

「日医標準レセプトソフト」

ORCA Project

平成16年 4月診療報酬改定対応

平成16年 3月 第1版

社団法人日本医師会

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改正内容	改正対応																	
A000	<p>初診料 (点数の見直し)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 35%;">病院の場合</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">250点</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">255点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>診療所の場合</td> <td style="text-align: right;">270点</td> <td style="text-align: right;">274点</td> </tr> </table> <p>(注の変更)</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点(注5又は注6に規定する加算を算定する場合は、115点)を加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 200px;"> <tr> <td style="width: 20%;">点数変更</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">102点</td> <td style="width: 60%; text-align: right;">115点</td> </tr> </table> <p>(注の新設)</p> <p>注6 小児科を標榜する保険医療機関(注5のただし書に規定するものを除く。)にあっては、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(当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(16) 小児科を標榜する医療機関における夜間、休日又は深夜に係る特例</p> <ul style="list-style-type: none"> ア (省略) イ (省略) ウ (省略) エ 時間外加算、休日加算、深夜加算の併算定に係る取扱いは、注5の場合と同様である。 	1	病院の場合	250点	255点	2	診療所の場合	270点	274点	点数変更	102点	115点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">111011570 初診(乳幼児)(夜間)加算</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">85点</td> </tr> <tr> <td>111011670 初診(乳幼児)(休日)加算</td> <td style="text-align: right;">250点</td> </tr> <tr> <td>111011770 初診(乳幼児)(深夜)加算</td> <td style="text-align: right;">480点</td> </tr> </table> <p>小児科を標榜する保険医療機関、診療日の年齢が6歳未満、入力された時間加算区分により該当する診療行為の自動発生を行う。</p> <p>小児科を標榜する保険医療機関の識別について システム管理マスタの「1007 自動算定・チェック機能」に設定項目を追加する。 「9:時間外加算(小児科特例)」「0 算定しない」(初期値) 「1 算定する」</p>	111011570 初診(乳幼児)(夜間)加算	85点	111011670 初診(乳幼児)(休日)加算	250点	111011770 初診(乳幼児)(深夜)加算	480点
1	病院の場合	250点	255点																
2	診療所の場合	270点	274点																
点数変更	102点	115点																	
111011570 初診(乳幼児)(夜間)加算	85点																		
111011670 初診(乳幼児)(休日)加算	250点																		
111011770 初診(乳幼児)(深夜)加算	480点																		

