

「日医標準レセプトソフト」

平成 2 4 年 4 月診療報酬改定対応

2013 年 6 月 26 日

(五版)

公益社団法人 日本医師会

改版履歴

初版 2012 年 3 月 22 日

二版 2012 年 3 月 27 日

施設基準コードの変更がありましたので訂正しました。

訂正カ所は各算定方法の施設基準コードの赤字部分です。

三版 2012 年 3 月 29 日

検査 D270-2 ロービジョン検査判断料の自動算定を取り止めましたので、該当部分を削除しました。

四版 2012 年 5 月 15 日

改訂部分は、“18 処方せん”の青字部分となります。

五版 2013 年 6 月 26 日

95 ページに誤植がありましたので訂正しました。緑字部分となります。

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	高額療養費の外来現物給付化	4

診療報酬点数改定

4	初・再診料	9
5	指導管理等	12
6	在宅医療	26
7	検査	45
8	画像診断	50
9	投薬	53
10	注射	55
11	リハビリテーション	59
12	精神科専門療法	62
13	処置	73
14	手術	77
15	麻酔	85
16	放射線治療	88
17	病理診断	91

帳票関係

18	処方せん	93
----	------	----

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及び変更されます。
よって、ユーザにより作成または変更を行わないでください。
ユーザ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20 二割>」の有効期間を平成25年3月31日まで延長します。（マスタ更新）
プログラムによる計算等対象期間を平成25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 高額療養費の外来現物給付化

1 制度の概要

高額な薬剤費等がかかる患者の負担を軽減するため、従来の入院療養に加え、外来療養についても、同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）となります。

<平成24年3月診療分まで>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り、現物給付化

<平成24年4月診療分以降>

在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料の算定に関係なく、現物給付化

2 施行日

平成24年4月1日

3 対象者

高齢者又は、70歳未満の方で限度額適用認定証を提示された方

4 外来自己負担限度額

<高齢者>

上位（現役並み所得者）	44,400円
一般	12,000円
低所	8,000円

<70歳未満>

上位（現役並み所得者）	150,000円＋（医療費－500,000円）×1% 【83,400円】
一般	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 【44,400円】
低所	35,400円 【24,600円】

【 】は多数該当の金額

5 患者登録及び所得区分の判定について

<高齢者>

保険の補助区分、所得者情報より所得区分（上位・一般・低所）の判定を行いません。

<70歳未満>

提示された限度額適用認定証の所得区分に応じた保険番号を公費欄に入力します。

上位（現役並み所得者）	966 高額（上位所得者）
一般・低所	967 高額（一般・低所得者）

公費欄入力、所得者情報より所得区分（上位・一般・低所）の判定を行いません。

※ 多数該当の場合は、上記と併せて下記保険番号を公費欄に入力します。

多数該当	965 高額4回目以降
------	-------------

6 70歳未満現物給付の高額療養費計算の合算対象について

(1) 公費併用分について

公費に患者負担相当額がある事、かつ、主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

＜例1＞主保険3割＋051（上限2500円）

”公費に患者負担相当額がある事”を満たします。

主保険の負担相当額が21000円以上であれば、合算対象。

＜例2＞主保険3割＋051（上限2500円）＋地方公費（患者負担なし）

”公費に患者負担相当額がある事”を満たします。

主保険の負担相当額が21000円以上であれば、合算対象。

＜例3＞主保険3割＋地方公費（患者負担なし）

”公費に患者負担相当額がある事”を満たしません。

主保険の負担相当額が21000円以上であっても、合算対象外。

(2) 主保険単独分について

主保険の負担相当額が21000円以上である場合が合算対象となります。

7 負担金計算について

＜高齢者＞

該当する所得区分の自己負担限度額までの負担金計算を行います。

【重要】

1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額に達する場合は、レセプト処理前に、収納業務で一括再計算を行う必要があります。レセプト記載において、公費併用分を優先して計算した一部負担金を記載する為です。一括再計算該当となる場合は、(K03)診療行為入力ー請求確認画面に、“★★ 収納業務で一括再計算を行ってください★★”とメッセージ表示を行います。一括再計算該当者は収納業務においても検索可能です。

(例) 後期高齢1割 一般区分

1日目 後期高齢単独

請求点数 10000点 患者負担 10000円

2日目 後期高齢＋051（上限額5000円）

請求点数 6000点 患者負担 2000円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

1日目 後期高齢単独

請求点数 10000点 患者負担 7000円 未収額 -3000円

2日目 後期高齢＋051（上限額5000円）

請求点数 6000点 患者負担 5000円 未収額 3000円

<70歳未満>

使用した保険組み合わせ別に高額療養費計算の合算対象であるか判定を行います。

合算対象外分は、自己負担限度額に関係なく患者負担が発生します。

合算対象分は、該当する所得区分の自己負担限度額までの負担金計算を行います。1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合、主保険単独分の高額療養費合算計算を行う為、公費併用分を優先した負担金計算を行いますので、患者負担合計が自己負担限度額を超える場合があります。場合によっては徴収額が不足する場合があります。

【重要】

1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額を超える場合又は徴収額が不足する場合は、会計後に、収納業務で一括再計算を行う必要があります。主保険単独分の負担金計算において、合算対象分から自己負担限度額を求め、患者負担合計と限度額を比較し、調整する為です。一括再計算該当となる場合は、(K03)診療行為入力ー請求確認画面に、“★★ 収納業務で一括再計算を行ってください ★★”とメッセージ表示を行います。

一括再計算該当者は収納業務においても検索可能です。

(例1) 協会3割 一般区分

1日目 協会単独

請求点数 25650点 患者負担 76950円

2日目 協会+051 (上限額5000円)

請求点数 9330点 患者負担 5000円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

1日目 協会単独

請求点数 25650点 患者負担 75928円 未収額 -1022円

2日目 協会+051 (上限額5000円)

請求点数 9330点 患者負担 5000円

計算式

<自己負担限度額>

$$80100 + (349800 - 267000) \times 0.01 = 80928円$$

<未収額>

$$80928円 - (76950円 + 5000円) = -1022円 \quad \text{患者へ返金}$$

(例2) 協会3割 一般区分

1日目 協会単独

請求点数 49419点 患者負担 82372円

2日目 協会+051 (上限額2500円)

請求点数 49419点 患者負担 2500円

※ 一括再計算実施後は下記ようになります。

1 日目 協会単独

請求点数 49419点 患者負担 84814円 未収額 2442円

2 日目 協会+051 (上限額2500円)

請求点数 49419点 患者負担 2500円

計算式

<自己負担限度額>

$80100 + (988380 - 267000) \times 0.01 = 87314円$

<未収額>

$87314円 - (82372円 + 2500円) = 2442円$ 患者から徴収

【(K03)診療行為入力-請求確認画面】のメッセージ表示

8 一括再計算該当者の検索 (収納業務)

(S02) 収納登録-請求一覧画面右上の【一括再計算該当】ボタンを押下する事により、画面表示月の該当患者一覧を表示します。

該当患者一覧の表示順は、区分 (70歳未満・高齢者)、カナ氏名順です。

(S10) 患者一覧画面で番号選択を行うと、請求一覧画面に該当患者の収納情報を表示します。

該当患者が高齢者の場合は、”★★ 【高齢者現物給付】一括再計算を行ってください ★★”

70歳未満の場合は、”★★ 【70歳未満現物給付】一括再計算を行ってください ★★” とメッセージ表示を行います。

該当患者の一括再計算を行うと、請求一覧画面から”一括再計算を行ってください”のメッセージ表示が消えます。又、該当患者一覧からも外れます。

【 (S02) 収納登録－請求一覧画面 】

診療年 平成 24 年 4 月

番号	患者番号	氏名	性別	生年月日	年齢	区分
1	09766	日医 太郎	男	S40.10.10	46才	70歳未満
2	09765	日医 一郎	男	T15.1.1	86才	高齢者
3	09767	日医 佐織	女	S16.11.15	70才	高齢者

選択番号

未収額：外来 入院

平成 24 年 4 月請求額計：外来 入院

一括再計算

該当患者の一括再計算実施前のメッセージ表示 (例：高齢者)

診療年 平成 24 年 4 月

番号	伝票番号	診療科	入外	保険	負担	発行日	診療日	請求金額	入金額	未収金額	状態
1	0005347	内科	外	後期高齢者	10%	H24. 4. 1	H24. 4. 1	10,000	10,000		入金済
2	0005349	内科	外	後期高齢者 特定負有	10%	H24. 4. 2	H24. 4. 2	2,000	2,000		入金済

選択番号

★★ 【高齢者現物給付】一括再計算を行ってください ★★

一括再計算は平成 24 年 4 月が対象となります。

平成 24 年 4 月請求額計：外来 入院

12,000

一括再計算

4 初・再診料

A000 初診料

- 1 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介なしに当該病院を受診した場合の初診料

(経過措置 平成 25 年 4 月 1 日より)

この改定対応については、2013 年 3 月頃を予定しています。

- 2 同日複数科受診の名称が変更されます。

内容	コード	名称	点数
名称変更	111011810	初診（同一日 2 科目）	135

A001 再診料

- 1 同一日 2 科目の再診

同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、2 つ目の診療科に限り、34 点が算定できます。

内容	コード	名称	点数
新設	112015810	再診料（同一日 2 科目）	34
新設	112015950	電話等再診（同一日 2 科目）	34

算定要件

- ① 同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（一つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）に算定します。
- ② 2 科目の再診料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できません。

算定方法

- ① 診療行為入力で複数科入力を行います。

入力例では 1 科目を内科、2 科目を耳鼻科としています。

再診料算定科の下に算定する同一日 2 科目のコードを入力します。

入力コード	名称	点数 回数
112007410	* 再診	69 X 1
112011010	* 外来管理加算	52 X 1
\$02	<<耳鼻科>>	=====
. 120	* 再診料	
830000021 01	再診料算定科：内科	
112015810		

再診料算定科のコメントは自動で削除し、同一日 2 科目を算定します。

入力コード	名称	点数 回数
112007410	* 再診	69 X 1
112011010	* 外来管理加算	52 X 1
\$02	<<耳鼻科>>	=====
112015810	* 再診料（同一日 2 科目）	34 X 1

2 時間外対応加算

地域医療貢献加算から名称変更され、さらに分割されました。

内容	コード	名称	点数
新設	112016070	時間外対応加算 1	5
名称変更	112015670	時間外対応加算 2	3
新設	112016170	時間外対応加算 3	1

算定要件

1 時間外対応加算 1

- ① 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。
- ② 原則として自院で対応する。

2 時間外対応加算 2

- ① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。
- ② 原則として自院で対応する。

3 時間外対応加算 3

- ① 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。
- ② 当番日は原則として自院で対応する。
- ③ 連携する医療機関数は、3 以下とする。
- ④ 連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3001	時間外対応加算 1
3155	時間外対応加算 2
3002	時間外対応加算 3

- ② 再診料の算定に併せて自動発生します。
複数について施設基準の設定がある場合は、点数の高いものを発生させます。

A002 外来診療料

- 1 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他医療機関へ紹介したにもかかわらず当該病院を受診した場合の外来診療料
(経過措置 平成 25 年 4 月 1 日より)

この改定対応については、2013 年 3 月頃を予定しています。

2 同一日 2 科目の再診

同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、2 つ目の診療科に限り、34 点が算定できます。

内容	コード	名称	点数
新設	112016210	外来診療料（同一日 2 科目）	34

算定要件

- ① 同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（一つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）に算定します。
- ② 2 科目の外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算等の加算点数は算定できません。

