (2) 300

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0809 地域連携診療計画退院時指導料 (2)

算定チェック

外来患者チェックを行います。

6-10 B005-6 がん治療連携計画策定料

(1) がん治療連携計画策定料を新設します。

コード	現 行	改 正
113012010		がん治療連携計画策定料 750

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0810 がん治療連携計画策定料

算定チェック

入院患者チェックを行います。

併算定チェック (同月内) を行います。

B003 開放型病院共同指導料 ()

B005 退院時共同指導料 2

6-11 B005-6-2 がん治療連携指導料

(1) がん治療連携指導料を新設します。

コード	現 行	改 正
113012110		がん治療連携指導料 300

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0811 がん治療連携指導料

算定チェック

外来患者チェックを行います。

月 1 回算定チェックを行います。

6-12 B005-7 認知症専門診断管理料

(1) 認知症専門診断管理料を新設します。

コード	現 行	改 正
113012210	:	認知症専門診断管理料 : 500

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0812 認知症専門診断管理料

算定チェック

外来患者チェックを行います。

患者 1 回算定チェックを行います。

併算定チェック（同月内）を行います。

B000 特定疾患療養管理料

6-13 B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料

(1) 肝炎インターフェロン治療計画料を新設します。

コード	現 行	改 正
113012310	:	肝炎インターフェロン治療計画料 : 700

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0813 肝炎インターフェロン治療計画料

算定チェック

患者 1 回算定チェックを行います。

6-14 B008 薬剤管理指導料

(1) 廃止します。

コード	現 行	改 正
113006270	退院時服薬指導加算 : 50	

(2) 医薬品安全性情報等管理体制加算を新設します。

コード	現 行	改 正
113012470	:	医薬品安全性情報等管理体制加算 : 50

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0814 医薬品安全性情報等管理体制加算

算定チェック

入院患者チェックを行います。

入院中 1 回算定チェックを行います。

6-15 B009 診療情報提供料 ()

(1) 認知症専門医療機関連携加算、肝炎インターフェロン治療連携加算を新設します。

コード	現 行	改 正
113012570		認知症専門医療機関連携加算 50
113012670		肝炎インターフェロン治療連携加算 50

算定チェック

外来患者チェックを行います。

6-16 B011-3 薬剤情報提供料

(1) 名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
113701310	後期高齢者薬剤情報提供料 (手帳に記載する場合) 15	手帳記載加算 (薬剤情報提供料) 3

算定要件

手帳に記載した場合に算定できます。

患者が所有している手帳を持参しなかった場合に、薬剤の名称が記載されたシール等を交付した場合でも算定はできないことになります。

算定方法

自動発生の仕様を変更します。

システム管理の 1007「自動算定・チェック機能制御情報」の「薬剤情報提供料 (老人 手帳記載あり)」を「算定する ()」と設定します。

診療行為で薬を入力し「登録」ボタンをクリックして薬剤情報提供料が算定できる場合はポップアップメッセージ「手帳記載加算 (薬剤情報提供料) を算定します。よろしいですか？」と問い合わせをします。

「OK」ボタンをクリックすると手帳記載加算を算定します。

「NO」ボタンをクリックすると薬剤情報提供料のみ算定します。

一般患者又は、高齢者でシステム管理の手帳記載ありを算定しないと設定している場合は、手帳記載加算をに手入力にて算定します。

算定チェック

後期高齢者である患者に対してが削除されます。すべての外来患者を対象とします。

お薬手帳発行の連動について

システム管理の 1001「医療機関情報 - 基本」の「お薬手帳発行フラグ」を「3 発行する」と設定している。

システム管理の 1038「診療行為機能情報」の「お薬手帳発行」を「1 薬剤情報提供料 (手帳に記載する) と連動する」と設定している。

一般患者であっても手帳記載加算を算定すると、診療行為の請求確認画面のお薬手帳が連動して「発行あり」となります。

6-17 B011-4 医療機器安全管理料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行		改 正	
113011210	医療機器安全管理料（生命維持管理装置使用）	50		100
113011310	医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）	1000		1100

6-18 B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

(1) 名称、点数を変更します。

コード	現 行		改 正	
113701910	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100	退院時薬剤情報管理指導料	90

算定チェック

後期高齢者である患者が削除されます。すべての入院患者を対象とします。

6-19 B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

(1) 廃止します。

コード	現 行		改 正	
113702010	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180		

6-20 B016 後期高齢者診療料

(1) 廃止します。

コード	現 行		改 正	
113702110	後期高齢者診療料	600		

6-21 B017 後期高齢者外来継続指導料

(1) 廃止します。

コード	現 行		改 正	
113702210	後期高齢者外来継続指導料	200		

6-22 B018 後期高齢者終末期相談支援料

(1) 廃止します。

コード	現 行		改 正	
113702310	後期高齢者終末期相談支援料	200		

7 在宅医療

7-1 C000 往診料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
114000110	往診 : 650	: 720

7-2 C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
114001110	在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者） : 830	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外） : 830
114012910	在宅患者訪問診療料（居住系施設入居者等） : 200	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者） : 200

(2) 在宅患者訪問診療料（乳幼児・幼児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114015870		在宅患者訪問診療料（乳幼児）加算 : 200
114015970		在宅患者訪問診療料（幼児）加算 : 200

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

7-3 C002 在宅時医学総管理料（月1回）

(1) 在宅移行早期加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016070		在宅移行早期加算 : 100

算定チェック

月1回算定チェックを行います。

7-4 C002-2 特定施設入居時等医学総管理料（月1回）

(1) 在宅移行早期加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016070		在宅移行早期加算 : 100

算定チェック

月1回算定チェックを行います。

7-5 C004 救急搬送診療料

(1) 救急搬送診療料（新生児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016170	:	救急搬送診療料（新生児）加算 : 1,000

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

(2) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
114009870	救急搬送診療料（乳幼児）加算 : 150	: 500

7-6 C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

(1) 訪問看護・指導料（乳幼児・幼児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016270	:	訪問看護・指導料（乳幼児）加算 : 50
114016370	:	訪問看護・指導料（幼児）加算 : 50

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

(2) 複数名訪問看護加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016470	:	複数名訪問看護加算（保健師、助産師又は看護師） : 430
114016570	:	複数名訪問看護加算（准看護師） : 380

(3) 廃止します。

コード	現 行	改 正
114704070	後期高齢者終末期相談支援加算（在宅患者） : 200	:

7-7 C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
114013710	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 1（保健師等）（週 3 日目まで） : 430	同一建物居住者訪問看護・指導料 1（保健師等）（週 3 日目まで） : 430
114013810	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 1（保健師等、週 4 日目以降） : 530	同一建物居住者訪問看護・指導料 1（保健師等、週 4 日目以降） : 530

コード	現 行	改 正
114013910	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 3 日目まで)	380 同一建物居住者訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 3 日目まで)
114014010	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 4 日目以降)	480 同一建物居住者訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 4 日目以降)
114014170	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 (難病等 1 日 2 回訪問) 加算	450 同一建物居住者訪問看護・指導料 (難病等 1 日 2 回訪問) 加算
114014270	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 (難病等 1 日 3 回以上訪問) 加算	800 同一建物居住者訪問看護・指導料 (難病等 1 日 3 回以上訪問) 加算
114014370	緊急訪問看護加算 (居住系施設入居者等)	265 緊急訪問看護加算 (同一建物居住者)
114014470	長時間訪問看護・指導加算 (居住系施設入居者等)	520 長時間訪問看護・指導加算 (同一建物居住者)
114014570	居住系施設入居者等連携指導加算	300 同一建物居住者連携指導加算
114014670	居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算	200 同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算
114014770	居住系施設等ターミナルケア加算	2,000 同一建物居住者ターミナルケア加算
114014870	居住系施設等移行管理加算	250 在宅移行管理加算 (同一建物居住者)
114014970	重症者居住系施設等移行管理加算	500 重症者同一建物移行管理加算

(2) 訪問看護・指導料 (乳幼児・幼児) 加算 (同一建物居住者) を新設します。

コード	現 行	改 正
114016670		訪問看護・指導料 (乳幼児) 加算 (同一建物居住者)
114016770		訪問看護・指導料 (幼児) 加算 (同一建物居住者)

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

(3) 複数名訪問看護加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114016870		複数名訪問看護加算（保健師、助産師又は看護師）（同一建物居住者） 430
114016970		複数名訪問看護加算（准看護師）（同一建物居住者） 380

(4) 廃止します。

コード	現 行	改 正
114704170	後期高齢者終末期相談支援加算（居住系施設入居者等） 200	

7-8 C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
114006410	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 1 300	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 1（同一建物居住者以外） 300
114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 2 255	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 2（同一建物居住者） 255

7-9 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
114007810	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1（在宅療養中の患者） 550	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1（同一建物居住者以外） 550
114015110	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2（居住系施設入居者等） 385	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2（同一建物居住者） 385

7-10 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
114007910	在宅患者訪問栄養食事指導料 1（在宅療養中の患者） 530	在宅患者訪問栄養食事指導料 1（同一建物居住者以外） 530
114015210	在宅患者訪問栄養食事指導料 2（居住系施設入居者等） 450	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2（同一建物居住者） 450

7-11 通則（在宅療養指導管理料）

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（以下の組合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	C107 在宅人工呼吸指導管理料 C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

7-12 C100 退院前在宅療養指導管理料

- (1) 退院前在宅療養指導管理料（乳幼児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114017070		退院前在宅療養指導管理料（乳幼児）加算 200

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

7-13 C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料

- (1) 在宅小児低血糖症患者指導管理料を新設します。

コード	現 行	改 正
114017110		在宅小児低血糖症患者指導管理料 820

算定チェック

外来患者チェックを行います。

1 2 歳未満チェックを行います。

7-14 C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

- (1) 同一月内に人工腎臓、連続携行式腹膜灌流を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用（在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理料）は算定できなくなります。

7-15 C102-2 在宅血液透析指導管理料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
114009310	在宅血液透析指導管理料 3,800	8,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0815 在宅血液透析指導管理料