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応																																										
	<p>解説</p> <p>小児科を標榜する医療機関において夜間・休日・深夜に6歳未満の乳幼児を診療した場合、診療標榜時間内であっても時間外・休日・深夜加算が算定可能となった。</p> <p>(例) 平日及び土曜日の標榜時間は7時より23時とする。 (6歳未満を対象とする。)</p> <p>(1) 平日(月～金)</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">改正前</td> <td style="padding-right: 10px;">6時～7時</td> <td>時間外</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7時～23時</td> <td>時間内</td> </tr> <tr> <td></td> <td>23時～6時</td> <td>深夜</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">改正後</td> <td style="padding-right: 10px;">6時～8時</td> <td>時間外(夜間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8時～18時</td> <td>時間内</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18時～22時</td> <td>時間外(夜間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>22時～6時</td> <td>深夜</td> </tr> </table> <p>(2) 土曜</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">改正前</td> <td style="padding-right: 10px;">6時～7時</td> <td>時間外</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7時～23時</td> <td>時間内</td> </tr> <tr> <td></td> <td>23時～6時</td> <td>深夜</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">改正後</td> <td style="padding-right: 10px;">6時～8時</td> <td>時間外(夜間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8時～12時</td> <td>時間内</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12時～22時</td> <td>時間外(夜間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>22時～6時</td> <td>深夜</td> </tr> </table> <p>また、小児科を標榜していれば小児科以外の診療科において受診しても当該加算の対象となる。</p> <p>なお、時間外特例を算定する場合はこの規定の対象にはならない。</p>	改正前	6時～7時	時間外		7時～23時	時間内		23時～6時	深夜	改正後	6時～8時	時間外(夜間)		8時～18時	時間内		18時～22時	時間外(夜間)		22時～6時	深夜	改正前	6時～7時	時間外		7時～23時	時間内		23時～6時	深夜	改正後	6時～8時	時間外(夜間)		8時～12時	時間内		12時～22時	時間外(夜間)		22時～6時	深夜	<p>算定方法について</p> <p>次のいずれかの場合に当該加算コードの自動発生を行う。</p> <p>(1) 診療行為入力で自動発生した初診料に時間加算区分を入力された場合(ただし、4(時間外特例)を除く)</p> <p>(2) 環境設定画面で外来時間外区分に「0 時間内」以外(ただし、「4 時間外特例」を除く)を設定し診療行為入力で患者を呼び出した場合(外来のみ)</p> <p>なお、自動発生した当該加算については削除はできない。</p> <p>算定対象患者のガイダンスについて</p> <p>診療標榜時間内であっても当該加算が算定可能な患者と算定不可の患者(6歳以上)が混在するため算定漏れが発生する可能性が予想できる。</p> <p>当該加算を算定可能な患者を診療行為入力で呼び出した場合にマシン(サーバ)時間によっては算定対象患者である旨のガイダンス(「小児科時間外特例」)を画面内に表示を行う。</p> <p>時間加算区分の入力を行い当該加算点数を算定した場合は表示を消す。よって、環境設定画面で外来時間外区分に「0 時間内」以外を設定している場合は時間加算区分が自動発生するので患者呼び出し時にガイダンスの表示はしない。</p> <p>また、ガイダンスを表示するのは時間に関係するため当日に限るとし訂正入力や診療行為入力画面で診療日を変更した場合はこの表示は行わない。ただし、環境設定で日付を変更した場合は当日とみなして表示を行う。</p> <p>システム管理マスタの「1007 自動算定・チェック機能」に設定項目を追加する。</p>
改正前	6時～7時	時間外																																										
	7時～23時	時間内																																										
	23時～6時	深夜																																										
改正後	6時～8時	時間外(夜間)																																										
	8時～18時	時間内																																										
	18時～22時	時間外(夜間)																																										
	22時～6時	深夜																																										
改正前	6時～7時	時間外																																										
	7時～23時	時間内																																										
	23時～6時	深夜																																										
改正後	6時～8時	時間外(夜間)																																										
	8時～12時	時間内																																										
	12時～22時	時間外(夜間)																																										
	22時～6時	深夜																																										