算定方法

- ① 診療行為入力で複数科入力を行います。

入力例では 1 科目を内科、2 科目を耳鼻科としています。

再診料算定科の下に算定する同一日 2 科目のコードを入力します。

入力コード	名称	点数 回数
112011310	* 外来診療料	70 X 1
\$02	<<耳鼻科>>	=====
. 120	* 再診料	
830000021 01	再診料算定科：内科	
112016210		

再診料算定科のコメントは自動で削除し、同一日 2 科目を算定します。

入力コード	名称	点数 回数
112011310	* 外来診療料	70 X 1
\$02	<<耳鼻科>>	=====
112016210	* 外来診療料（同一日 2 科目）	34 X 1

5 医学管理等

たばこ対策への評価

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件が見直されました。

平成 24 年 7 月 1 日から実施となります。

区分番号	項目名称
B001 3	悪性腫瘍特異物質治療管理料
B001 4	小児特定疾患カウンセリング料
B001 5	小児科療養指導料
B001 9	外来栄養食事指導料
B001 10	入院栄養食事指導料
B001 11	集団栄養食事指導料
B001 16	喘息治療管理料
B001 18	小児悪性腫瘍患者指導管理料
B001 20	糖尿病合併症管理料
B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料
B001-3	生活習慣病管理料
B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）
B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）
B005-6	がん治療連携計画策定料
B005-6-2	がん治療連携指導料

施設基準

- ① それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

経過措置

平成 24 年 6 月 30 日までは従前の通り算定可能です。

留意事項

施設基準の届出については、基準を満たしていればよく、届出は必要ないとされました。

【平成 24 年度診療報酬改定『Q & A』より】

B001 特定疾患治療管理料**19 埋込型補助人工心臓指導管理料**

1 項目の削除がありました。

内容	コード	名称	点数
廃止	113006810	埋込型補助人工心臓指導管理料	6,000

22 がん性疼痛緩和指導管理料

1 項目の見直しがありました。

現 行		改 正
22 がん性疼痛緩和指導管理料	100 点	22 がん性疼痛緩和指導管理料
		1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医 による場合 200 点
		2 1 以外の場合 100 点

内容	コード	名称	点数
新設	113012810	がん性疼痛緩和指導管理料（緩和ケアに係る研修を受けた保険医）	200
変更	113010210	がん性疼痛緩和指導管理料（1 以外の場合）	100

算定方法

① 同一会計内に麻薬の入力があるかのチェックをします。

2 小児加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	113012970	がん性疼痛緩和指導管理料小児加算（15 歳未満）	50

算定要件

① 15 歳未満の患者について算定できます。

算定方法

② 算定日の年齢により自動発生します。

23 がん患者カウンセリング料**1 算定要件の見直しがありました。**

現 行	改 正
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回（当該患者について区分番号 B005-6 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号 B005-6-2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回）に限り算定する。

24 外来緩和ケア管理料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	113013010	外来緩和ケア管理料	300
新設	113013170	外来緩和ケア管理料小児加算（15歳未満）	150

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定できます。
- ② 当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 150 点を加算できます。
- ③ 区分番号 B001 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3047	外来緩和ケア管理料

- ② 同一会計内に麻薬の入力があるかのチェックをします。
- ③ 月 1 回算定のチェックをします。
- ④ 区分番号 B001 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料と併算定チェックをします。

25 移植後患者指導管理料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	113013210	移植後患者指導管理料（臓器移植後）	300
新設	113013310	移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	300

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定できます。
- ② 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3048	移植後患者指導管理料（臓器移植後患者指導管理料）
3167	移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後患者指導管理料）

- ② 月 1 回算定のチェックをします。
- ③ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料と併算定チェックをします。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	113013410	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	810
新設	113013570	導入期加算（植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料）	140

算定要件

- ① 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定できます。
- ② 植込術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は、導入期加算として、所定点数に 140 点を加算できます。

27 糖尿病透析予防指導管理料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定できます。
- ② 区分番号 B001 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれ算定できません。
- ③ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3049	糖尿病透析予防指導管理料

- ② 月 1 回算定のチェックをします。
- ③ 区分番号 B001 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料と併算定チェックをします。
- ④ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料と併算定チェックをします。

B001-2 小児科外来診療料（1 日につき）**1 包括内容の見直しがありました。**

新設された以下の項目は包括対象外であり算定できます。

区分番号 B001-2-5 院内トリアージ実施料

区分番号 B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料**1 院内トリアージ加算が削除されました。**

内容	コード	名称	点数
廃止	113011570	院内トリアージ加算	30

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料**1 点数の見直しがありました。**

100 点 → 200 点

B001-2-5 院内トリアージ実施料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	113013710	院内トリアージ実施料	100

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の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できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3050	院内トリアージ実施料

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料	200

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3051	夜間休日救急搬送医学管理料

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	113013910	外来リハビリテーション診療料 1	69
新設	113014010	外来リハビリテーション診療料 2	104

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号 H000 に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号 H001 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号 H002 に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号 H003 に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料 1 については 7 日間に 1 回に限り、外来リハビリテーション診療料 2 については 14 日間に 1 回に限り算定できます。
- ② 外来リハビリテーション診療料 1 を算定する日から起算して 7 日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号 A000 に掲げる初診料、区分番号 A001 に掲げる再診料、区分番号 A002 に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料 2 は、算定できません。
- ③ 外来リハビリテーション診療料 2 を算定する日から起算して 14 日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号 A000 に掲げる初診料、区分番号 A001 に掲げる再診料、区分番号 A002 に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料 1 は、算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3052	外来リハビリテーション診療料

- ② 診察料の自動置換を行います。

患者を呼び出し、再診料の下に外来リハビリテーション診療料のコードを入力します。

入力コード	名称	点数 回数
112007410	* 再診	69 X 1
112011010	* 外来管理加算	52 X 1
113013910		

「Enter」キーを入力すると再診料、外来管理加算が消去され、外来リハビリテーション診療料に変わります。

入力コード	名称	点数 回数
113013910	* 外来リハビリテーション診療料 1	69 X 1

外来リハビリテーション診療料を算定した患者を呼び出すと、1については算定日から7日間、2については算定日から14日間は、再診料ダミーコードを自動発生します。

入力コード	名称	点数 回数
099120001	* 再診料 (D U M M Y)	

B001-2-8 外来放射線照射診療料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	113014110	外来放射線照射診療料	280
新設	113014270	外来放射線照射診療料 (4日以上予定なし)	50%減算

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定できます。
- ② 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定します。
- ③ 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号 A000 に掲げる初診料、区分番号 A001 に掲げる再診料及び区分番号 A002 に掲げる外来診療料は、算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3053	外来放射線照射診療料

- ② 診察料の自動置換を行います。

患者を呼び出し、再診料の下に外来放射線照射診療料のコードを入力します。

入力コード	名称	点数 回数
112007410	* 再診	69 X 1
112011010	* 外来管理加算	52 X 1
113014110		

「Enter」キーを入力すると再診料、外来管理加算が消去され、外来放射線照射診療料に変わります。

入力コード	名称	点数 回数
113014110	* 外来放射線照射診療料	280 X 1

外来放射線照射診療料を算定した患者を呼び出すと、算定日から7日間は、再診料ダミーコードを自動発生します。

入力コード	名称	点数 回数
099120001	* 再診料 (D U M M Y)	

- ③ 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して 7 日以内の期間に 4 日以上放射線治療を予定していない場合に当る場合は、外来放射線照射診療料の直下に % 減算のコードを入力します。算定後、これに該当することが判明した場合は、訂正入力を行ってください。

入力コード	名称	点数 回数
113014110	* 外来放射線照射診療料	
113014270	外来放射線照射診療料（4 日以上予定なし）	140 X 1

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 包括内容の見直しがありました。

新設された以下の項目は包括対象外であり算定できます。

区分番号 B001 の 27 糖尿病透析予防指導管理料

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

- 1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
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のに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注 1 に規定する指導を再度実施した場合に、1 回に限り算定する。	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のに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号 B005-6 の注□に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号 B005-6-2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注 1 に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1 回に限り算定する。

B004 退院時共同指導料 1

- 1 特別管理指導加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	113014370	退院時共同指導料特別管理指導加算	200

算定要件

- ① 当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に 200 点を加算できます。

B005 退院時共同指導料 2

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。	入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。
	注 1 の規定にかかわらず、区分番号 A238 に掲げる退院調整加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

B005-2 地域連携診療計画管理料

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 A238 に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号 A238-2 に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号 A238-4 に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号 B003 に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号 B005 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。	区分番号 A238 に掲げる退院調整加算、区分番号 A238-4 に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号 B003 に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号 B005 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 A238 に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号 A238-2 に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号 A238-5 に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号 B003 に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号 B005 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。	区分番号 A238 に掲げる退院調整加算、区分番号 A238-5 に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号 B003 に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号 B005 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

B005-6 がん治療連携計画策定料

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
B005-6 がん治療連携計画策定料 750 点	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 1 750 点 2 がん治療連携計画策定料 2 300 点

内容	コード	名称	点数
変更	113012010	がん治療連携計画策定料 1	750
新設	113014410	がん治療連携計画策定料 2	300

算定要件

- ① がん治療連携計画策定料 1 については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して 30 日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に 1 回に限り所定点数を算定できます。
- ② がん治療連携計画策定料 2 については、当該保険医療機関において注 1 に規定するがん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号 B005-6-2 に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り所定点数を算定できます。
- ③ 区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれ算定できません。

B005-6-2 がん治療連携指導料

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号 B005-6 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号 B005-6 に掲げるがん治療連携計画策定料 1 又はがん治療連携計画策定料 2 を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。

B005-6-3 がん治療連携管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	113014510	がん治療連携管理料	500

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3054	がん治療連携管理料

- ② 1 患者 1 回算定のチェックをします。

B005-7 認知症専門診断管理料

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
B005-7 認知症専門診断管理料 500 点	B005-7 認知症専門診断管理料 1 認知症専門診断管理料 1 700 点 2 認知症専門診断管理料 2 300 点

内容	コード	名称	点数
変更	113012210	認知症専門診断管理料 1	700
新設	113014610	認知症専門診断管理料 2	300

算定要件

- ① 認知症専門診断管理料 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定できます。
- ② 認知症専門診断管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、□□ 月に 1 回に限り所定点数を算定できます。
- ③ 注 1 及び注 2 の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれ算定できません。
- ④ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0812	認知症専門診断管理料

- ② 認知症専門診断管理料 1 について 1 患者 1 回算定のチェックをします。
- ③ 認知症専門診断管理料 2 について 3 月に 1 回算定のチェックをします。
- ④ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料と併算定チェックをします。

B005-7-2 認知症療養指導料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	113014710	認知症療養指導料	350

算定要件

- ① 当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号 B005-7 に掲げる認知症専門診断管理料 1 を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め 6 月に限り、月 1 回を限度として算定できます。
- ② 注 1 の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれ算定できません。
- ③ 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できません。

算定方法

- ① 月 1 回算定のチェックをします。
- ② 区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料と併算定チェックをします。