(2) 頻回指導の算定要件が変更になります。

「114009410 在宅血液透析頻回指導管理」

改正前

→ 改正後

頻回指導（同一月内の 2 回目以降）

頻回指導（同一月内の 2 回目以降）

月 2 回限り

起算日から 2 月までの間

起算日から 2 月までの間

月 2 回限り

月 4 回限り

同一月内に人工腎臓を算定する場合は、注 1
に規定する 2 回目以降の費用（在宅血液透析
頻回指導管理料）は算定できません。

算定チェック

月 2 回算定チェックを行います。

7-16 C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

(1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を新設します。

コード	現 行	改 正
114017210		在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500

算定チェック

外来患者チェックを行います。

併算定チェック（同月内）を行います。

B001 7 難病外来指導管理料

B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料

7-17 C150 血糖自己測定器加算

(1) 12 歳未満の小児低血糖症の患者についても加算が算定できます。

7-18 C156 透析液供給装置加算

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
114009510	透析液供給装置加算 8,000	10,000

7-19 C164 人工呼吸器加算

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
114006810	人工呼吸器加算（陽圧式人工呼吸器） 6,840	7,000
114009610	人工呼吸器加算（人工呼吸器） 5,930	6,000
114005510	人工呼吸器加算（陰圧式人工呼吸器） 3,000	7,000

7-20 C170 排痰補助装置加算

(1) 排痰補助装置加算を新設します。

コード	現 行	改 正
114017310	：	排痰補助装置加算 1,800

8 投薬

8-1 F100 処方料

(1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方料）を新設します。

コード	現 行	改 正
120003370		抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方料） 70

算定要件

200床以上の病院で算定できます。

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0827 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

手入力により算定します。

算定チェック

外来患者チェックを行います。

月1回算定チェックを行います。

医薬品の入力がない場合（処方料の算定）は警告メッセージを表示します。

当該加算点数のみ算定した場合は警告メッセージを表示します。

併算定チェック（同月内）を行います。

F400 処方せん料 抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方せん料）

8-2 F400 処方せん料

(1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方せん料）を新設します。

コード	現 行	改 正
120003470		抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方せん料） 70

算定要件

200床以上の病院で算定できます。

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0827 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

手入力により算定します。

算定チェック

外来患者チェックを行います。

月1回算定チェックを行います。

医薬品の入力がない場合（処方せん料の算定）は警告メッセージを表示します。

当該加算点数のみ算定した場合は警告メッセージを表示します。

併算定チェック（同月内）を行います。

F100 処方せん料 抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方料）

9 注射

9-1 通則

(1) 外来化学療法加算の算定対象が拡大されます。

改正前

→ 改正後

G002 動脈注射

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

G004 点滴注射

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

G001 静脈内注射

G002 動脈注射

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

G004 点滴注射

G005 中心静脈注射

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養

(2) 点数を変更します。

コード	現 行		改 正	
130010870	外来化学療法加算 1	500		550
130010970	外来化学療法加算 1 (15 歳未満)	700		750
130011390	外来化学療法加算 2	390		420

9-2 G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

(1) 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を新設します。

コード	現 行		改 正	
130011610			末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入	700

(2) 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 (乳幼児) 加算を新設します。

コード	現 行		改 正	
130011770			末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 (乳幼児) 加算	500

算定方法

末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を入力します。診療日に 6 歳未満であれば自動発生します。

9-3 G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

(1) カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入を新設します。

コード	現 行	改 正
130011810		カフ型緊急時 ブラッドアクセ ス用留置カテーテル挿入 2,500

(2) カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入（乳幼児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
130011970		カフ型緊急時 ブラッドアクセ ス用留置カテーテル挿入（乳幼 児）加算 500

算定方法

カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入を入力します。診療日に 6 歳未満であれば自動発生します。

9-4 G016 硝子体内注射

(1) 硝子体内注射を新設します。

コード	現 行	改 正
130012010		硝子体内注射 580

9-5 G020 無菌製剤処理料

(1) 無菌製剤処理料 1（閉鎖式接続器具使用）を新設します。

コード	現 行	改 正
130012110		無菌製剤処理料 1（閉鎖式接続 器具使用） 100

(2) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
130011070	無菌製剤処理料 1 50	無菌製剤処理料 1（その他） 50

10 処置

10-1 J001-5 後期高齢者処置（１日につき）

(1) 名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140700110	後期高齢者処置 : 12	長期療養患者褥瘡等処置 : 24

算定チェック

高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合は削除されます。すべての入院患者を対象とします。

10-2 J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料（１日につき）

(1) 名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140700310	後期高齢者精神病棟等処置料 : 15	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置 : 30

算定チェック

高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合は削除されます。すべての入院患者を対象とします。

10-3 J003 局所陰圧閉鎖処置（１日につき）

(1) 局所陰圧閉鎖処置を新設します。

コード	現 行	改 正
140051810		局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（１００ｃｍ２未満） 1,600
140051910		局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（１００ｃｍ２～２００ｃｍ２未満） 1,680
140052010		局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（２００ｃｍ２以上） 1,900
140052170		局所陰圧閉鎖処置初回加算（１００ｃｍ２未満） 1,690
140052270		局所陰圧閉鎖処置初回加算（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満） 2,650
140052370		局所陰圧閉鎖処置初回加算（２００ｃｍ２以上） 3,300
140052410		局所陰圧閉鎖処置（その他） 900

10-4 J011 骨髄穿刺

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140027410	骨髄穿刺（胸骨） 130	260
140027510	骨髄穿刺（その他） 150	骨髄穿刺（その他）（処置） 280

10-5 J038 人工腎臓（1日につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140036710	人工腎臓（4時間未満） 2,117	2,075
140051010	人工腎臓（4時間以上5時間未満） 2,267	2,235
140051110	人工腎臓（5時間以上） 2,397	2,370
140007710	人工腎臓（その他） 1,590	1,580

算定要件

以下を算定している場合は週1回に限り算定できるようになります。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

C102-2 在宅血液透析指導管理料

(2) 透析液水質確保加算を新設します。

コード	現 行	改 正
140052570		透析液水質確保加算 10

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0832 透析液水質確保加算

10-6 J042 腹膜灌流（1日につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140008770	腹膜灌流導入期加算 100	500

算定要件

以下を算定している場合は週1回に限り算定できるようになります。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

10-7 J045-2 一酸化窒素吸入療法

(1) 一酸化窒素吸入療法を新設します。

コード	現 行	改 正
140051750	:	一酸化窒素吸入療法 : 920

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0808 一酸化窒素吸入療法

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 点を加算できます。

時間（分）を数量として入力します。

10-8 J055 いぼ焼灼法

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140012010	いぼ焼灼法（3 箇所以下） : 220	: 210
140012110	いぼ焼灼法（4 箇所以上） : 270	: 260

10-9 J056 いぼ冷凍凝固法

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140012410	いぼ冷凍凝固法（3 箇所以下） : 220	: 210
140012510	いぼ冷凍凝固法（4 箇所以上） : 270	: 260

10-10 J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
140038810	干渉低周波による膀胱等刺激法 : 45	: 50

10-11 J200 腰部固定帯加算（初回のみ）

(1) 頸部固定帯加算を新設します。

コード	現 行	改 正
140052610	:	頸部固定帯加算 : 170

1 1 手術

名称、点数の変更のみ、または、廃止されたマスタについては省略場合があります。

11-1 通則

- (1) 以下の手術については新たに施設基準の届出が必要になります。

通則 4 関係

- K007 皮膚悪性腫瘍手術 注に規定する加算を算定する場合に限る。
 K142-3 内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
 K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの
 K476 乳腺悪性腫瘍手術 注 1 又は注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。
 K615-2 経皮的動脈遮断術
 K636-2 ダメージコントロール手術
 K695-2 腹腔鏡下肝切除術
 K800-3 膀胱水圧拡張術

通則 5 関係

- K677-2 肝門部胆管悪性腫瘍手術

- (2) 以下の手術については新たに低体重児の加算が算定できるようになります。

- K616-3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）
 K812-2 排泄腔外反症手術

- (3) 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対して手術（区分番号 K618 に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及び K914 に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算できるようになります。

3 歳以上 6 歳未満の幼児加算（手術）を新設します。

コード	現 行	改 正
150342890		3 歳以上 6 歳未満の幼児加算 50 (手術) (%加算)

- (4) 同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合について新たに以下が追加されます。

神経移植術	その他の手術
大腿骨頭回転骨切り術	骨盤骨切り術
大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術	臼蓋形成手術
	寛骨臼移動術

11-2 K002 デブリードマン

- (1) 深部デブリードマン加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150342970		深部デブリードマン加算 1,000

11-3 K007 皮膚悪性腫瘍切除術

(1) 悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150343070		悪性黒色腫センチネルリンパ節加算 5,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0833 悪性黒色腫センチネルリンパ節加算

11-4 K014-2 皮膚移植術（死体）

(1) 皮膚移植術（死体）を新設します。

コード	現 行	改 正
150343110		皮膚移植術（死体）（200cm ² 未満） 5,190
150343210		皮膚移植術（死体）（200cm ² 以上500cm ² 未満） 6,920
150343310		皮膚移植術（死体）（500cm ² 以上1000cm ² 未満） 10,380
150343410		皮膚移植術（死体）（1000cm ² 以上3000cm ² 未満） 25,320
150343510		皮膚移植術（死体）（3000cm ² 以上） 28,930

11-5 K040-2 指伸筋腱脱臼靱血の整復術

(1) 指伸筋腱脱臼靱血の整復術を新設します。

コード	現 行	改 正
150343610		指伸筋腱脱臼靱血の整復術 10,470

11-6 K080-3 肩腱板断裂手術

(1) 肩腱板断裂手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150343710		肩腱板断裂手術 18,700

11-7 K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術

(1) 関節鏡下肩腱板断裂手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150343810		関節鏡下肩腱板断裂手術 27,040

11-8 K134 椎間板摘出術

- (1) 後方摘出術について2以上の椎間板の摘出を行う場合、1椎間を増すごとに所定点数に9045点を加算できるようになります。ただし、加算点数は36180点を限度とします。