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
		<p>(1) 「時間外加算（小児科特例）チェック」 「0 チェックしない」（初期値） 「1 チェックする」 「1 チェックする」に設定をするとガイダンスの表示を行う。</p> <p>(2) 「チェック除外時間（平日）1・2」と 「チェック除外時間（土曜）1・2」 チェックを行わない時間帯を平日と土曜について2つまで設定を可能とする。 （例）平日で9時より12時と17時より21時の場合 「チェック除外時間（平日）1」 「 9：30」～「12：00」 「チェック除外時間（平日）2」 「17：30」～「18：00」</p> <p>なお、開始時間が30分ずらしてあるのは時間に関する基準が診療開始時間ではなく受付時間のためである。 例えば9時より前に受付しているが診療行為入力を行った時間が9時より後である場合にガイダンスが発生しなくなるためである。よって、この時間調整はユーザの運用に照らして設定をされたい。</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応																			
A001	<p>再診料 (注の変更)</p> <p>注 2 6 歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に 35 点 (注 3 又は注 4 に規定する加算を算定する場合は、70 点) を加算する。</p> <p style="color: red;">3 歳未満の乳幼児と 3 歳以上 6 歳未満の幼児が 6 歳未満の乳幼児として一本化された。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">点数変更</td> <td style="padding-right: 20px;">27点</td> <td>35点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>65点</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>57点</td> <td>70点</td> </tr> </table> <p>(注の新設)</p> <p>注 4 小児科を標榜する保険医療機関 (区分番号 A000 に掲げる初診料の注 5 のただし書に規定するものを除く。) にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜 (当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。) において 6 歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注 3 の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に 65 点、190 点又は 420 点を加算する。</p>	点数変更	27点	35点		65点	70点		57点	70点	<p>点数マスタの「年齢加算」の変更により自動発生を行う。</p> <p>年齢加算 1 下限年齢「00」 上限年齢「06」 注加算診療行為コード「112000970」</p> <p>年齢加算 2 下限年齢「00」 上限年齢「00」 注加算診療行為コード「00000000」</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>廃止マスタ</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">112001070 再診 (幼児) 加算</td> <td style="text-align: right;">27点</td> </tr> <tr> <td>112007070 再診 (幼児) (時間外等) 加算</td> <td style="text-align: right;">57点</td> </tr> </table> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>追加マスタ</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">112014170 再診 (乳幼児) (夜間) 加算</td> <td style="text-align: right;">65点</td> </tr> <tr> <td>112014270 再診 (乳幼児) (休日) 加算</td> <td style="text-align: right;">190点</td> </tr> <tr> <td>112014370 再診 (乳幼児) (深夜) 加算</td> <td style="text-align: right;">420点</td> </tr> </table> <p>小児科を標榜する保険医療機関、診療日の年齢が 6 歳未満、入力された時間加算区分により該当する診療行為の自動発生を行う。</p> <p>小児科を標榜する保険医療機関の識別について 「平成 16 年 4 月診療報酬改定対応」の「初診料」の同一内容を参照されたい。</p> <p>算定方法について 次のいずれかの場合に当該加算コードの自動発生を行う。 (1) 診療行為入力で自動発生した再診料に時間加算区分を入力さ</p>	112001070 再診 (幼児) 加算	27点	112007070 再診 (幼児) (時間外等) 加算	57点	112014170 再診 (乳幼児) (夜間) 加算	65点	112014270 再診 (乳幼児) (休日) 加算	190点	112014370 再診 (乳幼児) (深夜) 加算	420点
点数変更	27点	35点																			
	65点	70点																			
	57点	70点																			
112001070 再診 (幼児) 加算	27点																				
112007070 再診 (幼児) (時間外等) 加算	57点																				
112014170 再診 (乳幼児) (夜間) 加算	65点																				
112014270 再診 (乳幼児) (休日) 加算	190点																				
112014370 再診 (乳幼児) (深夜) 加算	420点																				