B007 退院前訪問指導料

- 1 点数の見直しがありました。

410 点 → 555 点

B008 薬剤管理指導料

- 1 医薬品安全性情報等管理体制加算は削除されました。

内容	コード	名称	点数
廃止	113012470	医薬品安全性情報等管理体制加算	50

6 在宅医療

C000 往診料

1 緊急往診加算の見直しがありました。

現 行	改 正
緊急往診加算	緊急往診加算
在支診・在支病	イ 機能を強化した在支診・在支病
緊急加算 650 点	(1) 病床を有する場合
夜間加算 1,300 点	① 緊急加算 850 点
深夜加算 2,300 点	② 夜間加算 1,700 点
在支診・在支病以外	③ 深夜加算 2,700 点
緊急加算 325 点	(2) 病床を有しない場合
夜間加算 650 点	① 緊急加算 750 点
深夜加算 1,300 点	② 夜間加算 1,500 点
	③ 深夜加算 2,500 点
	ロ 在支診・在支病
	(1) 緊急加算 650 点
	(2) 夜間加算 1,300 点
	(3) 深夜加算 2,300 点
	ハ 在支診・在支病以外
	(1) 緊急加算 325 点
	(2) 夜間加算 650 点
	(3) 深夜加算 1,300 点

内容	コード	名称	点数
新設	114017470	緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)	850
新設	114017570	夜間往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)	1,700
新設	114017670	深夜往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)	2,700
新設	114017770	緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)	750
新設	114017870	夜間往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)	1,500
新設	114017970	深夜往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)	2,500

算定要件

- ① イについては、機能を強化した在宅支援診療所・在宅支援病院の施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3055	在宅療養支援診療所(1)
3056	在宅療養支援診療所(2)
3057	在宅療養支援病院(1)
3058	在宅療養支援病院(2)

C001 在宅患者訪問診療料（１日につき）**1 項目の見直しがありました。**

現 行			改 正		
1	同一建物居住者以外の場合	830 点	1	同一建物居住者以外の場合	830 点
2	同一建物居住者の場合	200 点	2	同一建物居住者の場合	
			イ	特定施設等に入居する者の場合	400 点
			ロ	イ以外の場合	200 点

内容	コード	名称	点数
新設	114018010	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）	400

算定要件

- ① 2のイについては、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定できます。

2 乳幼児加算又は幼児加算の点数が変更されました。

現 行		改 正	
乳幼児加算又は幼児加算	200 点	乳幼児加算又は幼児加算	400 点

3 在宅ターミナルケア加算の見直しがありました。

現 行		改 正	
在宅ターミナルケア加算		在宅ターミナルケア加算	
在支診・在支病	10,000 点	イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	
在支診・在支病以外	2,000 点	(1) 病床を有する場合	6,000 点
		(2) 病床を有しない場合	5,000 点
		ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合	4,000 点
		ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合	3,000 点

内容	コード	名称	点数
新設	114018170	在宅ターミナルケア加算（機能強化した在支診等）（病床あり）	6,000
新設	114018270	在宅ターミナルケア加算（機能強化した在支診等）（病床なし）	5,000
新設	114018370	在宅ターミナルケア加算（在支診等）	4,000
新設	114018470	在宅ターミナルケア加算（在支診等以外）	3,000

算定要件

- ① イについては、機能を強化した在宅支援診療所・在宅支援病院の施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3055	在宅療養支援診療所（１）
3056	在宅療養支援診療所（２）
3057	在宅療養支援病院（１）
3058	在宅療養支援病院（２）

4 看取り加算が追加されました。

内容	コード	名称	点数
新設	114018570	看取り加算	3,000

5 死亡診断加算が追加されました。

内容	コード	名称	点数
新設	114018670	死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）	200

算定要件

- ① 看取り加算を算定する場合は、算定できません。

C002 在宅時医学総合管理料（月 1 回）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 在支診・在支病 イ 処方せんを交付する場合 4,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 4,500 点 2 在支診・在支病以外 イ 処方せんを交付する場合 2,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 2,500 点	1 機能を強化した在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 処方せんを交付する場合 5,000 点 (2) 処方せんを交付しない場合 5,300 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 処方せんを交付する場合 4,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 4,900 点 2 在支診・在支病（1 以外） イ 処方せんを交付する場合 4,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 4,500 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外 イ 処方せんを交付する場合 2,200 点 ロ 処方せんを交付しない場合 2,500 点

内容	コード	名称	点数
新設	114018710	在医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんあり）	5,000
新設	114018810	在医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんなし）	5,300
新設	114018910	在医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんあり）	4,600
新設	114019010	在医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんなし）	4,900

算定要件

- ① 1 については、機能を強化した在宅支援診療所・在宅支援病院の施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）
3057	在宅療養支援病院（1）
3058	在宅療養支援病院（2）

- ② 月 1 回算定のチェックをします。

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 在支診・在支病 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 3,300 点 2 在支診・在支病以外 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500 点 ロ 処方せんを交付しない場合 1,800 点	1 機能を強化した在支診・在支病 イ 病床を有する場合 (1) 処方せんを交付する場合 3,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,900 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 処方せんを交付する場合 3,300 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,600 点 2 在支診・在支病（1 以外） イ 処方せんを交付する場合 3,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 3,300 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ 処方せんを交付する場合 1,500 点 ロ 処方せんを交付しない場合 1,800 点

内容	コード	名称	点数
新設	114019110	特医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんあり）	3,600
新設	114019210	特医総管（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんなし）	3,900
新設	114019310	特医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんあり）	3,300
新設	114019410	特医総管（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんなし）	3,600
新設	114022170	在宅移行早期加算（特定施設入居時等医学総合管理料）	100

算定要件

- ① 1 については、機能を強化した在宅支援診療所・在宅支援病院の施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）
3057	在宅療養支援病院（1）
3058	在宅療養支援病院（2）

- ② 月 1 回算定のチェックをします。

2 重症者加算のマスタが新設されました。

内容	コード	名称	点数
新設	114022270	重症者加算（特定施設入居時等医学総合管理料）	1,000

C003 在宅末期医療総合診療料（1日につき）

1 名称の変更がありました。

在宅末期医療総合診療料（1日につき） → 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

2 項目の見直しがありました。

現 行		改 正
在支診・在支病		1 機能を強化した在支診・在支病
1 処方せんを交付する場合	1,495 点	イ 病床を有する場合
2 1 以外の場合	1,685 点	(1) 処方せんを交付する場合 1,800 点
		(2) 処方せんを交付しない場合 2,000 点
		ロ 病床を有しない場合
		(1) 処方せんを交付する場合 1,650 点
		(2) 処方せんを交付しない場合 1,850 点
		2 在支診・在支病（1 以外）
		イ 処方せんを交付する場合 1,495 点
		ロ 処方せんを交付しない場合 1,685 点

内容	コード	名称	点数
新設	114019510	在宅がん医療（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんあり）	1,800
新設	114019610	在宅がん医療（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方せんなし）	2,000
新設	114019710	在宅がん医療（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんあり）	1,650
新設	114019810	在宅がん医療（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方せんなし）	1,850

算定要件

- ① 1 については、機能を強化した在宅支援診療所・在宅支援病院の施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）
3057	在宅療養支援病院（1）
3058	在宅療養支援病院（2）

2 死亡診断加算のマスタが新設されました。

内容	コード	名称	点数
新設	114019970	死亡診断加算（在宅がん医療総合診療料）	200

C004 救急搬送診療料

1 長時間加算が追加されました。

内容	コード	名称	点数
新設	114020070	長時間加算	500

算定要件

- ① 救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定できます。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1 日につき）

1 項目の追加がありました。

現 行	改 正
1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週3日目まで 555 点 ロ 週4日目以降 655 点	1 保健師、助産師又は看護師（3 の場合を除く。）による場合 イ 週3日目まで 555 点 ロ 週4日目以降 655 点
2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 505 点 ロ 週4日目以降 605 点	2 准看護師による場合 イ 週3日目まで 505 点 ロ 週4日目以降 605 点
	3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点

内容	コード	名称	点数
新設	114020110	在宅患者訪問看護・指導料（緩和、褥瘡ケア専門看護師）	1,285

算定要件

- ① 5 年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る 6 月以上の適切な研修を修了した者であること。
- ② 区分番号 C005-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号 I012 に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3059	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料（緩和、褥瘡ケア専門看護師による場合）

2 時間訪問看護・指導加算の見直しがありました。

現 行	改 正
1 回の訪問看護の時間が 2 時間を超えた場合について週 1 回算定	1 回の訪問看護の時間が 90 分を超えた場合について週 1 回算定 ただし、15 歳未満の超重症児又は準超重症児の者に限り、週 3 回

3 複数名訪問看護加算の見直しがありました。

現 行	改 正
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430 点	イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430 点
ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380 点	ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380 点
	ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300 点

内容	コード	名称	点数
新設	114020270	複数名訪問看護加算（看護補助者）	300

算定要件

- ① 週 3 回に限り算定できます。

4 重症者管理加算および在宅移行管理加算の見直しがありました。

現 行	改 正
1 月以内の期間に 4 回以上の訪問看護・指導を行うこと	（削除）

5 早朝・夜間・深夜加算の追加がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114020370	夜間・早朝訪問看護加算	210
新設	114020470	深夜訪問看護加算	420

算定要件

- ① 夜間・早朝訪問看護加算は、午前 6 時から午前 8 時、午後 6 時から午後 10 時までの時間です。
- ② 深夜訪問看護加算は、午後 10 時から午前 6 時までの時間です。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

1 項目の追加がありました。

現 行	改 正
1 保健師、助産師又は看護師による場合 イ 週３日目まで 430 点 ロ 週４日目以降 530 点	1 保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ 週３日目まで 430 点 ロ 週４日目以降 530 点
2 准看護師による場合 イ 週３日目まで 380 点 ロ 週４日目以降 480 点	2 准看護師による場合 イ 週３日目まで 380 点 ロ 週４日目以降 480 点
	3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点

内容	コード	名称	点数
新設	114020510	同一建物居住者訪問看護・指導料（緩和、褥瘡ケア専門看護師）	1,285

算定要件

- ① ５年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る６月以上の適切な研修を修了した者であること。
- ② 区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号 I012 に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3059	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料（緩和、褥瘡ケア専門看護師による場合）

2 時間訪問看護・指導加算の見直しがありました。

現 行	改 正
1 回の訪問看護の時間が 2 時間を超えた場合について週 1 回算定	1 回の訪問看護の時間が 90 分を超えた場合について週 1 回算定 ただし、15 歳未満の超重症児又は準超重症児の者に限り、週 3 回

3 複数名訪問看護加算の見直しがありました。

現 行	改 正
イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430 点	イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430 点
ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380 点	ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380 点
	ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300 点

内容	コード	名称	点数
新設	114020670	複数名訪問看護加算（看護補助者）（同一建物居住者）	300

算定要件

- ① 週 3 回に限り算定できます。

4 重症者管理加算および在宅移行管理加算の見直しがありました。

現 行	改 正
1 月以内の期間に 4 回以上の訪問看護・指導を行うこと	（削除）

5 早朝・夜間・深夜加算の追加がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114020770	夜間・早朝訪問看護加算（同一建物居住者）	210
新設	114020870	深夜訪問看護加算（同一建物居住者）	420

算定要件

- ① 夜間・早朝訪問看護加算は、午前 6 時から午前 8 時、午後 6 時から午後 10 時までの時間です。
- ② 深夜訪問看護加算は、午後 10 時から午前 6 時までの時間です。

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 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
	保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。

C007 訪問看護指示料

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
	訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号 1012-2 に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114020910	介護職員等喀痰吸引等指示料	240