算定方法

椎間を数量として入力します。

11-9 K142 脊椎固定術（区分番号 K142-2 脊椎側彎症手術での準用）

- (1) アンカー補強手術（矯正術前提）を新設します。

コード	現 行	改 正
150349950		アンカー補強手術（矯正術前提） 29,900

11-10 K142-2 脊椎側彎症手術

- (1) 脊椎側彎症手術（矯正術）を新設します。

コード	現 行	改 正
150343910		脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入） 112,260
150344010		脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術） 37,420
150344110		脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術） 20,540
150344250		脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用） 37,420

算定方法

2 矯正術の口 交換術を算定する場合

胸部変形矯正用材料を用いていない場合

「150344010 脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）」により算定します。

胸部変形矯正用材料を用いた場合

「150344270 脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用）」により算定します。

椎間を数量として入力します。

11-11 K145 穿頭脳室ドレナージ

- (1) 廃止します。

コード	現 行	改 正
150066370	穿頭脳室ドレナージ（幼児）加算 60	

11-12 K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

(1) バイパス術併用加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150344370	:	バイパス術併用加算 : 8,030

11-13 K178 脳血管内手術

(1) 脳血管内手術（2 箇所以上）を新設します。

コード	現 行	改 正
150344410	:	脳血管内手術（2 箇所以上） : 81,800

11-14 K190-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填

(1) 3 月に 1 回に限り算定可能でしたが、1 月に 1 回に限り算定となります。

算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

11-15 K254 角膜切除術

(1) 治療的角膜切除術（エキシマレーザー）（角膜ジストロフィー等）を新設します。

コード	現 行	改 正
150344510	:	治療的角膜切除術（エキシマレーザー）（角膜ジストロフィー等） : 10,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0834 治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの）

11-16 K338 鼻甲介切除術

(1) 鼻甲介切除術（高周波電気凝固法）を新設します。

コード	現 行	改 正
150344610	:	鼻甲介切除術（高周波電気凝固法） : 900

11-17 K379 副咽頭間隙腫瘍摘出術

(1) 副咽頭間隙腫瘍摘出術を新設します。

コード	現 行	改 正
150344710	:	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部） : 20,000
150344810	:	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む）） : 32,000

11-18 K379-2 副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術

(1) 副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術を新設します。

コード	現 行	改 正
150344910		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）30,000
150345010		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））50,000

11-18 K403-2 嚥下機能手術

(1) 嚥下機能手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150345110		嚥下機能手術（輪状咽頭筋切断術）14,470
150345210		嚥下機能手術（喉頭挙上術）14,130
150345310		嚥下機能手術（喉頭気管分離術）21,700
150345410		嚥下機能手術（喉頭全摘術）21,700

11-19 K407 顎・口蓋裂形成手術

(1) 顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）を新設します。

コード	現 行	改 正
150345510		顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）29,040

11-20 K429-2 下顎関節突起骨折観血的手術

(1) 下顎関節突起骨折観血的手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150345610		下顎関節突起骨折観血的手術（片側）21,700
150345710		下顎関節突起骨折観血的手術（両側）36,170

11-21 K476 乳腺悪性腫瘍手術

(1) 乳がんセンチネルリンパ節加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150345870		乳がんセンチネルリンパ節加算 1 5,000
150345970		乳がんセンチネルリンパ節加算 2 3,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0835 乳がんセンチネルリンパ節加算 1

コード：0836 乳がんセンチネルリンパ節加算 2

11-22 K509-3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術

(1) 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346010		気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術 10,000

11-23 K510-2 光線力学療法

(1) 光線力学療法（その他）を新設します。

コード	現 行	改 正
150346110		光線力学療法（その他） 8,710

11-24 K522 食道狭窄拡張術

(1) 食道狭窄拡張術（拡張用バルーン）を新設します。

コード	現 行	改 正
150346210		食道狭窄拡張術（拡張用バルーン） 12,480

11-25 K522-3 食道空置バイパス作成術

(1) 食道空置バイパス作成術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346310		食道空置バイパス作成術 41,500

11-26 K567-2 経皮的大動脈形成術

(1) 経皮的大動脈形成術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346410		経皮的大動脈形成術 34,200

11-27 K570-3 経皮的肺動脈形成術

(1) 経皮的肺動脈形成術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346510		経皮的肺動脈形成術 24,550

11-28 K592-2 肺動脈血栓内膜摘除術

(1) 肺動脈血栓内膜摘除術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346610		肺動脈血栓内膜摘除術 100,190

11-29 K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(1) 経皮的カテーテル心筋焼灼術、三次元カラーマッピング加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150346710		経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ） 31,350
150346870		三次元カラーマッピング加算 17,000

11-30 K597-3 埋込型心電図記録計移植術

(1) 埋込型心電図記録計移植術を新設します。

コード	現 行	改 正
150346910	:	埋込型心電図記録計移植術 : 1,260

11-31 K597-4 埋込型心電図記録計摘出術

(1) 埋込型心電図記録計摘出術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347010	:	埋込型心電図記録計摘出術 : 840

11-32 K601 人工心肺（1日につき）

(1) 逆行性冠灌流併施加算（人工心肺）を新設します。

コード	現 行	改 正
150347170	:	逆行性冠灌流併施加算（人工心肺） : 4,800

11-33 K615-2 経皮的動脈遮断術

(1) 経皮的動脈遮断術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347210	:	経皮的動脈遮断術 : 1,390

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0837 経皮的動脈遮断術

11-34 K616-3 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）

(1) 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）を新設します。

コード	現 行	改 正
150347310	:	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後） : 24,550

11-35 K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

(1) 廃止します。

コード	現 行	改 正
130008970	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置（開腹） : 11,800	:

11-36 K636-2 **ダメージコントロール手術**

(1) ダメージコントロール手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347410	:	ダメージコントロール手術 : 7,210

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード : 0838 ダメージコントロール手術

11-37 K637-2 **経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術**

(1) 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347510	:	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 : 10,800

11-38 K651 **内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術**

(1) 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347610	:	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術 : 7,590

11-39 K655 **胃切除術**

(1) 有茎腸管移植加算を新設します。

K655-2、K655-4、K657、K657-2 の注加算としても使用します。

コード	現 行	改 正
150347770	:	有茎腸管移植加算 : 5,000

11-40 K677-2 **肝門部胆管悪性腫瘍手術**

(1) 肝門部胆管悪性腫瘍手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150347810	:	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり） : 121,050
150347910	:	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし） : 97,050

11-41 K695-2 **腹腔鏡下肝切除術**

(1) 腹腔鏡下肝切除術を新設します。

コード	現 行	改 正
150348010	:	腹腔鏡下肝切除術（部分切除） : 50,600
150348110	:	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除） : 62,100

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード : 0839 腹腔鏡下肝切除術

11-42 K698 急性脾炎手術

(1) 急性脾炎手術（感染性壊死部切除を伴う）を新設します。

コード	現 行	改 正
150348210		急性脾炎手術（感染性壊死部切 除を伴う）49,390

11-43 K700 脾中央切除術

(1) 脾中央切除術を新設します。

コード	現 行	改 正
150348310		脾中央切除術45,000

11-44 K702 脾体尾部腫瘍切除術

(1) 脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術・腫瘍摘出術含む）（脾温存）を新設します。

コード	現 行	改 正
150348410		脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切 除術・腫瘍摘出術含む）（脾温 存）21,750

11-45 K721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術

(1) 内視鏡的大腸ポリープ切除術（長径2 cm以上）を新設します。

コード	現 行	改 正
150348510		内視鏡的大腸ポリープ切除術 （長径2 cm以上）7,000

11-46 K739-2 経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）

(1) 経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍）を新設します。

コード	現 行	改 正
150348610		経肛門的内視鏡下手術（直腸腫 瘍）20,120

11-47 K794-2 経尿道的尿管瘤切除術

(1) 経尿道的尿管瘤切除術を新設します。

コード	現 行	改 正
150348710		経尿道的尿管瘤切除術15,500

11-48 K800-3 膀胱水压拡張術

(1) 膀胱水压拡張術を新設します。

コード	現 行	改 正
150348810		膀胱水压拡張術5,500

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0840 膀胱水压拡張術

11-49 K802-2 膀胱脱手術

(1) 膀胱脱手術（メッシュ使用）を新設します。

コード	現 行	改 正
150348910	:	膀胱脱手術（メッシュ使用） 24,720

11-50 K812-2 排泄腔外反症手術

(1) 排泄腔外反症手術を新設します。

コード	現 行	改 正
150349010	:	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術） 51,850
150349110	:	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術） 103710

11-51 K898 帝王切開術

(1) 帝王切開術（前置胎盤合併）を新設します。

コード	現 行	改 正
150349210	:	帝王切開術（前置胎盤合併） 21,700

11-52 K913-2 性腺摘出術

(1) 性腺摘出術を新設します。

コード	現 行	改 正
150349310	:	性腺摘出術（開腹） 4,830
150349410	:	性腺摘出術（腹腔鏡） 14,300

11-53 K921 移植骨髄穿刺（一連につき） → 造血幹細胞採取（一連につき）

(1) 造血幹細胞採取を新設します。

コード	現 行	改 正
150349510	:	造血幹細胞採取（骨髄採取）（自家移植） 15,000
150349610	:	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（同種移植） 19,200
150349710	:	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植） 15,000

11-54 K922 骨髄移植 → 造血幹細胞移植

(1) 造血幹細胞移植（臍帯血移植）を新設します。

コード	現 行	改 正
150349810	:	造血幹細胞移植（臍帯血移植） 44,300

11-55 K922-2 臍帯血移植

(1) 廃止します。

コード	現 行	改 正
150286710	臍帯血移植 44,300	:
150286870	臍帯血移植（乳幼児）加算 26	:

11-56 K936 **自動縫合器加算**

(1) 以下の手術でも自動縫合器を使用した場合は算定できるようになります。

K522-3 食道空置バイパス作成術

K525 食道切除再建術

K732 2 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）

11-57 K936-2 **自動吻合器加算**

(1) 以下の手術でも自動吻合器を使用した場合は算定できるようになります。

K522-3 食道空置バイパス作成術

K525 食道切除再建術

K655-4 噴門側胃切除術

K719 3 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）

12 麻酔

12-1 通則

(1) 点数（加算倍率）を変更します。

コード	現 行	改 正
150231590	新生児(未熟児を除く)加算(麻酔) 100	200

新生児(未熟児を除く。)に対する加算が所定点数の100分の200に相当する点数となります。

12-2 L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(1) 術中経食道心エコー連続監視加算を新設します。

コード	現 行	改 正
150342470		術中経食道心エコー連続監視加算 880

12-3 L009 麻酔管理料 → 麻酔管理料（ ）

(1) 麻酔管理料（ ）が追加されますので「麻酔管理料」を「麻酔管理料1」と名称を変更します。

コード	現 行	改 正
150282210	麻酔管理料(硬膜外麻酔) 200	麻酔管理料1(硬膜外麻酔) 200
150279010	麻酔管理料(脊椎麻酔) 200	麻酔管理料1(脊椎麻酔) 200
150279110	麻酔管理料(閉鎖循環式全身麻酔) 900	麻酔管理料1(閉鎖循環式全身麻酔) 900

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0841 麻酔管理料1

算定チェック

併算定チェック（同月内）を行います。

L010 麻酔管理料（ ）

12-4 L010 麻酔管理料 ()

(1) 麻酔管理料 2 を新設します。

コード	現 行	改 正
150342510		麻酔管理料 2 (硬膜外麻酔) 100
150342610		麻酔管理料 2 (脊椎麻酔) 100
150342710		麻酔管理料 2 (閉鎖循環式全身麻酔) 300

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0842 麻酔管理料 2

算定チェック

併算定チェック (同月内) を行います。

L009 麻酔管理料 ()

12-5 L100 神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)

(1) 名称を変更します。

コード	現 行		改 正	
150333410	神経ブロック（眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療）	400	神経ブロック（眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療）	400

13 検査

名称、点数の変更のみ、または、廃止されたマスタについては省略場合があります。

13-1 通則

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160177770	外来迅速検体検査加算 : 5	: 10

13-2 D007 血液化学検査

(1) 包括項目の算定点数が変更されます。

改正前	→	改正後
イ 5 項目以上 7 項目以下 100 点		イ 5 項目以上 7 項目以下 95 点
ロ 8 項目又は 9 項目 109 点		ロ 8 項目又は 9 項目 104 点
ハ 10 項目以上 129 点		ハ 10 項目以上 123 点

13-3 D013 肝炎ウイルス関連検査

(1) 包括項目の算定点数が変更されます。

改正前	→	改正後
ハ 5 項目以上 520 点		ハ 5 項目以上 494 点

13-4 D014 自己抗体検査

(1) I g G 4 を新設します。

コード	現 行	改 正
160185410	:	I g G 4 : 400

13-5 D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160061450	髄液塗抹染色標本(蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等) : 32	: 42

(2) 集菌塗抹法加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160185570	:	集菌塗抹法加算 : 32

13-6 D018 細菌培養同定検査

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160058970	嫌気性培養加算 : 70	: 80

13-7 D022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）

(1) 4 薬剤以上使用した場合のみ算定できます。

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
160059510	抗酸菌薬剤感受性(3 薬剤以下)	200

13-8 D023 微生物核酸同定・定量検査

(1) H P V 核酸同定を新設します。

コード	現 行	改 正
160185610		H P V 核酸同定 360

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0816 H P V 核酸同定検査

13-9 D026 検体検査判断料

(1) 検体検査管理加算の算定要件が変更になります。

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0817 検体検査管理加算（ 1 ）

コード：0818 検体検査管理加算（ 2 ）

コード：0819 検体検査管理加算（ 3 ）

(2) 検体検査管理加算（ 4 ）を新設します。

コード	現 行	改 正
160185770		検体検査管理加算（ 4 ） 500

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0820 検体検査管理加算（ 4 ）

入院で検体検査管理加算を自動発生する時は、検体検査管理加算（ 4 ） 検体検査管理加算（ 3 ） 検体検査管理加算（ 2 ） 検体検査管理加算（ 1 ）の順に算定可能かを判断します。

外来は、検体検査管理加算（ 1 ）のみ自動発生します。

算定チェック

入院患者チェックを行います。

月 1 回算定チェックを行います。

併算定チェック（同月内）を行います。

D026 検体検査判断料 検体検査管理加算（ 1 ）

D026 検体検査判断料 検体検査管理加算（ 2 ）

D026 検体検査判断料 検体検査管理加算（ 3 ）

13-10 通則（生体検査料）

(1) 幼児加算（生体検査）（3 歳以上 6 歳未満）を新設します。

コード	現 行	改 正
160185890		幼児加算（生体検査）（3 歳以上 6 歳未満） 15 (%加算)

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

13-11 D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

(1) 心カテ（左心）（新生児・乳幼児）加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160185970		心カテ（左心）（新生児）加算 12,000
160186070		心カテ（左心）（乳幼児）加算 4,000

(2) 血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160186170		血管内光断層撮影加算 300
160186270		冠動脈血流予備能測定加算 300

算定要件

同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査又は血管内視鏡検査のうち、2 以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定します。

13-12 D208 バリストカルジオグラフ（2 方向以上）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160069130	2 方向以上加算（バリストカルジオグラフ） 180	90

13-13 D210-3 埋込型心電図検査

(1) 埋込型心電図を新設します。

コード	現 行	改 正
160186310		埋込型心電図 90

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0821 埋込型心電図検査、埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術

時間（分）を数量として入力します。

13-14 D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、 サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

(1) 連続呼気ガス分析加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160186470		連続呼気ガス分析加算 100

13-15 D211-2 喘息運動負荷試験

(1) 喘息運動負荷試験を新設します。

コード	現 行	改 正
160186510		喘息運動負荷試験 800

13-16 D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
160072510	超音波（UCG）（断層撮影法とMモード法） 880	超音波（心臓超音波検査）（断層撮影法とMモード法） 880
160072450	超音波（UCG以外）（断層撮影法とMモード法） 530	超音波（心臓超音波検査以外）（断層撮影法とMモード法） 530
160072610	超音波（UCG）（Mモード法） 500	超音波（心臓超音波検査）（Mモード法） 500
160072750	超音波（UCG以外）（Mモード法） 500	超音波（心臓超音波検査以外）（Mモード法） 500
160160410	超音波（UCG）（経食道的超音波法） 1,500	超音波（心臓超音波検査）（経食道的超音波法） 1,500

(2) 超音波（心臓超音波検査）（胎児心エコー法）を新設します。

コード	現 行	改 正
160186610		超音波（心臓超音波検査）（胎児心エコー法） 1,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0822 胎児心エコー法

13-17 D216-2 残尿測定検査

(1) 残尿測定検査（導尿によるもの）を新設します。

コード	現 行	改 正
160186710		残尿測定検査（導尿によるもの） 45

13-18 D217 骨塩定量検査

(1) 大腿骨同時撮影加算（DEXA法）を新設します。

コード	現 行	改 正
160186870		大腿骨同時撮影加算（DEXA法） 90

13-19 D231-2 皮下連続式グルコース測定（一連につき）

(1) 皮下連続式グルコース測定を新設します。

コード	現 行	改 正
160186910		皮下連続式グルコース測定 700

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0823 皮下連続式グルコース測定

13-20 D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査

(1) 長期脳派ビデオ同時記録検査を新設します。

コード	現 行	改 正
160187010		長期脳派ビデオ同時記録検査 700

13-21 D236 脳誘発電位検査

(1) 聴性定常反応を新設します。

コード	現 行	改 正
160187110		聴性定常反応 800

13-22 D239 筋電図検査

(1) 誘発筋電図について2神経以上に対して行う場合は1神経を増すごとに所定点数に150点が加算できます。ただし、加算点数は450点を超えては加算できません。

算定方法

神経の数を数量として入力します。

13-23 D258-2 網膜機能精密電気生理検査

(1) 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）を新設します。

コード	現 行	改 正
160187210		網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図） 500

13-24 D269-2 光学的眼軸長

(1) 光学的眼軸長を新設します。

コード	現 行	改 正
160187310		光学的眼軸長 150

13-25 D287 内分泌負荷試験

(1) 成長ホルモンの算定要件が変更になります。

「下垂体前葉負荷試験」の「イ 成長ホルモン (G H) (一連として)」

改正前

→ 改正後

月 1 回に限り算定

月 2 回に限り算定

算定チェック

月 2 回算定チェックを行います。

13-26 D291-3 内服・点滴誘発試験

(1) 内服・点滴誘発試験を新設します。

コード	現 行	改 正
160187410		内服・点滴誘発試験 1,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0824 内服・点滴誘発試験

算定チェック

月 2 回算定チェックを行います。(年 2 回に限り算定できます。)

13-27 D298-2 内視鏡下嚥下機能検査

(1) 内視鏡下嚥下機能検査を新設します。

コード	現 行	改 正
160187510		内視鏡下嚥下機能検査 600

13-28 D306 食道ファイバースコピー

D308 胃・十二指腸ファイバースコピー

D313 大腸ファイバースコピー

(1) 狭帯域光強調加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160187670		狭帯域光強調加算 200

13-29 D317-2 膀胱尿道鏡検査

(1) 膀胱尿道鏡検査を新設します。

コード	現 行	改 正
160187710		膀胱尿道鏡検査 890

13-30 D318 尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの（膀胱尿道ファイバースコープを含む。))(両側)