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改正内容	改正対応
		<p>れた場合（ただし、4（時間外特例）を除く）</p> <p>(2) 環境設定画面で外来時間外区分に「0 時間内」以外（ただし、「4 時間外特例」を除く）を設定し診療行為入力で患者を呼び出した場合（外来のみ）</p> <p>なお、自動発生した当該加算については削除はできない。</p> <p>算定対象患者のガイダンスについて 「平成 16 年 4 月診療報酬改定対応」の「初診料」の同一内容を参照されたい。</p>
A002	<p>外来診療料 (点数の見直し)</p> <p style="text-align: center;">68点 72点</p> <p>(注の変更)</p> <p>注 2 第 2 章第 3 部検査及び第 9 部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003に掲げるもの</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（17 骨髄像を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ～レ（省略）</p> <p>ソ 介達牽引</p> <p>ツ（省略）</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応																			
	<p>注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点（注4又は注5に規定する加算を算定する場合は、70点）を加算する。</p> <p style="color: red;">3歳未満の乳幼児と3歳以上6歳未満の幼児が6歳未満の乳幼児として一本化された。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">点数変更</td> <td style="padding-right: 20px;">27点</td> <td>35点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>65点</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>57点</td> <td>70点</td> </tr> </table> <p>（注の新設）</p> <p>注5 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定するものを除く。）にあっては、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（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。</p>	点数変更	27点	35点		65点	70点		57点	70点	<p>点数マスタの「年齢加算」の変更により自動発生を行う。</p> <p>年齢加算1 下限年齢「00」 上限年齢「06」 注加算診療行為コード「112006270」</p> <p>年齢加算2 下限年齢「00」 上限年齢「00」 注加算診療行為コード「00000000」</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 廃止マスタ</p> <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>112006370 外来診療料（幼児）加算</td> <td style="text-align: right;">27点</td> </tr> <tr> <td>112007370 外来診療料（幼児）（時間外等）加算</td> <td style="text-align: right;">57点</td> </tr> </table> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ</p> <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>112014470 外来診療料（乳幼児）（夜間）加算</td> <td style="text-align: right;">65点</td> </tr> <tr> <td>112014570 外来診療料（乳幼児）（休日）加算</td> <td style="text-align: right;">190点</td> </tr> <tr> <td>112014670 外来診療料（乳幼児）（深夜）加算</td> <td style="text-align: right;">420点</td> </tr> </table> <p>小児科を標榜する保険医療機関、診療日の年齢が6歳未満、入力された時間加算区分により該当する診療行為の自動発生を行う。</p> <p>小児科を標榜する保険医療機関の識別について 「平成16年4月診療報酬改定対応」の「初診料」の同一内容を参照されたい。</p> <p>算定方法について 次のいずれかの場合に当該加算コードの自動発生を行う。 (1) 診療行為入力で自動発生した外来診療料に時間加算区分を入力された場合（ただし、4（時間外特例）を除く） (2) 環境設定画面で外来時間外区分に「0 時間内」以外（ただ</p>	112006370 外来診療料（幼児）加算	27点	112007370 外来診療料（幼児）（時間外等）加算	57点	112014470 外来診療料（乳幼児）（夜間）加算	65点	112014570 外来診療料（乳幼児）（休日）加算	190点	112014670 外来診療料（乳幼児）（深夜）加算	420点
点数変更	27点	35点																			
	65点	70点																			
	57点	70点																			
112006370 外来診療料（幼児）加算	27点																				
112007370 外来診療料（幼児）（時間外等）加算	57点																				
112014470 外来診療料（乳幼児）（夜間）加算	65点																				
112014570 外来診療料（乳幼児）（休日）加算	190点																				
112014670 外来診療料（乳幼児）（深夜）加算	420点																				