算定要件

- ① 3月に1回算定できます。

在宅療養指導管理料

1 通則の見直しがありました。

現 行	改 正
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（ C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、 C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、 C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、 C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、 C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及び C109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。 ）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。	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（ C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、 C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、 C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、 <u>C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、</u> <u>C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、</u> <u>C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、</u> C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、 C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、 <u>C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及び</u> C109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。 ）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。

C101 在宅自己注射指導管理料

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
C101 在宅自己注射指導管理料 820 点	C101 在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合 1,230 点 2 1 以外の場合 820 点

内容	コード	名称	点数
新設	114021010	在宅自己注射指導管理料（複雑な場合）	1,230

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021110	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	150

算定要件

- ① 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定できます。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

1 点数の見直しがありました。

3,800 点 → 4,000 点

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021210	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050

算定要件

- ① 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定できます。

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021310	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定できます。

C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021410	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810
新設	114021570	導入期加算（在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料）	140

算定要件

- ① 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦管理に関する指導管理を行った場合に算定できます。
- ② 植込術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は、導入期加算として、所定点数に140点を加算できます。

C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021610	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810
新設	114021770	導入期加算（在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料）	140

算定要件

- ① てんかん治療のため植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定できます。
- ② 植込術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は、導入期加算として、所定点数に140点を加算できます。

C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

1 点数の見直しがありました。

500点 → 1,000点

C115 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021810	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	6,000

算定要件

- ① 第 10 部手術の通則第 4 号に規定する区分番号 K604 に掲げる植込型補助人工心臓（拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3175	植込型補助人工心臓（拍動流型）

C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	114021910	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000

算定要件

- ① 第 10 部手術の通則第 4 号に規定する区分番号 K604-2 に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3154	植込型補助人工心臓（非拍動流型）

在宅療養指導管理材料加算

C150 血糖自己測定器加算

1 月 20・40・60 回以上測定する場合について算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
1 から 3 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤又はヒトソマトメジン C 製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者を除く。） ロ インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者に限る。） ハ 12 歳未満の小児低血糖症の患者	1 から 3 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤又はヒトソマトメジン C 製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者を除く。） ロ インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者に限る。） ハ 12 歳未満の小児低血糖症の患者 ニ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

2 月 80・100・120 回以上測定する場合について算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
4 から 6 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者に限る。） ロ 12 歳未満の小児低血糖症の患者	4 から 6 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ インスリン製剤の自己注射を 1 日に 1 回以上行っている患者（1 型糖尿病の患者に限る。） ロ 12 歳未満の小児低血糖症の患者 ハ 妊娠中の糖尿病患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1,500 点	C152 間歇注入シリンジポンプ加算 1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500 点 2 1 以外のシリンジポンプ 1,500 点

内容	コード	名称	点数
新設	114022010	間歇注入シリンジポンプ加算（プログラム付き）	2,500

C157 酸素ポンベ加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンベを使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

C158 酸素濃縮装置加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。	在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。

C159 液化酸素装置加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

C161 注入ポンプ加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅中心静脈栄養法若しくは在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

C162 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算

1 名称の変更がありました。

在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算 → 在宅経管栄養法用栄養管セット加算

2 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

C164 人工呼吸器加算

1 点数の見直しがありました。

- 1 陽圧式人工呼吸器 7,000 点 → 7,480 点
- 2 人工呼吸器 6,000 点 → 6,480 点
- 3 陰圧式人工呼吸器 7,000 点 → 7,480 点

C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

C167 疼痛管理用送信器加算**1 名称変更**

疼痛管理用送信器加算 → 疼痛等管理用送信器加算

2 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

C170 排痰補助装置加算**1 算定要件の見直しがありました。**

現 行	改 正
人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

7 検査

D005 血液学的検査

- 1 末梢血液像が分割されました。

内容	コード	名称	点数
新設	160191510	末梢血液像（自動機械法）	15
変更	160008210	末梢血液像（鏡検法）	25

留意事項

- ① 現行コードが鏡検法として引き継がれました。従前からセットを組んでいる場合は見直しをしてください。

D006 出血・凝固検査

- 1 包括検査の範囲及び点数が変更されました（変更部分のみです）。

現 行	改 正
本区分の 14 から 24 までに掲げる検査 □ 5 項目以上 750 点	本区分の 14 から 26 までに掲げる検査 □ 5 項目以上 744 点

D008 内分泌学的検査

- 1 包括検査の範囲が変更されました。包括点数は変更ありません。

現 行	改 正
本区分の 10 から 21 までに掲げる検査	本区分の 11 から 29 までに掲げる検査

D009 腫瘍マーカー

- 1 包括検査の範囲が変更されました。包括点数は変更ありません。

現 行	改 正
本区分の 2 から 14 までに掲げる検査	本区分の 2 から 15 までに掲げる検査

D012 感染症免疫学的検査

- 1 ウイルス抗体価の名称及び点数が変更されました。

現 行	改 正
ウイルス抗体価（半定量）（1 項目当たり） 80 点 8 項目以上 640 点	ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1 項目当たり） 79 点 8 項目以上 632 点

D013 肝炎ウイルス関連検査

- 1 包括検査の範囲及び点数が変更されました（変更部分のみです）。

現 行	改 正
本区分の 3 から 11 までに掲げる検査 ハ 5 項目以上 494 点	本区分の 3 から 12 までに掲げる検査 ハ 5 項目以上 484 点

D014 自己抗体検査

- 1 包括検査の範囲が変更されました。包括点数は変更ありません。

現 行	改 正
本区分の 9 から 10 までに掲げる検査	本区分の 9 から 11 までに掲げる検査

D026 検体検査判断料**1 骨髓像診断加算が算定できるようになりました。**

内容	コード	名称	点数
新設	160198170	骨髓像診断加算	240

算定要件

- ① 区分番号 D005 の 14 に掲げる骨髓像を行った場合に、血液疾患に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髓像診断加算として、所定点数に 240 点を加算できます。

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 加算点数が変更されました。**

血管内超音波検査加算	300 点	→	400 点
血管内光断層撮影加算	300 点	→	400 点
冠動脈血流予備能測定検査加算	300 点	→	400 点
血管内視鏡検査加算	300 点	→	400 点

2 心腔内超音波検査加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160198470	心腔内超音波検査加算	400

算定要件

- ① 心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に 400 点を加算する。

D211-3 時間内歩行試験**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	160198710	時間内歩行試験	560

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定できます。
- ② 区分番号 D007 の 30 に掲げる血液ガス分析、区分番号 D200 に掲げるスパイログラフイー等検査及び区分番号 D220 から D223-2 までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれ算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3060	時間内歩行試験

D221-2 筋肉コンパートメント内圧測定

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	160198910	筋肉コンパートメント内圧測定	620

算定要件

- ① 筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず 1 回のみ算定できます。

D225-4 ヘッドアップティルト試験

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	160199010	ヘッドアップティルト試験	980

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3061	ヘッドアップティルト試験

D239 筋電図検査

1 誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1 神経につき)に対して上限が緩和されました。

現 行	改 正
2 について、2 神経以上に対して行う場合には、1 神経を増すごとに所定点数に 150 点を加算する。ただし、加算点数は 450 点を超えないものとする。	2 について、2 神経以上に対して行う場合には、1 神経を増すごとに所定点数に 150 点を加算する。ただし、加算点数は 1,050 点を超えないものとする。

D256 眼底カメラ撮影

1 項目の追加がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	160199310	眼底カメラ撮影(自発蛍光撮影法)	510

2 広角眼底撮影加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160199410	広角眼底撮影加算	100

算定要件

- ① 広角眼底撮影加算は、広角眼底撮影を、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる3歳未満の乳幼児に対して行った場合に算定できます。

算定方法

- ① 3歳未満であるかチェックします。

D270-2 ロービジョン検査判断料

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	160199510	ロービジョン検査判断料	250

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定できます。
- ② 身体障害福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。）に対して、眼科学的検査（D282-3を除く。）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具（補装具を含む。）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3062	ロービジョン検査判断料

- ② 月1回に限り算定のチェックをします。

D291-3 内服・点滴誘発試験

1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
年 2 回に限り算定する。	2 月に 1 回に限り算定する。

D409-2 センチネルリンパ節生検

1 単独法について算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
2 については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。	2 については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。

D415 経気管肺生検法

1 ガイドシース加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160200070	ガイドシース加算	500

算定要件

- ① ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、所定点数に 500 点を加算できます。

2 C T 透視下気管支鏡検査加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160200170	C T 透視下気管支鏡検査加算	1,000

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、C T 透視下に当該検査を行った場合は、C T 透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に 1,000 点を加算できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3063	C T 透視下気管支鏡検査加算

8 画像診断

E002 撮影

1 マスタの変更がありました。

心臓及び冠動脈造影の乳幼児加算等のコードが、以下のように整理されました。

内容	コード	名称	点数
変更	170026470	心臓及び冠動脈造影（右心）（新生児）加算	10,800
変更	170026670	心臓及び冠動脈造影（右心）（乳幼児）加算	3,600
新設	170033070	心臓及び冠動脈造影（左心）（新生児）加算	12,000
新設	170033170	心臓及び冠動脈造影（左心）（乳幼児）加算	4,000

E003 造影剤注入手技

1 血流予備能検査加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	170033670	血流予備能検査加算（その他）	400

算定要件

- ① 動脈造影カテーテル法で血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に 400 点を加算できます。

E101-2 ポジトロン断層撮影

1 項目の追加がありました。

現 行	改 正
1 15O 標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000 点	1 15O 標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000 点
2 18F D G を用いた場合（一連の検査につき） 7,500 点	2 18F D G を用いた場合（一連の検査につき） 7,500 点
	3 13N 標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,500 点

内容	コード	名称	点数
新設	170033210	ポジトロン断層撮影（13N 標識アンモニア剤使用）	7,500

算定要件

- ① 13N 標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれ算定できません。

E102 核医学診断

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
E102 核医学診断 375 点	E102 核医学診断 1 区分番号 E101-2 に掲げるポジトロン断層撮影及び E101-3 に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合 450 点 2 以外の場合 370 点

内容	コード	名称	点数
新設	170033310	核医学診断（E101-2、E101-3）	450
変更	170015310	核医学診断（E101-2、E101-3 以外）	370

E200 コンピューター断層撮影（CT 撮影）（一連につき）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 CT 撮影 イ 16 列以上のマルチスライス型の機器による場合 900 点 ロ 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合 820 点 ハ イ又はロ以外の場合 600 点 2 脳槽 CT 撮影（造影を含む。）2,300 点	1 CT 撮影 イ 64 列以上のマルチスライス型の機器による場合 950 点 ロ 16 列以上 64 列未満のマルチスライス型の機器による場合 900 点 ハ 4 列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合 780 点 ニ イ、ロ又はハ以外の場合 600 点 2 脳槽 CT 撮影（造影を含む。）2,300 点

内容	コード	名称	点数
新設	170033410	CT 撮影（64 列以上マルチスライス型機器）	950

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3064	CT 撮影（64 列以上マルチスライス型機器）

- 2 大腸ＣＴ撮影加算が算定できるようになりました。
(平成 24 年 1 月からコードはありました。)

内容	コード	名称	点数
変更	170032870	大腸ＣＴ撮影加算	600

算定要件

- ① ＣＴ撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、所定点数に 600 点を加算できます。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号 L 008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれ算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3065	大腸ＣＴ撮影加算