(1) 膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査の費用は所定点数に含まれるとなります。

算定チェック

併算定チェック（同会計内）を行います。

D317 膀胱尿道ファイバースコープ

D317-2 膀胱尿道鏡検査

13-31 D404-2 骨髓生検

(1) 骨髓生検を新設します。

コード	現 行	改 正
160187810		骨髓生検 730

(2) 乳幼児加算（骨髓生検）を新設します。

コード	現 行	改 正
160187970		乳幼児加算（骨髓生検） 100

算定方法

算定日の年齢により自動発生を行います。

13-32 D409-2 センチネルリンパ節生検

(1) センチネルリンパ節生検を新設します。

コード	現 行	改 正
160188010		センチネルリンパ節生検（併用法） 5,000
160188110		センチネルリンパ節生検（単独法） 3,000

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0825 センチネルリンパ節生検

13-33 D414-2 膀胱尿道鏡検査

(1) EUS - FNAを新設します。

コード	現 行	改 正
160188210		EUS - FNA 4,000

13-34 D417 組織試験採取、切採法

(1) 組織試験採取、切採法（心筋）を新設します。

コード	現 行	改 正
160188310		組織試験採取、切採法（心筋） 5,000

13-35 D419 その他の検体採取

(1) 前房水採取を新設します。

コード	現 行	改 正
160188410	：	前房水採取 350

1 4 病理診断

14-1 N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160060270	免疫染色病理組織標本作製（その他） 350	400

(2) 4 種類以上抗体使用加算を新設します。

コード	現 行	改 正
160184970		4 種類以上抗体使用加算 1,600

14-2 N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）

(1) 術中迅速細胞診 / O P、術中迅速細胞診 / テレパソロジーを新設します。

コード	現 行	改 正
160185010		術中迅速細胞診 / O P 450
160185110		術中迅速細胞診 / テレパソロジー 450

テレパソロジーについて

算定方法

システム管理の「1006施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0844 テレパソロジーによる術中迅速細胞診

14-3 N004 細胞診（1部位につき）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
160060510	細胞診（婦人科材料） 150	細胞診（婦人科材料等によるもの） 150
160060610	細胞診（その他） 190	細胞診（穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの） 190

14-4 N006 病理診断料

(1) 「病理診断料」が「組織診断料」と「細胞診断料」に分割されます。また、診療所へも対象が拡大されます。名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160155110	病理診断料 410	組織診断料 500
160178910	病理診断料（他医療機関作成の組織標本） 410	組織診断料（他医療機関作成の組織標本） 500

(2) 細胞診断料を新設します。

コード	現 行	改 正
160185210		細胞診断料 240
160185310		細胞診断料(他医療機関作成の組織標本) 240

算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

当月に区分番号 N003-2、N004 の検査が算定されているかのチェックを行います。

14-5 N007 病理判断料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
160062310	病理判断料 146	150

15 画像診断

15-1 通則

(1) 廃止します。

コード	現 行	改 正
170027610	デジタル映像化処理 : 15	:

(2) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170000210	電子画像管理加算（単純撮影） : 60	: 57
170016910	電子画像管理加算（特殊撮影） : 64	: 58
170017010	電子画像管理加算（造影剤使用撮影） : 72	: 66
170026710	電子画像管理加算（乳房撮影） : 60	: 54

15-2 E001 写真診断

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170026910	乳房撮影の写真診断 : 256	: 306

15-3 E002 撮影

(1) 撮影方法が「アナログ撮影」と「デジタル撮影」に細分化されます。現行の撮影料コードを「アナログ撮影」分として名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170001910	単純撮影（撮影） : 65	単純撮影（アナログ撮影） : 60
170002010	特殊撮影（撮影） : 264	特殊撮影（アナログ撮影） : 260
170002110	造影剤使用撮影（撮影） : 148	造影剤使用撮影（アナログ撮影） : 144
170027010	乳房撮影（撮影） : 196	乳房撮影（アナログ撮影） : 192
170002410	単純間接撮影（撮影） : 32.5	単純間接撮影（アナログ撮影） : 30
170002510	造影剤使用間接撮影（撮影） : 74	造影剤使用間接撮影（アナログ撮影） : 72
170011650	エックス線フィルムサブトラクション : 65	エックス線フィルムサブトラクション（アナログ撮影） : 60
170021150	椎間板造影（撮影） : 148	椎間板造影（アナログ撮影） : 144
170020950	高速心大血管連続撮影装置による撮影（撮影） : 148	高速心大血管連続撮影装置による撮影（アナログ撮影） : 144
170005530	特殊撮影（診断・撮影） : 360	特殊撮影（診断・撮影）（アナログ撮影） : 356
170005630	特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影） : 312	特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影） : 308
170005630	特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影） : 312	特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影） : 308

コード	現 行		改 正	
170006530	パントモグラフィー（診断・撮影）	360	パントモグラフィー（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170006630	パントモグラフィー（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	パントモグラフィー（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170006930	断層撮影（診断・撮影）	360	断層撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170007030	断層撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	断層撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170007130	同時多層撮影（診断・撮影）	360	同時多層撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170007230	同時多層撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	同時多層撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170007330	回転横断撮影（診断・撮影）	360	回転横断撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170007430	回転横断撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	回転横断撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170007530	スポット撮影（診断・撮影）	360	スポット撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170007630	スポット撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	スポット撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170008130	側頭骨曲面断層撮影（診断・撮影）	360	側頭骨曲面断層撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170008230	上顎骨曲面断層撮影（診断・撮影）	360	上顎骨曲面断層撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170008330	副鼻腔曲面断層撮影（診断・撮影）	360	副鼻腔曲面断層撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170008430	児頭骨盤不均衡特殊撮影（診断・撮影）	360	児頭骨盤不均衡特殊撮影（診断・撮影）（アナログ撮影）	356
170008530	児頭骨盤不均衡特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）	312	児頭骨盤不均衡特殊撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（アナログ撮影）	308
170011430	I・I 間接撮影（特殊撮影）（診断・撮影）	180	I・I 間接撮影（特殊撮影）（診断・撮影）（アナログ撮影）	178
170019130	特殊撮影（診断・撮影）（新生児）	439.2	特殊撮影（診断・撮影）（新生児）（アナログ撮影）	434
170019230	特殊撮影（診断・撮影）（乳幼児）	399.6	特殊撮影（診断・撮影）（乳幼児）（アナログ撮影）	395

コード	現 行	改 正
170019330	特殊撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(新生児)	391.2
170019430	特殊撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(乳幼児)	351.6
170019730	I・I間接撮影(特殊撮影)(診断・撮影)(新生児)	219.6
170019830	I・I間接撮影(特殊撮影)(診断・撮影)(乳幼児)	199.8

(2) 「デジタル撮影」分を新設します。

コード	現 行	改 正
170027910		単純撮影(デジタル撮影)
170028010		特殊撮影(デジタル撮影)
170028110		造影剤使用撮影(デジタル撮影)
170028210		乳房撮影(デジタル撮影)
170028310		単純間接撮影(デジタル撮影)
170028410		造影剤使用間接撮影(デジタル撮影)
170031750		エックス線フィルムサブトラクション(デジタル撮影)
170031850		椎間板造影(撮影)(デジタル撮影)
170031950		高速心大血管連続撮影装置による撮影(撮影)(デジタル撮影)
170028930		特殊撮影(診断・撮影)(デジタル撮影)
170029030		特殊撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(デジタル撮影)
170029130		パントモグラフィー(診断・撮影)(デジタル撮影)
170029230		パントモグラフィー(他方同時)(診断・撮影)(デジタル撮影)
170029330		断層撮影(診断・撮影)(デジタル撮影)

コード	現 行	改 正
170029430		断層撮影(他方と同時併施)X(診断・撮影)(デジタル撮影) 318
170029530		同時多層撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170029630		同時多層撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(デジタル撮影) 318
170029730		回転横断撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170029830		回転横断撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(デジタル撮影) 318
170029930		スポット撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170030030		スポット撮影(他方と同時併施)(診断・撮影)(デジタル撮影) 318
170030130		側頭骨曲面断層撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170030230		上顎骨曲面断層撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170030330		副鼻腔曲面断層撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170030430		児頭骨盤不均衡特殊撮影(診断・撮影)(デジタル撮影) 366
170030530		児頭骨盤不均衡特殊撮影(他方同時)(診断・撮影)(デジタル撮影) 318
170030630		I・I間接撮影(特殊)(診断・撮影)(デジタル撮影) 183
170030730		特殊撮影(診断・撮影)(新生児)(デジタル撮影) 447
170030830		特殊撮影(診断・撮影)(乳幼児)(デジタル撮影) 406.5
170030930		特殊撮影(他方同時)(診断・撮影)X新生児Xデジタル撮影) 399
170031030		特殊撮影(他方同時)(診断・撮影)X乳幼児Xデジタル撮影) 358.5
170031130		I・I間接撮影(特殊)(診断・撮影)X新生児Xデジタル撮影) 223.5
170031230		I・I間接撮影(特殊)(診断・撮影)X乳幼児Xデジタル撮影) 203.25

(3) アナログ撮影とデジタル撮影の同時撮影を新設します。

コード	現 行	改 正
170032050		単純撮影（デジタルと同時撮影）（アナログ撮影） 30
170032150		単純撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影） 34
170032250		造影剤使用撮影（デジタルと同時撮影）（アナログ撮影） 72
170032350		造影剤使用撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影） 77
170032450		単純間接撮影（デジタルと同時撮影）（アナログ撮影） 15
170032550		単純間接撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影） 17
170032650		造影剤使用間接撮影（デジタルと同時撮影）（アナログ撮影） 36
170032750		造影剤使用間接撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影） 38.5

算定方法

- 1 単純撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影）は、単純撮影（アナログ撮影）の直下に手入力します。また、単純撮影（デジタルと同時撮影）（アナログ撮影）は、単純撮影（デジタル撮影）の直下に手入力します。

部位と撮影料から自動算定する写真診断は同時撮影コードの直下となります。

入力コード	名称	数量
.700	* 画像診断	
002xxxxxx	胸部	
170001910	単純撮影（アナログ撮影）	1
170032150	単純撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影）	1
170000410	単純撮影（イ）の写真診断	2

- 2 写真診断の撮影回数は、単純撮影の回数 + 同時撮影の回数となります。

フィルム料の枚数から自動で行う撮影回数は、フィルムの直前の撮影料に対し設定しますので、撮影回数が正しく設定されるとは限りません。（以下の入力例）

入力コード	名称	数量
.700	* 画像診断	
002xxxxxx	胸部	
170001910	単純撮影（アナログ撮影）	1
170032150	単純撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影）	2
170000410	単純撮影（イ）の写真診断	3
700050000 2	大四ツ切	2 枚

撮影回数が 2 回以上である時は、それぞれの撮影料に算定する正しい撮影回数を手入力して下さい。

なお、各々の撮影回数を合わせた回数が、5 回を超える場合は最大 5 回となるように調整して入力してください。

入力コード	名称	数量
.700	* 画像診断	
002xxxxxx	胸部	
170001910 2	単純撮影（アナログ撮影）	2
170032150 1	単純撮影（アナログと同時撮影）（デジタル撮影）	1
170000410	単純撮影（イ）の写真診断	3
700050000 2	大四ツ切	2 枚

算定チェック

- 1 同時撮影の種類とデジタル撮影、あるいはアナログ撮影のチェックはしますので、同時撮影コードは正しいコードを入力して下さい。
単純撮影、造影剤使用撮影のチェックを行います。単純撮影の下に造影剤使用撮影（アナログと同時撮影）は入力できません。
- 2 同時撮影は単独での入力はできません。必ず、撮影料と同時に入力して下さい。

(4) 撮影料コードを含んだ入力セットについて見直す必要があります。

エックス線診断料については、セット登録されている場合が多いと思われるので、バッチ処理によりセット内容を改正前後で登録し直すプログラムを提供します。

デジタル撮影の場合、入力セット内の撮影に係るコードを対応したデジタル撮影のコードへ置換します。また、現行の入力セット内容は期限を 2010 年 3 月 31 日とし、新たに改正の入力セットを開始日 2010 年 4 月 1 日として作成します。

2010 年 3 月中に処理をされても 3 月診療分の算定に影響はありません。

注意 アナログ撮影コードを対応するデジタル撮影コードへすべて置換します。アナログ撮影コードの入力セットも残し、新たにデジタル撮影コードのセットを別の入力セットコードで作成するものではありません。

プログラムは、月次統計処理から実行できますので、使用する場合はシステム管理で登録が必要です。

システム管理の登録

- (1) 管理コードに 3002「統計帳票出力情報（月次）」を選択します。
- (2) 区分コードに登録する空き番号を入力します。
- (3) 有効年月日を空白のまま Enter キーを入力します。
“ 00000000 ” ~ “ 99999999 ”
- (4) 「確定」をクリックします。
- (5) 「複写」をクリックします。
- (6) 一覧の中から「平成 22 年 4 月改正入力セット内撮影コード移行」をクリックし、「確定」ボタンをクリックします。
- (7) 「登録」をクリックします。

月次統計業務から処理を行います。

パラメタ説明

処理区分

- 1：対象となる入力セットの一覧表を作成します。入力セットの移行は行いません。
- 2：対象となる入力セットを移行します。
現行の対象となる入力セットの終了日を平成 22 年 3 月 31 日で更新します。
パラメタ開始日を指定場合は開始日の前日を終了日として更新します。
対象となる入力セット内の撮影コードをデジタル撮影コードに変更し、開始日を平成 22 年 4 月 1 日として作成します。
パラメタ開始日を指定した場合はその日を開始日として作成します。
処理終了時に移行した入力セットの一覧表を作成します。

開始日

対象となる入力セットのデジタル撮影コードへ移行する開始日を入力します。
平成 22 年 4 月 1 日以降の開始日が入力できます。
省略した場合は平成 22 年 4 月 1 日として処理を行います。

15-4 E003 造影剤注入手技

(1) 造影剤注入（嚥下造影）を新設します。

コード	現 行	改 正
170028510	:	造影剤注入（嚥下造影） : 240

15-5 E004 基本的エックス線診断料

(1) 撮影方法が「アナログ撮影」と「デジタル撮影」に細分化されることにより、現行のコードを「アナログ撮影」分として名称を変更します。

コード	現 行	改 正
170021750	単純撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）	0 単純撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）（アナログ撮影） 0
170021850	単純間接撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）	0 単純間接撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）（アナログ撮影） 0
170023950	単純撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）	0 単純撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）（アナログ撮影） 0
170024050	単純間接撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）	0 単純間接撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）（アナログ撮影） 0

(2) 「デジタル撮影」分を新設します。

コード	現 行	改 正
170031350	:	単純撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）（デジタル撮影） 0
170031450	:	単純間接撮影（撮影）（手前 2 枚以上撮影）（デジタル撮影） 0
170031550	:	単純撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）（デジタル撮影） 0
170031650	:	単純間接撮影（撮影）（短期 2 枚以上撮影）（デジタル撮影） 0

15-6 通則（核医学診断料）

(1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
170026810	電子画像管理加算（核医学診断料又はコンピューター断層診断料）	電子画像管理加算（核医学診断料） 120

算定方法

電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）が新設されますので、算定する時に使い分けをします。

15-7 通則（コンピュータ断層撮影診断料）

- (1) C T , M R I に係る 2 回目以降の点数が固定点数から割合（一連につき所定点数の 100 分の 80 に相当する点数）による点数に変更されます。名称及び減算マスタへ変更します。

コード	現 行	改 正
170022290	単純撮影(撮影 X C T、M R I) (2 回目以降)	650 (点数)
		2 回目以降減算(C T , M R I) 手前 2 枚以上撮影)
		80 (% 減算)

算定方法

現行と同様に 2 回目以降は自動発生し割合による点数計算をします。

- (2) 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）を新設します。

コード	現 行	改 正
170028810		電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)
		120

15-8 E200 コンピューター断層撮影（C T 撮影）（一連につき）

- (1) 名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170011810	C T 撮影（マルチスライス型機器）	850
		C T 撮影（ 1 6 列以上マルチスライス型機器 ）
		900

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0852 C T 撮影（ 1 6 列以上マルチスライス型機器 ）

- (2) 名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170011710	C T 撮影（その他）	660
		600

- (3) C T 撮影（ 1 6 列未満マルチスライス型機器 ）を新設します。

コード	現 行	改 正
170028610		C T 撮影（ 1 6 列未満マルチスライス型機器 ）
		820

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0853 C T 撮影（ 1 6 列未満マルチスライス型機器 ）

(4) 外傷全身 C T 加算を新設します。

コード	現 行	改 正
170028770		外傷全身 C T 加算 800

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0826 外傷全身 C T 加算

15-9 E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影)(一連につき)

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
170020110	MRI 撮影 (1 . 5 テスラ以上 の機器) 1,300	1,330
170015210	MRI 撮影 (その他) 1,080	1,000

16 リハビリテーション

16-1 通則

(1) がん患者リハビリテーション料

新設されたがん患者リハビリテーション料についても心大血管疾患リハビリテーション料等と同様に特定の処置料を包括します。がん患者リハビリテーション料の項で説明します。

16-2 H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180030770	早期リハビリテーション加算 30	45

16-3 H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料が細分化されます。現行の各コードは「(口以外)」分として名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料(1) 235	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(口以外) 245
180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2) 190	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(口以外) 200
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料(3) 100	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(口以外) 100

(2) 廃用症候群の場合のコードを新設します。

コード	現 行	改 正
180032410		脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(廃用症候群) 235
180032510		脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(廃用症候群) 190
180032610		脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(廃用症候群) 100

(3) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180030770	早期リハビリテーション加算 30	45

16-4 H002 運動器リハビリテーション料

- (1) 運動器リハビリテーション料が細分化されます。現行の「運動器リハビリテーション料(1)」, 「運動器リハビリテーション料(2)」を「運動器リハビリテーション料(2)」, 「運動器リハビリテーション料(3)」として名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180027810	運動器リハビリテーション料 (1)	運動器リハビリテーション料 (2)
180027910	運動器リハビリテーション料 (2)	運動器リハビリテーション料 (3)

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0829 運動器リハビリテーション料(2)

コード：0830 運動器リハビリテーション料(3)

- (2) 「運動器リハビリテーション料(1)」のコードを新設します。

コード	現 行	改 正
180032710		運動器リハビリテーション料 (1)

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0828 運動器リハビリテーション料(1)

- (3) 早期リハビリテーション加算の点数を変更します。

「16-3 H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」の「(3) 点数を変更します。」と同様となります。

16-5 H003 呼吸器リハビリテーション料

- (1) 早期リハビリテーション加算の点数を変更します。

「16-3 H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」の「(3) 点数を変更します。」と同様となります。

16-6 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) がん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合でも算定できます。

16-7 H006 難病患者リハビリテーション料（１日につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180017910	難病患者リハビリテーション料 600	640

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
180018070	難病患者リハビリテーション料 （食事提供）加算 48	

(3) 短期集中リハビリテーション実施加算を新設します。

コード	現 行	改 正
180032970		短期集中リハビリテーション 実施加算（退院日から１月以 内） 280
180033070		短期集中リハビリテーション 実施加算（退院日から１月超３ 月以内） 140

算定チェック

退院日から１月以内、または３月以内の期間チェック（警告）を行います。

16-8 H007-2 がん患者リハビリテーション料（１単位）

(1) がん患者リハビリテーション料を新設します。

コード	現 行	改 正
180033110		がん患者リハビリテーション 料 200

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0831 がん患者リハビリテーション料

算定チェック

入院患者チェックを行います。

１日６単位までの算定チェックを行います。

(2) がん患者リハビリテーション料用の開始日・終了日を新設します。

コード	現 行	改 正
099800181		がん患者リハビリテーション 開始日
099800182		がん患者リハビリテーション 終了日

画面表示

がん患者リハビリテーション料の開始日の画面表示は、診療日が平成 22 年 4 月 1 日以降である場合に診療行為画面に表示します。

外来分の診療行為画面でも表示します。

17 精神科専門療法

17-1 1002 通院・在宅精神療法（1回につき）

(1) 通院・在宅精神療法の病院・診療所区分が廃止されました。現行の病院用コードに統合し、名称及び点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180012210	通院・在宅精神療法（病院）（30分以上）	通院・在宅精神療法（30分以上） 400
180031010	通院・在宅精神療法（病院）（30分未満）	通院・在宅精神療法（30分未満） 330
180007250	家族通院・在宅精神療法（病院）（30分以上）	家族通院・在宅精神療法（30分以上） 400
180031210	家族通院・在宅精神療法（病院）（30分未満）	家族通院・在宅精神療法（30分未満） 330