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 項目の見直しがありました。

現 行		改 正	
1	1.5 テスラ以上の機器による場合 1,330 点	1	3 テスラ以上の機器による場合 1,400 点
2	1 以外の場合 1,000 点	2	1.5 テスラ以上 3 テスラ未満の機器による場合 1,330 点
		3	1 又は 2 以外の場合 950 点

内容	コード	名称	点数
新設	170033510	MRI 撮影（3 テスラ以上の機器）	1,400

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3066	MRI 撮影（3 テスラ以上の機器）

9 投薬

F200 薬剤

1 ビタミン剤の算定について見直しがありました。

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となりました。

F400 処方せん料

1 処方せんに薬剤の一般的名称を記載した場合、薬剤料の計算が変更になりました。

「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、一般的名称で記載した薬剤については当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することになりました。

院外処方のため薬剤料は発生しませんが、処方せん料を算定するための薬剤の種類数の算出に関係があります。

例えば、降圧剤を処方する場合ですが、

一般名 ベシル酸アムロジピン 5mg

を処方せんに記載するとします。

最高値 58.8円（ノルバスク5mg錠）

最安値 15.5円（アムロジピン錠5mg「・・・」）

最低薬価により計算した場合、剤（所定単位）によっては、薬価が205円以下となり1種類とカウントすることが可能になります。これにより7種類未満となれば高い処方せん料が算定できます。

算定方法

- ① 自動算定します。（最低薬価マスタを新設します。）

【留意事項】

4月 1日 A薬と同一規格の最低薬価 30円

4月20日 A薬と同一規格の新たな後発医薬品（28円）が告示

A薬と同一規格の最低薬価 28円

上記のように最低薬価は月の中途でも変動がありえますので、マスタ更新データ提供のお知らせには特に注意して確認されますようご注意ください。

2 一般名処方加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	120003570	一般名処方加算（処方せん料）	2

算定要件

- ① 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合に算定できます。
ただし、後発品のある医薬品について一般名により記載された場合のみです。
- ② 在宅で使用する目的などの注射薬のみの処方せんを交付した場合で、一般的名称を記載した場合については算定できません。

算定方法

- ① 処方せんを作成するために医薬品の入力を行った場合で、一般名記載となる医薬品（後発品のある医薬品）が1つ以上ある場合に自動発生します。

※処方せん一般名記載の方法については「処方せん」対応方法を参照してください。

2 自動算定された処方せん料をD O画面に表示するようにしました。

D O画面に表示された処方せん料から複写して、手入力形式で算定するのは避けて、自動算定により算定するようにしてください。

“*”指定で複写した場合は処方せん料は複写されません。

医療用麻薬処方日数（14日）の制限の緩和

1 医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方が認められました。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

10 注射

通則

1 外来化学療法加算の見直しがありました。

現 行	改 正
イ 外来化学療法加算 1 550 点 （15 歳未満の患者に対して行った場合は、750 点）	イ 外来化学療法加算 1 （1） 外来化学療法加算 A ① 15 歳未満 780 点 ② 15 歳以上 580 点
ロ 外来化学療法加算 2 420 点 （15 歳未満の患者に対して行った場合は、700 点）	（2） 外来化学療法加算 B ① 15 歳未満 630 点 ② 15 歳以上 430 点
	ロ 外来化学療法加算 2 （1） 外来化学療法加算 A ① 15 歳未満 700 点 ② 15 歳以上 450 点
	（2） 外来化学療法加算 B ① 15 歳未満 600 点 ② 15 歳以上 350 点

内容	コード	名称	点数
新設	130012790	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 A・15 歳未満）	780
新設	130012890	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 A・15 歳以上）	580
新設	130012290	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 B・15 歳未満）	630
新設	130012390	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 B・15 歳以上）	430
新設	130012990	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 A・15 歳未満）	700
新設	130013090	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 A・15 歳以上）	450
新設	130012490	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 B・15 歳未満）	600
新設	130012590	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 B・15 歳以上）	350

算定要件

- ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定できます。
- ② 同一日に外来化学療法加算 A と外来化学療法加算 B は併せて算定できません。

- ③ 外来化学療法加算 1 を算定するにあたり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算 1 及び 2 は算定できません。
- ④ 外来化学療法加算 A は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」欄に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬を、G000 以外により投与した場合に算定できます。
- ⑤ 外来化学療法加算 B は、外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（ホルモン効果を持つ薬剤を含む。）を投与した場合に算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0728	外来化学療法加算 1
0729	外来化学療法加算 2

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1 回につき）

- 1 注の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 C101 又は C108 に掲げる在宅自己注射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について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。	区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G001 静脈内注射（1 回につき）

- 1 注の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 C101、C104 又は C108 に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。	区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号 C104 に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

G004 点滴注射（１日につき）

1 注の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 C101、C104 又は C108 に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。	区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号 C104 に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

G005 中心静脈注射（１日につき）

1 注の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。	区分番号 C108 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）

1 項目の名称が変更されました。

埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）

↓

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（１日につき）

G020 無菌製剤処理料

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用 いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100 点 ロ イ以外の場合 50 点	1 無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用 いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150 点 (2) (1)以外の場合 100 点 ロ イ以外の場合 50 点

内容	コード	名称	点数
新設	130012610	無菌製剤処理料 1（閉鎖式接続器具使用）（揮発性の高い薬剤）	150
変更	130012110	無菌製剤処理料 1（閉鎖式接続器具使用）（（1）以外）	100

算定方法

① 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。

施設基準コード	名称
0727	無菌製剤処理料

G100 薬剤

1 ビタミン剤の算定について見直しがありました。

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での注射は算定不可となりました。

1 1 リハビリテーション

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

1 点数の変更がありました。

早期リハビリテーション加算 45 点 → 30 点

2 初期加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180033870	初期加算（リハビリテーション料）	45

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ② 別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して 14 日の間に限り、初期加算として、単位につき 45 点を更に所定点数に加算することができます。
※早期リハビリテーション加算と初期加算の両方の算定が可能です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3067	初期加算（リハビリテーション料）

- ② 各リハビリ発症日より 14 日以内でない場合はエラーとします。
- ③ 発症日の入力がない場合は警告表示をします。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 点数の変更がありました。

早期リハビリテーション加算 45 点 → 30 点

2 初期加算が算定できるようになりました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の「2」と同じです。

3 患者が要介護被保険者等の場合に算定する項目が追加されました。

内容	コード	名称	点数
新設	180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群以外）	221
新設	180034010	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護・廃用症候群）	212
新設	180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群以外）	180
新設	180034210	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護・廃用症候群）	171
新設	180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群以外）	90
新設	180034410	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護・廃用症候群）	90

算定要件

- ① 当該患者が要介護被保険者等である場合に算定できます。
- ② 原則として平成 26 年 3 月 31 日まで算定できます。
- ③ 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ④ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り、算定できます。
- ⑤ 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0732	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）
0733	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）
0734	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）

- ② リハビリ発症日から 180 日以内の場合は警告とします。
- ③ 180 日超の場合で月上限 13 単位以上の場合は警告とします。

H002 運動器リハビリテーション料

1 点数の変更がありました。

早期リハビリテーション加算 45 点 → 30 点

2 初期加算が算定できるようになりました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の「2」と同じです。

3 患者が要介護被保険者等の場合に算定する項目が追加されました。

内容	コード	名称	点数
新設	180034510	運動器リハビリテーション料（1）（要介護）	158
新設	180034610	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）	149
新設	180034710	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）	80

算定要件

- ① 当該患者が要介護被保険者等である場合に算定できます。
- ② 原則として平成 26 年 3 月 31 日まで算定できます。
- ③ 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ④ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り、算定できます。
- ⑤ 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0828	運動器リハビリテーション料（1）
0829	運動器リハビリテーション料（2）
0830	運動器リハビリテーション料（3）

- ② リハビリ発症日から 150 日以内の場合は警告とします。
- ③ 150 日超の場合で月上限 13 単位以上の場合は警告とします。

H003 呼吸器リハビリテーション料

1 点数の変更がありました。

早期リハビリテーション加算 45 点 → 30 点

2 初期加算が算定できるようになりました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の「2」と同じです。

1 2 精神科専門療法

I001 入院精神療法（1 回につき）

- 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算算定患者加算が削除されました。

内容	コード	名称	点数
廃止	180020370	入院精神療法（児童・思春期精神科入院医療管理加算算定患者）加算	100%加算

I002 通院・在宅精神療法（1 回につき）

- 1 項目の見直しがありました。

内容	コード	名称	点数
新設	180039710	在宅精神療法（初診時精神科救急体制の精神保健指定医等）	700
新設	180039810	在宅精神療法（30分以上）	400
新設	180039910	在宅精神療法（30分未満）	330
新設	180040050	家族在宅精神療法（30分以上）	400
新設	180040150	家族在宅精神療法（30分未満）	330

算定要件

- ① 在宅精神療法（初診時精神科救急体制の精神保健指定医等）について、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合に算定できます。
- 2 算定要件の見直しがありました。
区分番号 A311-4 に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16 歳未満の患者に対して行った場合は、2 年以内の期間に算定できるとされました。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3039	児童・思春期精神科入院医療管理料

- ② 16 歳未満の患者の場合で初診算定日から 1 年を超えた期間でも 2 年以内であれば 20 未満の加算コード（180020570 通院・在宅精神療法（20 未満）加算）を自動発生します。
- ③ 20 未満の加算コードを 1 年を超えた期間に手入力した場合も算定要件のチェックをします。

3 特定薬剤副作用評価加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180035670	特定薬剤副作用評価加算（通院・在宅精神療法）	25

算定要件

- ① 項目の2のイ（1以外の場合 30分以上の場合）については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合に算定できます。
- ② 月1回に限り算定できます。

算定方法

- ① 月1回算定のチェックをします。

I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）

- 1 1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定するとされました。

内容	コード	名称	点数
新設	180035770	3剤以上減算（抗不安薬又は睡眠薬）	20%減算

算定方法

- ① 項目の点数に対して減算を行います。他の注加算点数は所定点数に含まれません。
- ② 3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬についてはノンチェックとなりますので、該当する場合は減算コードを入力します。

2 特定薬剤副作用評価加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180035870	特定薬剤副作用評価加算（精神科継続外来支援・指導料）	25

算定要件

- ① 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を算定できます。
- ② 区分番号 I002 に掲げる通院・在宅精神療法の注4に規定する加算を算定する月は算定できません。

算定方法

- ① 月1回のチェックを行います。

I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）**1 項目の見直しがありました。**

現 行	改 正
I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 420 点	I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500 点 2 以外の場合 420 点

内容	コード	名称	点数
新設	180035910	認知療法・認知行動療法（精神科救急体制の精神保健指定医）	500
変更	180033210	認知療法・認知行動療法（1以外の場合）	420

算定要件

- ① 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合に算定できます。
- ② 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0023	精神科
3068	認知療法・認知行動療法 1
3172	認知療法・認知行動療法 2

- ② 一連の治療について 16 回に限り算定できますが、ノンチェックとなります。

I008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）**1 入院中の患者に対して算定できるようになりました。**

内容	コード	名称	点数
新設	180036030	精神科ショート・ケア（小規模）（入院中の患者）	138
新設	180039030	精神科ショート・ケア（大規模）（入院中の患者）	165
新設	180039130	精神科ショート・ケア（小規模）（早期・入院中の患者）	148
新設	180039230	精神科ショート・ケア（大規模）（早期・入院中の患者）	175

算定要件

- ① 入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号 I 011 に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中 1 回に限り、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定できます。
- ② 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