(2) 診療所用コードは廃止します。

コード	現 行	改 正
180012310	通院・在宅精神療法（診療所）（30分以上）	
180031110	通院・在宅精神療法（診療所）（30分未満）	
180007350	家族通院・在宅精神療法（診療所）（30分以上）	
180031310	家族通院・在宅精神療法（診療所）（30分未満）	

17-2 1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）

(1) 認知療法・認知行動療法を新設します。

コード	現 行	改 正
180033210		認知療法・認知行動療法 420

算定要件

すべての保険医療機関（精神科を標榜する保険医療機関以外でも）で算定できます。

算定チェック

外来患者チェックを行います。

1日1回算定チェックを行います。

併算定チェック（同会計内）を行います。

他の精神科専門療法の項目 同一日の併算定チェックはできません。

17-3 1004 心身医学療法（1回につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180012410	心身医学療法（入院） 70	150

17-4 1008-2 精神科ショート・ケア（１日につき）

(1) 精神科ショート・ケア早期加算を新設します。

コード	現 行	改 正
180033370	：	精神科ショート・ケア早期加算 ； 20

17-5 1009 精神科デイ・ケア（１日につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180007510	精神科デイ・ケア（小規模） ； 550	590
180007610	精神科デイ・ケア（大規模） ； 660	700

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
180007770	精神科デイ・ケア（食事提供） ； 48 加算	；

(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。

コード	現 行	改 正
180033470	：	精神科デイ・ケア等早期加算 ； 50

17-6 1010 精神科ナイト・ケア（１日につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180007810	精神科ナイト・ケア ； 500	540

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
180007970	精神科ナイト・ケア（食事提供） ； 48 加算	；

(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。

「17-5 1009 精神科デイ・ケア（１日につき）」の「(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。」と同様となります。

17-7 1010-2 **精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）**

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180017210	精神科デイ・ナイト・ケア 1,000	1,040

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
180017370	精神科デイ・ナイト・ケア（３食）加算 130	
180017470	精神科デイ・ナイト・ケア（２食）加算 96	
180020270	精神科デイ・ナイト・ケア（１食）加算 48	

(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。

「17-5 1009 精神科デイ・ケア（１日につき）」の「(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。」と同様となります。

17-8 1015 **重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき）**

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180703710	重度認知症患者デイ・ケア料 1,000	1,040

(2) 廃止します。

コード	現 行	改 正
180702170	重度認知症患者デイ・ケア料（食事提供）加算 48	

(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。

「17-5 1009 精神科デイ・ケア（１日につき）」の「(3) 精神科デイ・ケア等早期加算を新設します。」と同様となります。

1 8 放射線治療

18-1 M000 放射線治療管理料（分布図の作成 1 回につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180018510	放射線治療管理料（4 門以上の照射）	4,000
180019310	放射線治療管理料（運動照射）	4,000
180019210	放射線治療管理料（原体照射）	4,000
180027010	放射線治療管理料（組織内照射）	4,000

18-2 M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180026510	放射性同位元素内用療法管理料（甲状腺癌に対するもの）	1,390
180026610	放射性同位元素内用療法管理料（甲状腺機能亢進症に対するもの）	1,390

(2) 新設します。

コード	現 行	改 正
180033510		放射性同位元素内用療法管理料（固形癌骨転移に対するもの）
180033610		放射性同位元素内用療法管理料（B 細胞性非ホジキンリンパ腫）

算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

18-3 M001 体外照射

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180009010	体外照射（コバルト 60 遠隔大量照射）（1 回目）	250
180019510	体外照射（コバルト 60 遠隔大量照射）（2 回目）	75
180020710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1 回目）（1 門照射）	840
180020810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1 回目）（対向 2 門照射）	840

コード	現 行	改 正
180020910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1回目）（非対向2門照射）	1,240
180021010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1回目）（3門照射）	1,240
180021110	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1回目）（4門以上の照射）	1,580
180021210	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1回目）（運動照射）	1,580
180021310	体外照射（高エネルギー放射線治療）（1回目）（原体照射）	1,580
180021410	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（1門照射）	310
180021510	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（対向2門照射）	310
180021610	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（非対向2門照射）	410
180021710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（3門照射）	410
180021810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（4門以上の照射）	520
180021910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（運動照射）	520
180022010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（2回目）（原体照射）	520

(2) 画像誘導放射線治療加算を新設します。

コード	現 行	改 正
180033770		画像誘導放射線治療加算

算定方法

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0843 画像誘導放射線治療

算定チェック

1日1回算定チェックを行います。

18-4 M002 全身照射（一連につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
180012710	全身照射	10,000

18-5 M004 密封小線源治療（一連につき）

(1) 点数を変更します。

コード	現 行		改 正	
180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）	3,000		10,000
180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）	3,000		10,000
180032210	密封小線源治療（腔内照射）（旧型コバルト腔内照射装置）	1,000		500
180009510	密封小線源治療（腔内照射）（その他）	1,500		5,000
180018610	密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）	7,500		23,000
180032310	密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）	7,500		23,000
180009610	密封小線源治療（組織内照射）（その他）	6,000		19,000
180009710	密封小線源治療（放射性粒子照射）	2,000		8,000

(2) 使用した高線量率イリジウムの費用が変更になります。

現行は購入価格を 70 円で徐して得た点数ですが、改正では購入価格を 50 円で徐して得た点数となります。

高線量率イリジウムに登録された価格からプログラムにより 4 月 1 日以降の点数を自動計算します。よって、購入価格が変更にならない限りマスタを変更する必要はありません。

19 労災診療費算定基準の改定

19-1 再診料

- (1) 健保点数で新設されます地域医療貢献加算と明細書発行体制等加算については、健保点数に準じて、再診料を算定した時に自動発生を行います。

19-2 四肢固定用伸縮性包帯

- (1) 名称を変更します。

コード	現 行	改 正
788888001	四肢固定用伸縮性包帯	固定用伸縮性包帯

マスタ更新により、現行のマスタを 3 月 31 日で区切り、名称を変更した 4 月 1 日から有効なマスタを追加します。このマスタは都道府県購入価格としてユーザーにより価格を設定するマスタですので点数マスタ登録から改正マスタについて価格を設定してください。マスタ更新後は 0 円になっています。

19-3 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (1) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
101800110	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	200

19-4 運動器リハビリテーション料

- (1) 運動器リハビリテーション料が細分化されます。現行の「運動器リハビリテーション料(1)」、「運動器リハビリテーション料(2)」を「運動器リハビリテーション料(2)」、「運動器リハビリテーション料(3)」として名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
101800130	運動器リハビリテーション料(1)	運動器リハビリテーション料(2)
101800140	運動器リハビリテーション料(2)	運動器リハビリテーション料(3)

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0829 運動器リハビリテーション料(2)

コード：0830 運動器リハビリテーション料(3)

(2) 「運動器リハビリテーション料 (1)」のコードを新設します。

コード	現 行	改 正
101800125		運動器リハビリテーション料 (1) 180

算定方法

施設基準コードが変更になります。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

コード：0828 運動器リハビリテーション料 (1)

19-5 早期リハビリテーション加算

(1) 健保点数表の疾患別リハビリテーション料の各規定における早期リハビリテーション加算について算定ができるようになります。

以下のコードにて算定します。

コード	現 行	改 正
180030770	早期リハビリテーション加算 30	45

19-6 職業復帰訪問指導料

(1) 職業復帰訪問指導料が細分化されます。現行の「職業復帰訪問指導料」を「その他の疾患の場合」として名称、点数を変更します。

コード	現 行	改 正
101800180	職業復帰訪問指導料 380	職業復帰訪問指導料 (その他の疾患の場合) 570

(2) 「精神疾患を主たる傷病とする場合」を新設します。

コード	現 行	改 正
101800175		職業復帰訪問指導料 (精神疾患を主たる傷病とする場合) 760

(3) 点数を変更します。

コード	現 行	改 正
101800190	職業復帰訪問指導料 (異なる職種 2 人以上) 加算 320	380

19-7 精神科職場復帰支援加算

(1) 精神科職場復帰支援加算を新設します。

コード	現 行	改 正
101800350		精神科職場復帰支援加算 200

19-8 石綿疾患療養管理料

(1) 石綿疾患療養管理料を新設します。

コード	現 行	改 正
101800360	:	石綿疾患療養管理料 : 225

算定チェック

月 2 回算定チェックを行います。

19-9 特別労災付添看護

(1) 特別労災付添看護を新設します。(傷病労働者 1 日 1 人当たりの看護料)

コード	現 行	改 正
101910110		特別労災付添看護(看護師)(1 級地から 5 級地)(1 人付) 11,540 円
101910120		特別労災付添看護(看護師)(1 級地から 5 級地)(2 人付) 5,770 円
101910130		特別労災付添看護(看護師)(1 級地から 5 級地)(3 人付) 4,650 円
101910140		特別労災付添看護(看護師)(6 級地)(1 人付) 10,910 円
101910150		特別労災付添看護(看護師)(6 級地)(2 人付) 5,460 円
101910160		特別労災付添看護(看護師)(6 級地)(3 人付) 4,430 円
101910170		特別労災付添看護(看護師)(その他の地域)(1 人付) 10,600 円
101910180		特別労災付添看護(看護師)(その他の地域)(2 人付) 5,300 円
101910190		特別労災付添看護(看護師)(その他の地域)(3 人付) 4,300 円
101910200		特別労災付添看護(准看護師)(1 級地から 5 級地)(1 人付) 9,810 円
101910210		特別労災付添看護(准看護師)(1 級地から 5 級地)(2 人付) 5,430 円
101910220		特別労災付添看護(准看護師)(1 級地から 5 級地)(3 人付) 4,650 円
101910230		特別労災付添看護(准看護師)(6 級地)(1 人付) 9,270 円
101910240		特別労災付添看護(准看護師)(6 級地)(2 人付) 5,170 円
101910250		特別労災付添看護(准看護師)(6 級地)(3 人付) 4,430 円
101910260		特別労災付添看護(准看護師)(その他の地域)(1 人付) 9,000 円