小規模なものの場合

施設基準コード	名称
0630	精神科ショートケア「小規模なもの」

大規模なものの場合

施設基準コード	名称
0629	精神科ショートケア「大規模なもの」

- ② 入院中 1 回に限り算定できますが、ノンチェックとなります。

I009 精神科デイ・ケア（1日につき）

- 1 入院中の患者に対して算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180036130	精神科デイ・ケア（小規模）（入院中の患者）	295
新設	180039330	精神科デイ・ケア（大規模）（入院中の患者）	350
新設	180039430	精神科デイ・ケア（小規模）（早期・入院中の患者）	320
新設	180039530	精神科デイ・ケア（大規模）（早期・入院中の患者）	375

算定要件

- ① 入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号 I 011 に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中 1 回に限り、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定できます。
- ② 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

小規模なものの場合

施設基準コード	名称
0063	精神科デイ・ケア「小規模なもの」

大規模なものの場合

施設基準コード	名称
0015	精神科デイ・ケア「大規模なもの」

- ② 入院中 1 回に限り算定できますが、ノンチェックとなります。

I010 精神科ナイト・ケア（1日につき）

- 1 マスタの変更がありました。

早期加算のコードは 180033470（精神科デイ・ケア等早期加算）を使用していましたが、区分毎に作成されましたので、改定後は以下の新設されたマスタを使用してください。

内容	コード	名称	点数
新設	180036270	精神科ナイト・ケア早期加算	50

I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）**1 マスタの変更がありました。**

早期加算のコードは 180033470（精神科デイ・ケア等早期加算）を使用していましたが、区分毎に作成されましたので、改定後は以下の新設されたマスタを使用してください。

内容	コード	名称	点数
新設	180036370	精神科デイ・ナイト・ケア早期加算	50

2 疾患別等診療計画加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180036470	精神科デイ・ナイト・ケア疾患別等診療計画加算	40

算定要件

- ① 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、所定点数に 40 点を加算できます。

I012 精神科訪問看護・指導料

1 項目の見直しがありました。

現 行			改 正		
1	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	575 点	1	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	
2	精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）	160 点	イ	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
			(1)	週 3 日目まで 30 分以上の場合	575 点
			(2)	週 3 日目まで 30 分未満の場合	440 点
			(3)	週 4 日目以降 30 分以上の場合	675 点
			(4)	週 4 日目以降 30 分未満の場合	525 点
			ロ	准看護師による場合	
			(1)	週 3 日目まで 30 分以上の場合	525 点
			(2)	週 3 日目まで 30 分未満の場合	400 点
			(3)	週 4 日目以降 30 分以上の場合	625 点
			(4)	週 4 日目以降 30 分未満の場合	485 点
			2	精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）	160 点
			3	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）	
			イ	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	
			(1)	週 3 日目まで 30 分以上の場合	445 点
			(2)	週 3 日目まで 30 分未満の場合	340 点
			(3)	週 4 日目以降 30 分以上の場合	545 点
			(4)	週 4 日目以降 30 分未満の場合	415 点
			ロ	准看護師による場合	
			(1)	週 3 日目まで 30 分以上の場合	395 点
			(2)	週 3 日目まで 30 分未満の場合	300 点
			(3)	週 4 日目以降 30 分以上の場合	495 点
			(4)	週 4 日目以降 30 分未満の場合	375 点

精神科訪問看護・指導料（１）

内容	コード	名称	点数
変更	180008110	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週３日目まで３０分以上）	575
新設	180036510	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週３日目まで３０分未満）	440
新設	180036610	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週４日目以降３０分以上）	675
新設	180036710	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週４日目以降３０分未満）	525
新設	180036810	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週３日目まで３０分以上）	525
新設	180036910	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週３日目まで３０分未満）	400
新設	180037010	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週４日目以降３０分以上）	625
新設	180037110	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週４日目以降３０分未満）	485

精神科訪問看護・指導料（２）

内容	コード	名称	点数
新設	180037210	精神科訪問看護・指導料（３）（保健師等・週３日目まで３０分以上）	445
新設	180037310	精神科訪問看護・指導料（３）（保健師等・週３日目まで３０分未満）	340
新設	180037410	精神科訪問看護・指導料（３）（保健師等・週４日目以降３０分以上）	545
新設	180037510	精神科訪問看護・指導料（３）（保健師等・週４日目以降３０分未満）	415
新設	180037610	精神科訪問看護・指導料（３）（准看護師・週３日目まで３０分以上）	395
新設	180037710	精神科訪問看護・指導料（３）（准看護師・週３日目まで３０分未満）	300
新設	180037810	精神科訪問看護・指導料（３）（准看護師・週４日目以降３０分以上）	495
新設	180037910	精神科訪問看護・指導料（３）（准看護師・週４日目以降３０分未満）	375

算定要件

- ① 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号 C005-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定できます。
- ② 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号 C005-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定できます。

2 保健師・看護師訪問指導加算の見直しがありました。

内容	コード	名称	点数
変更	180026370	保健師・看護師訪問指導加算（他の保健師等と同時に指導）	450
新設	180038070	保健師・看護師訪問指導加算（准看護師と同時に指導）	380
新設	180038170	保健師・看護師訪問指導加算（看護補助者と同時に指導）	300

算定要件

- ① 注1及び注3に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1回を限度とする。
- イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 450点
- ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点
- ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 300点

3 長時間精神科訪問看護・指導加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180038270	長時間精神科訪問看護・指導加算	520

算定要件

- ① 注 1 及び注 3 に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週 1 回（15 歳未満の超重症児又は準超重症児については週 3 回）に限り、所定点数に 520 点を加算できます。

4 夜間・早朝・深夜訪問看護加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180038370	夜間・早朝訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）	210
新設	180038470	深夜訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）	420

算定要件

- ① 注 1 及び注 3 に規定する場合であって、夜間（午後 6 時から午後 10 時までの時間をいう。）又は早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定点数に 210 点を加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定点数に 420 点を加算できます。

5 精神科緊急訪問看護加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180038570	精神科緊急訪問看護加算	265

算定要件

- ① 注 1 及び注 3 に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の保健師、看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1 日につき所定点数に 265 点を加算できます。

I012-2 精神科訪問看護指示料**1 項目の新設がありました。**

内容	コード	名称	点数
新設	180038610	精神科訪問看護指示料	300
新設	180038770	精神科特別訪問看護指示加算	100

算定要件

- ① 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定できます。
- ② 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、所定点数に 100 点を加算できます。
- ③ 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号 C007 に掲げる訪問看護指示料は算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
0023	精神科

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料**1 項目の名称が変更されました。**

持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 → 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

2 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
I013 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250 点	I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250 点 2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500 点

内容	コード	名称	点数
新設	180038810	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	500

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り、当該薬剤を投与したときに算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3069	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料）

I015 重症認知症患者デイ・ケア料（1 日につき）

- 1 マスタの変更がありました。

早期加算のコードは 180033470（精神科デイ・ケア等早期加算）を使用していましたが、区分毎に作成されましたので、改定後は以下の新設されたマスタを使用してください。

内容	コード	名称	点数
新設	180039670	重度認知症患者デイ・ケア早期加算	50

- 2 重度認知症患者デイ・ケア料夜間ケア加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180038970	重度認知症患者デイ・ケア料夜間ケア加算	100

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き 2 時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、所定点数に 100 点を加算できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3070	重度認知症患者デイ・ケア料（夜間ケア加算）

内容	コード	名称	点数
新設	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ	50

J038 人工腎臓（１日につき）**１ 項目の見直しがありました。**

現 行	改 正
１ 慢性維持透析を行った場合 イ ４時間未満の場合 2,075 点 ロ ４時間以上５時間未満の場合 2,235 点 ハ ５時間以上の場合 2,370 点 ２ その他の場合 1,580 点	１ 慢性維持透析を行った場合 イ ４時間未満の場合 2,040 点 ロ ４時間以上５時間未満の場合 2,205 点 ハ ５時間以上の場合 2,340 点 ２ 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,255 点 ３ その他の場合 1,580 点

内容	コード	名称	点数
新設	140052810	人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑）	2,255

算定要件

- ① 透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれ算定できません。

２ 注の見直しがありました。

現 行	改 正
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に 10 点を加算する。	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 透析液水質確保加算 1 8 点 ロ 透析液水質確保加算 2 20 点

内容	コード	名称	点数
変更	140052570	透析液水質確保加算 1	8
新設	140052970	透析液水質確保加算 2	20

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3173	透析液水質確保加算 1
3071	透析液水質確保加算 2

J038-2 持続緩徐式血液濾過（１日につき）

1 マスタの変更がありました。

障害者等加算のコードが、以下のように整理されました。

内容	コード	名称	点数
変更	140033770	障害者等加算（人工腎臓）	120
新設	140053670	障害者等加算（持続緩徐式血液濾過）	120

J043-4 経管栄養カテーテル交換法

1 区分名称が変更されました。

胃瘻カテーテル交換法 → 経管栄養カテーテル交換法

J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
2 Qスイッチ付レーザー照射療法 2,800 点	2 Qスイッチ付レーザー照射療法 イ 4 平方センチメートル未満 2,000 点 ロ 4 平方センチメートル以上 16 平方センチメートル未満 2,370 点 ハ 16 平方センチメートル以上 64 平方センチメートル未満 2,900 点 ニ 64 平方センチメートル以上 3,950 点

内容	コード	名称	点数
新設	140053010	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付4cm ² 未満）	2,000
新設	140053110	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付4cm ² ～16cm ² 未満）	2,370
新設	140053210	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付16cm ² ～64cm ² 未満）	2,900
新設	140053310	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付64cm ² 以上）	3,950
廃止	150282150	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付レーザー照射療法）	2,800

留意事項

- ① 現行のコードは廃止されました。

J057-4 稗粒腫摘除

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	140053410	稗粒腫摘除（１０箇所未満）	74
新設	140053510	稗粒腫摘除（１０箇所以上）	148

J120 鼻腔栄養（１日につき）

1 注の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 C105 又は C109 に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。	区分番号 C105 に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号 C105-2 に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号 C109 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

1 4 手術

通則

- 1 脳死臓器提供管理料は乳幼児加算又は幼児加算の対象となりました。

現 行	改 正
乳幼児加算又は幼児加算の対象外項目 K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置 K914 脳死臓器提供管理料	乳幼児加算又は幼児加算の対象外項目 K618 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置

- 2 通則の見直しがありました。

現 行	改 正
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の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	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の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

- 1 算定要件の見直しがありました。

現 行	改 正
開放骨折、粉碎骨折に対して骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

K131-2 内視鏡下椎弓切除術

- 1 固定点数加算から%加算に変更となりました。

現 行	改 正
2 椎弓以上について切除を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に 6,050 点を加算する。ただし、加算点数は 24,200 点を限度とする。	2 椎弓以上について切除を行う場合は、1 椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は 4 椎弓を超えないものとする。

算定方法

- ① 入力方法に変更はありません。

K134 椎間板摘出術

1 固定点数加算から%加算に変更となりました。

現 行	改 正
後方摘出術について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。	後方摘出術について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。

算定方法

① 入力方法に変更はありません。

K141-3 脊椎制動術

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150354910	脊椎制動術	16,810

算定要件

① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定できません。

K142 脊椎固定術

1 名称の見直しがありました。

脊椎固定術 → 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

内容	コード	名称	点数
新設	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）	12,100
新設	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）	21,700

2 固定点数加算から%加算に変更となりました。

現 行	改 正
椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては18,620点、2にあつては14,950点、3にあつては18,710点、4にあつては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては74,480点、2にあつては59,800点、3にあつては74,840点、4にあつては150,000点を限度とする。	椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。

算定要件

① 椎間と椎弓を併せた数で加算できます。

K142-2 脊椎側彎症手術

1 固定点数加算から%加算に変更となりました。

現 行	改 正
1 及び 2 の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が 2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に 18,710 点を加算する。ただし、加算点数は 74,840 点を限度とする。	1 及び 2 の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が 2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は 4 椎間を超えないものとする。

算定方法

① 入力方法に変更はありません。

K142-3 内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）

1 固定点数加算から%加算に変更となりました。

現 行	改 正
椎間が 2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に 33,970 点を加算する。ただし、加算点数は 135,880 点を限度とする。	椎間が 2 以上の場合は、1 椎間を増すごとに所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は 4 椎間を超えないものとする。

算定方法

① 入力方法に変更はありません。

K142-4 経皮的椎体形成術

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150355210	経皮的椎体形成術	19,960

算定要件

- ① 複数椎体に行った場合は、1 椎体を増すごとに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ます。ただし、加算は 4 椎体までとなります。
- ② 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K259 角膜移植術

1 レーザー使用加算が算定できるようになりました。

現 行	改 正
	レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に 5,500 点を加算する。

算定方法

① 150350150 のコードはレーザー使用加算の点数のみに変更となりました。

K428 下顎骨折非観血的整復術

1 名称の変更がありました。

連続歯牙結紮法 → 連続歯結紮法

K476 乳腺悪性腫瘍手術

1 乳がんセンチネルリンパ節加算 2 の見直しがありました。

現 行	改 正
色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算 2 として、所定点数に 3,000 点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	放射線同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算 2 として、所定点数に 3,000 点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

K555 弁置換術

1 心臓弁再置換術加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	150359470	心臓弁再置換術加算	50%加算

算定要件

- ① 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、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ます。

K599-5 経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの）

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150360010	経静脈電極拔去術（レーザーシース）	28,600

算定要件

- ① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150360810	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	18,080

算定要件

- ① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150360910	下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360

算定要件

- ① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K682-3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	10,800

算定要件

- ① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K823-3 膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）	23,320

算定要件

- ① 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K920 輸血

1 血小板洗浄術加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	150366470	血小板洗浄術加算	580

算定要件

- ① 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、所定点数に 580 点を加算できます。

K920-2 輸血管理料

1 輸血適正使用加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	150366570	輸血適正使用加算（輸血管理料 1）	120
新設	150366670	輸血適正使用加算（輸血管理料 2）	60

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、輸血管理料 1 においては 120 点、輸血管理料 2 においては 60 点を加算できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3080	輸血適正使用加算

K922 造血幹細胞移植

1 抗H L A抗体検査加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	150367070	抗H L A抗体検査加算	4,000

算定要件

- ① 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、所定点数に4,000点を加算できます。

K924 自己生体組織接着剤作成術

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150366770	自己生体組織接着剤作成術	1,400

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3081	自己生体組織接着剤作成術

K932 創外固定器加算

1 加算対象手術の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 K046、K058 又は K125 に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	区分番号 K046、K056-2、K058、K073、K076 又は K125 に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150366810	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	1,000

算定要件

- ① 区分番号 K349 から K365 までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定できます。

K936 自動縫合器加算

1 加算対象手術の見直しがありました。

現 行	改 正
区分番号 K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531 から K532-2 まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K711-2、K716、K719、K719-2、K719-3、K732 の 2、K735、K735-3、K739、K740、K740-2、K803 及び K817 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	区分番号 K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531 から K532-2 まで、K654-3 から K655-2 まで、K655-4、K657、K657-2、K702 から K703 まで、K711-2、K716、K719 から K719-3 まで、K719-5、K732 の 2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803 及び K817 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

K939 画像等手術支援加算

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号 K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169 から K172 まで、K174 の 1、K191 から K193 まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349 から K365 までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。□ 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000 点 注 区分番号 K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314 の 2、K406 の 2、K427-2、K434、K436 から K444 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号 K055-2、K055-3、K080 の 1、K081 の 1、K082 の 1、K082-3 の 1、K131-2、K134-2、K140 から K141-2 まで、K142（6 を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169 から K172 まで、K174 の 1、K191 から K193 まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349 から K365 まで、K695、K695-2 及び K697-4 に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000 点 注 区分番号 K136、K142 の 6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314 の 2、K406 の 2、K427-2、K434、K436 から K444 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

K939-2 術中血管等描出撮影加算

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150367110	術中血管等描出撮影加算	500

算定要件

- ① 手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定できます。

K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150367210	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	450

算定要件

- ① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3082	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

K939-4 内視鏡手術用支援機器加算

1 項目の新設がありました。

内容	コード	名称	点数
新設	150367310	内視鏡手術用支援機器加算	54,200

算定要件

- ① 区分番号 K843 に掲げる手術に当たって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定できます。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3083	内視鏡手術用支援機器加算

1 5 麻酔

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1 臓器移植術加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	150350670	臓器移植術加算	15, 250

算定要件

- ① 臓器移植術加算は、K514-4 同種死体肺移植術、K605-2 同種心移植術、K605-4 同種心肺移植術、K697-7 同種死体肝移植術、K709-3 同種死体脾移植術、K709-5 同種死体脾腎移植術又は K780 同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定できます。

L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570 点	3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570 点
4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400 点	4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400 点
6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック 170 点	6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 170 点
7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック 90 点	7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 90 点

内容	コード	名称	点数
新設	150350710	腰神経叢ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）	570
新設	150350810	不對神経節ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）	170
新設	150350910	前頭神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）	170
新設	150351010	仙腸関節枝神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素）	90
新設	150351110	頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック（局所麻酔剤・ボツリヌス毒素）	90
新設	150351210	脊髄神経前枝神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	90
廃止	150350050	神経ブロック（上肢痙縮の治療）	400

L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 3,000 点	1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000 点
3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック 800 点	3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800 点
4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック 340 点	4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340 点

内容	コード	名称	点数
新設	150351310	腰神経叢ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法）	3,000
新設	150351410	不對神経節ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法）	800
新設	150351510	前頭神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法）	800
新設	150351610	仙腸関節枝神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法）	340
新設	150351710	頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック（神経破壊剤・高周波凝固法）	340
新設	150351810	脊髄神経前枝神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法）	340

16 放射線治療

通則

1 小児放射線治療加算が算定できるようになりました。

小児放射線治療加算（新生児）	所定点数の 100 分の 60
小児放射線治療加算（3 歳未満）	所定点数の 100 分の 30
小児放射線治療加算（6 歳未満）	所定点数の 100 分の 15
小児放射線治療加算（15 歳未満）	所定点数の 100 分の 10

内容	コード	名称	点数
新設	180034890	新生児加算（放射線治療）	60%加算
新設	180034990	乳幼児加算（放射線治療）	30%加算
新設	180035090	幼児加算（放射線治療）	15%加算
新設	180035190	小児加算（放射線治療）	10%加算

算定要件

- ① 15 歳未満の患者について算定できます。
- ② M00 放射線治療管理料（分布図の作成 1 回につき）から M004 密封小線源治療（一連につき）までに掲げる放射線治療に対して算定できます。
- ③ 小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とはなりません。
- ④ M001 体外照射を行った場合で施設基準に適合していない場合は所定点数の 100 分の 70 に相当する点数に対し加算します。

算定方法

- ① 算定日の年齢により自動発生します。

M001 体外照射

1 点数が変更されました。

高エネルギー放射線治療

□ 2 回目

- (1) 1 門照射又は対向 2 門照射を行った場合 280 点 → 420 点
- (2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合 440 点 → 660 点
- (3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 600 点 → 900 点

強度変調放射線治療（IMRT）

□ 2 回目 1,000 点 → 1,500 点

2 体外照射呼吸性移動対策加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算	150

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ② 呼吸性移動対策を行った場合に算定します。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3085	体外照射呼吸性移動対策加算

M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- 1 項目の名称が変更されました。

直線加速器による定位放射線治療 → 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- 2 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
M001-3 直線加速器による定位放射線治療 63,000 点	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） 1 定位放射線治療の場合 63,000 点 2 1 以外の場合 6,720 点

内容	コード	名称	点数
変更	180019710	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）	63,000
新設	180035310	直線加速器による放射線治療（1 以外）	6,720

- 3 定位放射線治療呼吸性移動対策加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）	10,000
新設	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）	5,000

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ② 呼吸性移動対策を行った場合に算定します。
- ③ 「M001 体外照射」を算定する場合は算定できません。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3086	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）
3176	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）

M004 密封小線源治療（一連につき）**1 注加算が追加されました。**

使用したコバルトの費用として、購入価格を 1,000 円で除して得た点数が加算できます。

算定要件

- ① 同一のコバルトを使用し、1 人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用したコバルトの費用として、患者 1 人につき 1 回に限り算定できます。

算定方法

- ① 特定器材商品名マスタ（コードの先頭が 058 で始まるマスタ）としてコバルトのマスタを作成し、購入価格を設定します。

※ユーザにより作成するマスタです。

（例）購入価格を 2 万円/Kg とした場合

内容	コード	名称	金額	単位	算定器材コード
ユーザ 作成	058nnnnnn (任意)	コバルト (任意)	20,000 (購入価格)	034 Kg	770080000 (必須)

- ② 診療行為入力で作成したコードを入力し、コバルトの特定器材コードに対して使用量を入力します。

作成したコードを 058000002 とし、使用量を 500g とします。

入力コード	名称	点数 回数
180032110	* 密封小線源治療（腔内照射）（新型コ	
058000002	コバルト	
770080000 0.5	〔コバルト〕	0.5 10010 X 1

密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置 10,000 点
コバルト 20,000 円 ÷ 1000 円 × 0.5Kg = 10 点

17 病理診断

通則

1 通則が見直されました。

- ① N006 に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定するとされました。
- ② N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）及び N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）の各注にあったものが削除され通則でまとめられました。

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）

1 点数が変更されました。

880 点 → 860 点

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

1 算定要件が見直されました。

「注2」に規定する「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、皮膚の血管炎又は水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）が疑われる患者が追加されました。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

1 注が削除され通則へ再編されました。

N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）

1 注が削除され通則へ再編されました。

N004 細胞診（1部位につき）

1 液状化検体細胞診加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160190070	液状化検体細胞診加算	85

算定要件

- ① 固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できます。
- ② 採取と同時に行った場合は算定できません。

N005 H E R 2 遺伝子標本作製

1 項目の見直しがありました。

現 行	改 正
N005 H E R 2 遺伝子標本作製 2,500 点	N005 H E R 2 遺伝子標本作製 1 単独の場合 2,700 点 2 区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の 3 による病理標本作成を併せて行った場合 3,050 点

内容	コード	名称	点数
変更	160175050	H E R 2 遺伝子標本作製（単独）	2,700
新設	160190110	H E R 2 遺伝子標本作製（N O O 2 の 3 を併せて行った場合）	3,050

N006 病理診断料

1 点数が変更されました。

組織診断料 500 点 → 400 点

細胞診断料 240 点 → 200 点

2 病理診断管理加算が算定できるようになりました。

内容	コード	名称	点数
新設	160190270	病理診断管理加算 1（組織診断）	120
新設	160190370	病理診断管理加算 1（細胞診断）	60
新設	160190470	病理診断管理加算 2（組織診断）	320
新設	160190570	病理診断管理加算 2（細胞診断）	160