コード	現 行	改 正
101910270		特別労災付添看護（准看護師） （その他の地域）（2人付） 5,010 円
101910280		特別労災付添看護（准看護師） （その他の地域）（3人付） 4,300 円
101910290		特別労災付添看護（看護補助 者）（1級地から5級地）（1人 付） 8,650 円
101910300		特別労災付添看護（看護補助 者）（1級地から5級地）（2人 付） 5,430 円
101910310		特別労災付添看護（看護補助 者）（1級地から5級地）（3人 付） 4,650 円
101910320		特別労災付添看護（看護補助 者）（6級地）（1人付） 8,180 円
101910330		特別労災付添看護（看護補助 者）（6級地）（2人付） 5,170 円
101910340		特別労災付添看護（看護補助 者）（6級地）（3人付） 4,430 円
101910350		特別労災付添看護（看護補助 者）（その他の地域）（1人付） 7,950 円
101910360		特別労災付添看護（看護補助 者）（その他の地域）（2人付） 5,010 円
101910370		特別労災付添看護（看護補助 者）（その他の地域）（3人付） 4,300 円
101910380		特別労災付添看護（親族又は友 人）（1級地から5級地） 3,930 円
101910390		特別労災付添看護（親族又は友 人）（6級地） 3,720 円
101910400		特別労災付添看護（親族又は友 人）（その他の地域） 3,610 円

- (2) 看護師による看護、准看護師による看護及び看護補助者による看護において、看護担当者が傷病労働者4人以上を看護した場合の看護担当者1日1人当たりの看護料は、3人付添看護に係る傷病労働者1日1人当たりの看護料に3を乗じた額を限度とする。
- これに該当する場合は、点数マスタの診療コードが " 09593 ~ " から始まる番号で振り出し、看護料を設定したマスタを作成します。

20 合成コードの廃止

20-1 廃止された合成コード

区分番号	コード	名称	点数
D255-2	160174730	汎網膜硝子体（両）	300
D260 2	160082330	静的量的視野（両）	600
D405	160161230	関節穿刺（両）	200
D406	160097230	上顎洞穿刺（両）	120
D410	160149030	乳腺穿刺又は針生検（両）	400
J061	140037030	腎盂洗浄（両）	120
J096 1	140019630	耳管処置 1（両）	60
J100	140020330	副鼻腔手術後の処置（両）	90
J101	140020630	鼓室穿刺（両）	100
J102	140020830	上顎洞穿刺（両）	120
J104	140021130	唾液腺管洗浄（両）	120
J105 2	140021330	副鼻腔洗浄（その他）（両）	50
J111	140022230	耳管ブジー法（両）	90
J112	140022530	唾液腺管ブジー法（両）	90
J116	140038930	関節穿刺（両）	200

20-2 対称器官の両側に対する入力方法

- (1) 対称器官の両側コードが廃止されますが、両側に対しては片側コードを回数 2 として算定をします。その場合、“両側”であることが分るようにコメントを入力します。

入力コード	名称
.400	* 処置行為
140021210	副鼻腔洗浄（その他）（片）
810000001*2	（両側）

- (2) この場合で医薬品を使用した場合は、処置薬剤として別剤で算定します。

剤内に含める場合は、医薬品の数量を 1 / 2 にする必要がありますが、薬価によっては端数により本来の点数と異なる場合があります。

入力コード	名称
.400	* 処置行為
140021210	副鼻腔洗浄（その他）（片）
810000001*2	（両側）
.401	* 処置薬剤
620006658	メタミキシン末 50 万 50 万単位
647130028	注射用蒸留水 5 m L

2 1 処方せん

21- 1 様式変更

- (1) 都道府県番号、点数表番号、医療機関コードの欄を追加します。

保険医氏名の下に都道府県番号、点数表番号、医療機関コードを記載します。

交付年月日が平成 2 2 年 3 月中は現行の様式で作成します。平成 2 2 年 4 月以降は新様式となります。

保険医療機関 の 所 在 地 及 び 名 称												
電 話 番 号												
保 険 医 氏 名												
都道府県 番号			点数表 番号		医療機関 コード							

- (2) 新設された項目は以下のデータを編集します。

都道府県番号 : システム管理「医療機関情報 - 基本」の都道府県番号

点数表番号 : システム管理「医療機関情報 - 基本」の点数表

医療機関コード : システム管理「医療機関情報 - 基本」の医療機関コード

処方せん二次元バーコード (QRコード) は、現行でも記録されています。

21-2 処方せん変更調剤の記載

- (1) システム予約マスタとして指示マスタを新設します。

内容	コード	名称	点数
新設	099209905	含量規格変更不可	0
新設	099209906	剤形変更不可	0

- (2) 診療行為での入力方法です。

医薬品 (先発品、後発品は問わない) に対し変更調剤不可の指示をする場合は、該当医薬品に続けて「099209905 (含量規格変更不可)」又は「099209906 (剤形変更不可)」あるいは両方を入力します。

入力コード	名称
611140694 2	*【先】ロキソニン錠 6 0 m g
099209905	【含量規格変更不可】
611140426 2	【先】ボルタレン錠 2 5 m g
099209905	【含量規格変更不可】
099209906	【剤形変更不可】
Y03001*5	【1 日 2 回朝夕食後に】

1 つの医薬品に対して「099209903 後発変更不可」と「099209905 含量規格変更不可」及び「099209906 剤形変更不可」のマスタを組合わせて入力した場合はエラーとします。

(3) 処方せんの表示例です。

処方	1) ロキソニン錠 6 0 m g 【含量規格変更不可】 2 錠 ボルタレン錠 2 5 m g 【含量規格変更不可】【剤形変更不可】 2 錠 【 1 日 2 回朝夕食後に 】 (5 日分)
備考	後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更不可の時、以下に署名 保険医署名

2 2 診療費明細書

22-1 診療費明細書の編集設定

(1) 点数表示について

プログラムオプションの設定により、点数での表示を可能とします。

金額（円）表示を行う場合は、初期値となりますのでシステム管理の設定は要りません。

システム管理「1910 プログラムオプション情報」からプログラム名“ORCHC04”又は“ORCHCN04”を選択しオプション内容で以下のオプションを設定し登録します。

オプション説明

(1)合計の単位

合計数値の単位を指定します。

GOKEITANI=0:金額（円）で表示する（デフォルト）

GOKEITANI=1:点数で表示する

GOKEITANI=1 と設定した場合は、列名に“合計（点数）”と表示します。

（先頭の“#”コメントを外します。以下同様。）

算定された剤点数（表示はされません）と日数・回数に乗じたものを合計点数として“合計（点数）”欄に表示します。

給付外項目の“合計（点数）”欄の表示は、金額となりますので“円”を付けて表示します。

備考として以下を表示します。

“ 合計欄は点数での表示をしています。患者一部負担金はこの点数より計算（1点＝10円）し、保険公費による負担割合分となります。なお、端数調整のため、診療費請求書兼領収書の請求金額とは合わない場合があります。”

(2) 網掛けについて

プログラムオプションの設定により、網掛けの有無と濃度の調節を可能とします。

システム管理「1910 プログラムオプション情報」からプログラム名“ORCHC04”又は“ORCHCN04”を選択しオプション内容で以下のオプションを設定し登録します。

オプション説明

(2)網掛け

網掛けの濃さを指定します。

SHADE=0: 網掛けなし

SHADE=1: 網掛けあり（薄い）

SHADE=2: 網掛けあり（中間）

SHADE=3: 網掛けあり（濃い）（デフォルト）

SHADE=0 と設定した場合は、明細部分の網掛けを消去します。

SHADE=1（又は 2 又は 3）と指定した場合は網掛けをしますが、値によって濃さが変更できません。

22-2 診療費明細書の発行設定

(1) システム管理の設定を確認します。

システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」の「診療費明細書発行フラグ」を医療機関の実態に照らして該当する区分に設定します。

区分を追加します。

現行の区分	→	パッチ適用後の区分
“ 0 発行しない ”		“ 0 発行しない ”
“ 1 発行する ”		“ 1 発行する ”
		“ 2 発行する (請求あり) ”
		“ 3 発行する (訂正時なし) ”

(2) 患者が明細書を希望しない場合の設定は患者登録で行います。

請求書の発行区分を流用します。

現行の設定内容	→	改正後の設定内容
“ 0 請求書不要 ”		“ 0 請求書・明細書不要 ”
“ 1 請求書必要 ”		“ 1 請求書・明細書必要 ”
“ 2 請求書必要 (請求あり) ”		“ 2 請求書・明細書必要 (請求あり) ”
“ 3 請求書必要 (訂正時なし) ”		“ 3 請求書・明細書必要 (訂正時なし) ”
		“ 4 請求書必要 (明細書不要) ”
		“ 5 請求書必要 (請求あり) (明細書不要) ”
		“ 6 請求書必要 (訂正時なし) (明細書不要) ”

診療行為業務の請求確認画面での発行区分初期値です。

最終的に発行する、しないは請求確認画面で変更ができます。

請求書発行区分	請求金額	請求書兼領収書	診療費明細書
0 請求書・明細書不要	関係なし	発行しない	発行しない
1 請求書・明細書必要	関係なし	発行する	発行する
2 請求書・明細書必要 (請求あり)	0 円以外	発行する	発行する
3 請求書・明細書必要 (訂正時なし)	関係なし	発行する	発行する
4 請求書必要 (明細書不要)	関係なし	発行する	発行しない
5 請求書必要 (請求あり) (明細書不要)	0 円以外	発行する	発行しない
6 請求書必要 (訂正時なし) (明細書不要)	関係なし	発行する	発行しない