算定要件

- ① 施設基準に適合しているものとして届出が必要です。
- ② 病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合に算定します。

算定方法

- ① 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。

施設基準コード	名称
3087	病理診断管理加算 1
3088	病理診断管理加算 2

- ② 病理診断管理加算を入力した時に、同一会計内に該当する診断料の入力がない場合は、警告を表示します。

病理診断管理加算 1（組織診断）、病理診断管理加算 2（組織診断）と組織診断料（組織診断料（他医療機関作成の組織標 本））

病理診断管理加算 1（細胞診断）、病理診断管理加算 2（細胞診断）と細胞診断料（細胞診断料（他医療機関作成の組織標 本））

18 処方せん

1 様式変更

「処方」欄、「備考」欄を変更します。

交付年月日が平成24年3月31日までは旧様式で作成します。平成24年4月1日以降は新様式で作成します。

(1) 「処方」欄の変更

「変更不可」欄と説明文を追加します。

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

(2) 「備考」欄の変更

「保険医署名」欄を移動し説明文を追加します。

「保険医署名」欄の右側（下図網掛け部分）は未使用領域とします。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。	
	(6歳)		

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

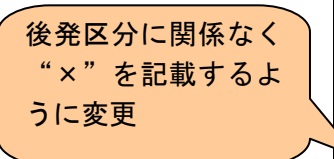
公費負担者番号										保 険 者 番 号									
公費負担医療の 受 給 者 番 号										被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 の 記 号・番 号									
患 者	氏 名																		
	生 年 月 日																		
	区 分		割 合																
交 付 年 月 日																			
処 方 せ ん の 間 使 用 期 間		平成 年 月 日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて 4日以内 に保険薬局に提出すること。																	
処 方	変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更に差し支えがあると判断した場合) には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。																		
備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した) 場合は、署名又は記名・押印すること。																		
調 剤 済 年 月 日		平成 年 月 日																	
保 険 局 の 及 び 所 在 地 薬 剤 師 名 氏 名		公費負担者番号 公費負担医療の 受 給 者 番 号																	

2 基本となる運用設定

処方せん記載の運用方針を以下の中から決定し、システム管理の管理番号 1030「帳票編集区分情報」の「後発医薬品への変更可署名」で設定します。

以下の動作内容にある「一般名記載」とは、点数マスタに「一般名記載」項目があり

「1 一般名を記載する」または、「3 処方名称（一般名）を記載」（4 一般名記載を参照）と設定することで処方せんには一般名を記載できるということになります。

設定区分	動作内容（処方せんの記載）
0 変更不可 原則として全て変更不可扱いとなります。 	点数マスタに一般名記載の設定がある場合 一般名により記載 「変更不可」欄の該当行は空白 点数マスタに一般名記載の設定がない場合 銘柄名により記載 点数マスタの後発区分が「0 後発医薬品でない」の場合 「変更不可」欄の該当行は空白 点数マスタの後発区分が“0”でない場合 「変更不可」欄の該当行は“×”を記載 ただし、099209905【含量規格変更不可】、 099209906【剤形変更不可】及び 099209907【銘柄名記載】 の指示がある場合は、“×”の記載はなし
1 変更可（一般名） 原則として先発品のみ以外は全て一般名記載となります。 また、「変更不可」欄は空白となります	点数マスタに一般名記載の設定がある場合 一般名により記載 点数マスタに一般名記載の設定がない場合 点数マスタの後発区分が「0 後発医薬品でない」の場合 銘柄名により記載 点数マスタの後発区分が“0”でない場合 一般名により記載
2 変更可（点数マスタ） 原則として点数マスタの設定によります。 また、「変更不可」欄は空白となります	点数マスタに一般名記載の設定がある場合 一般名により記載 点数マスタに一般名記載の設定がない場合 銘柄名により記載

「変更不可」欄に1つでも“×”がある、又は、099209905【含量規格変更不可】、099209906【剤形変更不可】の指示がある場合は、「保険医署名」欄に処方医氏名を記載します。

システム管理での設定は基本動作となります。

よって、点数マスタの一般名記載の設定、又は、後から説明します診療行為入力でのシステム予約マスタの入力が優先されます。

システム管理の管理番号 1030「帳票編集区分情報」の「後発医薬品への変更可署名」の設定は、平成24年4月1日から設定区分が変更となる場合は、現在の有効期限を3月31日とし、改めて4月1日からの設定を追加してください。

3 「変更不可」欄及び「保険医署名」欄の記載

通常に医薬品の入力をした場合、「変更不可」欄及び「保険医署名」欄は、システム管理の設定に従います。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合は、該当医薬品に続けてシステム予約マスタ 099209903（後発変更不可）を入力します（従前通り）。

ロキソニン錠を後発品変更不可とする場合

入力コード	名称
611140694 2	*【般先】ロキソニン錠 60mg
099209903	後発変更不可
Y03001*5	【1日2回朝夕食後に】

後発変更不可がある場合は、「変更不可」欄の該当医薬品の行に“×”を表示し、「保険医署名」欄に処方医の名前を表示します。

処 方	変更不可 ×	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕 1）ロキソニン錠60mg 【1日2回朝夕食後に】 2錠 (5日分)	
	備 考	保険医署名 日医 一郎	〔 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。 〕

4 一般名記載

(1) 一般名の編集

処方せんへ記載する一般名は、一般名マスタで管理されている名称、または、ユーザにより登録された名称を記載します。

統一収載名の銘柄名と一般名を区別するため一般名の先頭に“【般】”を編集して記載します。

※一般名マスタの内容は、ユーザで変更はできません。

先発品：ガスター錠 10mg 一般名：ファモチジン錠 10mg

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 1) 【般】ファモチジン錠 10mg 3錠 【1日3回毎食後に】 (7日分)
----	------	---

(2) ユーザによる一般名の作成

一般名マスタの名称ではなく、ユーザが作成した一般名を処方せんへ記載することができます。

点数マスタ登録画面から該当の医薬品を呼び出します。

「処方名称」に一般名を入力します。文字数は、最大で50文字までです。

「一般名記載」を「3 処方名称（一般名）を記載」と設定します。

【留意事項】

- ・銘柄品を特定してしまうような名称は一般名として認められません。
- ・特定の保険調剤薬局等との擦り合わせにより、他の保険調剤薬局では通用しない名称は一般名として認められません。
- ・ユーザによる一般名を登録した後、一般名マスタが訂正された場合は、できる限り一般名マスタを使用するようにしてください。

(3) 一般名記載の方法

- ① システム管理で一般名記載となる設定にします。あるいは、点数マスタの「一般名記載」項目を「1 一般名を記載する」または、「3 処方名称（一般名）を記載」と設定します。

インストール時はすべて「0 記載しない」となります。

(注意)

「処方名称」項目を使用して、「一般名記載」項目に「2 処方名称を記載する」と設定した場合は、一般名記載と判断できないため、一般名処方加算など正しく点数算定ができません。

診療行為入力で一般名記載となる医薬品を入力した場合、名称には一般名記載であることが識別できるように“般”を先頭に編集します。

入力コード	名称
612320417 3	* 【般先】 ガスター錠 10mg
001000301*5	【1日3回毎食後に】

処方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 〕 〔 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕
		1) 【般】ファモチジン錠 10mg 3錠 【1日3回毎食後に】 (5日分)

- ② 一般名記載となる医薬品を処方するが、患者が後発品を希望しないなどの場合は、銘柄名記載へ変更するためのシステム予約コードを医薬品の直下に入力します。
ただし、この場合は「変更不可」欄に“×”は表示されません。

入力コード	名称
612320417 3	* 【般先】 ガスター錠 10mg
099209907	【銘柄名記載】
001000301*5	【1日3回毎食後に】

処方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合 〕 〔 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕 1) ガスター錠 10mg 3錠 【1日3回毎食後に】 (5日分)

※処方医の判断で変更調剤に差し支えがある場合は「後発変更不可」の指示に切り替えてください。

銘柄名記載をするが変更調剤に差し支えがないと判断される（患者の希望など）場合などで使用します。

- | 入力コード | 名称 |
|------------------|--------------------------|
| 620098801 1 | * 【先】 ロキソニン錠 60mg |
| 099209908 | 【一般名記載】 |
| 001000122*5 | 【痛む時に】 |

[illegible]

内容	コード	名称
新設	099209907	銘柄名記載
新設	099209908	一般名記載

入力コード	名称
612320417 3	* 【般先】 ガスター錠 10mg
099209905	【含量規格変更不可】
099209906	【剤形変更不可】
001000301*5	【1日3回毎食後に】

処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合 〕 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
		1) 【般】 ファモチジン錠 10mg 【含量規格変更不可】 【剤形変更不可】 3錠 【1日3回毎食後に】 (5日分)

6 QRコード対応

処方せんに表示するQRコードは、処方せんデータ標準化インターフェース仕様書【第2版】(Version 2)の仕様で記録します。

薬品レコード

① 薬品コード種別

7：一般名コード（厚労省）
一般名で記載された場合

② 薬品コード

薬品コード種別＝7の場合は、薬価基準収載医薬品コードの先頭9桁＋”ZZZ”を記録します。

③ 薬品名称

薬品コード種別＝7の場合は、一般名を記録します。
(例)【般】ファモチジン錠10mg

薬品補足レコード

① 薬品補足区分

3：後発品変更不可
4：剤形変更不可
5：含量規格変更不可

区分が追加されましたので、該当する場合は薬品補足レコードを必要分記録します。

7 3 月中の準備について

基本となる運用設定で「2 変更可（点数マスタ）」を設定された場合は、点数マスタの一般名記載区分の設定を行います。

4 月から一般名で記載するため、3 月中に設定し準備をしますが、設定を行うと 3 月中でも一般名で記載されてしまいます。

(1) 一般名記載を行っていない場合

標準提供の処方せんプログラムでは、臨時的な措置としてプログラムオプションの登録により、3 月中は点数マスタの一般名記載区分「1 一般名を記載する」の設定を無視するようにしました。

システム管理のプログラムオプション情報より、処方せんプログラムのオプション内容に以下を登録します。

GE201203=1

このオプションは臨時の扱いですので、プログラムオプションの説明やオプション内容のデフォルトなどを提供することはありません。

また、オプション内容が登録されたまま 4 月になっても、改定後のプログラムではこのオプションを扱いませんのでそのままでも構いません。

ベンダー等によりカスタマイズされた処方せんプログラムを使用されている場合は、このような設定はないと思われますので、次の“(2)一般名記載を行っている又は 3 月中に一般名記載を抑止することができない場合”を参考にしてください。

(2) 一般名記載を行っている又は 3 月中に一般名記載を抑止することができない場合

3 月中は銘柄名記載で 4 月から一般名記載する医薬品については、改定対応の点数マスタ更新を行ってから設定をしてください。

点数マスタ登録から、該当医薬品の有効期間開始日が、平成 24 年 4 月 1 日のものがあればそれと呼び出し、一般名記載区分を設定します。

平成 24 年 4 月 1 日のものがない場合は、3 月 31 日診療終了以降など、診療に影響がない範囲で設定をしてください。

点数マスタ更新では、改定前後で主な項目の値に変更がない場合は、有効期間を区切ることはしていません。
今回の準備のためであっても、ユーザで有効期間を区切ることは絶対にしないでください。