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
		<p>し、「4 時間外特例」を除く)を設定し診療行為入力で患者を呼び出した場合(外来のみ) なお、自動発生した当該加算については削除はできない。</p> <p>算定対象患者のガイダンスについて 「平成16年4月診療報酬改定対応」の「初診料」の同一内容を参照されたい。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A101	<p>入院基本料（医科診療報酬点数表関係）</p> <p>（通則の追加） 褥瘡患者管理加算の新設について 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 地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、必要があって、褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数に20点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">褥瘡患者管理加算（入院中1回） 20点</p> <p>（項目の削除） 療養病棟入院基本料（1日につき） 1 入院基本料1 1,209点 2 入院基本料2 1,138点 3 入院基本料3 1,098点 4 入院基本料4 1,204点 5 入院基本料5 1,129点 6 入院基本料6 1,076点 7 入院基本料7 1,041点</p>	<p>【システムの対応】</p> <p>点数マスタ更新データの提供を行う。 追加マスタ 190116990 褥瘡患者管理加算（入院中1回） 20点</p> <p>加算を算定する場合は当該患者の診療行為入力で加算の入力を行う。</p> <p>対応なし(平成15年3月31日で点数マスタの有効年月日終了)</p>
A107	<p>（区分の削除） 老人病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>対応なし(平成14年3月31日で点数マスタの有効年月日終了)</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A108	<p>(注の新設)</p> <p>有床診療所1群入院基本料(1日につき)</p> <p style="padding-left: 20px;">有床診療所における入院医療の評価</p> <p>注3 医師の配置その他の事項につき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社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者(入院基本料1を現に算定している患者に限る。)については、1日につき所定点数に40点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">有床診療所1群入院基本料1(医師配置適合) 529点</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。</p> <p>追加マスタ 190117070 有床診療所1群入院基本料1(医師配置適合) 529点</p> <p>システム管理の「病棟管理情報」に入院基本料選択欄への追加を行う。施設基準に適合する場合は、当該病棟の有効期間を平成16年3月31日までと、平成16年4月1日以降で再登録を行う。(病室情報については変更不要)</p> <p>既に4月分の入院会計を作成済みの患者データについては入退院登録画面にて異動処理(区分08 転科、転棟、転室)を行い、算定済みの入院料を変更することとする。</p> <p style="padding-left: 20px;">異動日は平成16年4月1日を入力する。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>(注の新設)</p> <p>[老]有床診療所1群入院基本料(1日につき) 有床診療所における入院医療の評価</p> <p>注3 医師の配置その他の事項につき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社会保険事務局長に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者(入院基本料1を現に算定している患者に限る。)については、1日につき所定点数に40点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">[老]有床診療所1群入院基本料1(医師配置適合) 505点</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。 追加マスタ 190813270 有床診療所1群入院基本料1(医師配置適合) 505点</p> <p>システム管理の「病棟管理情報」に入院基本料選択欄への追加を行う。施設基準に適合する場合は、当該病棟の有効期間を平成16年3月31日までと、平成16年4月1日以降で再登録を行う。(病室情報については変更不要) 既に4月分の入院会計を作成済みの患者データについては入退院登録画面にて異動処理(区分08 転科、転棟、転室)を行い、算定済みの入院料を変更することとする。 異動日は平成16年4月1日を入力する。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A100-0	<p>特定入院料（医科診療報酬点数表関係）</p> <p>（通則の追加） 褥瘡患者管理加算の新設について 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 地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、必要があって、褥瘡管理が行われた場合に、褥瘡患者管理加算として入院中1回に限り、本節各区分に揚げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）の所定点数に20点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">褥瘡患者管理加算（入院中1回） 20点</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。</p> <p>追加マスタ 190116990 褥瘡患者管理加算（入院中1回） 20点</p> <p>加算を算定する場合は当該患者の診療行為入力で加算の入力を行う。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A301-2	<p>(区分の新設)</p> <p>ハイケアユニットの評価 ハイケアユニット入院医療管理料(1日につき) 3,700点</p> <p>注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 地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があ ってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、21日を 限度として算定する。</p> <p>2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、及び 第9部処置のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療 管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院医療加算、地域加算 及び離島加算を除く。) ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検 査判断料を除く。) ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。) ト 留置カテーテル設置</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。 追加マスタ 190117310 ハイケアユニット入院医療管理料(1日につき) 3700点</p> <p>システム管理の「病室管理情報」で特定入院料の設定を可能 とし、施設基準に適合する場合は、当該病室の有効期間を平 成16年3月31日までと、平成16年4月1日以降で登録 を行うこととする。 既に4月分の入院会計を作成済みの患者データについて、 ハイケアユニット入院医療管理料を算定する必要がある場合 は、入退院登録画面にて異動処理を行い、算定済みの入院料 を変更することとする。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A308-2	<p>(区分の新設) 回復期入院医療の評価 亜急性期入院医療管理料(1日につき) 2,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病室を有する保険医療期において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院医療管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。</p> <p>2 医療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算及び離島加算並びに第2章第1部指導管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置(所定点数が1,000点を超えるものに限る。)、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用は除く。)は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。 追加マスタ 190117410 亜急性期入院医療管理料(1日につき) 2050点</p> <p>システム管理の「病室管理情報」で特定入院料の設定を可能とする。施設基準に適合する場合は、病室情報の有効期間を平成16年3月31日までと、平成16年4月1日以降で再登録を行う。 既に4月分の入院会計を作成済みの患者データについては入退院登録画面にて異動処理(区分08 転科、転棟、転室)を行い、算定済みの入院料を変更することとする。 異動日は平成16年4月1日を入力する。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
A 3 1 1 - 0	<p>(注の追加) 精神科救急入院料 注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">非定型抗精神病薬治療加算(1日につき) 10点</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。 追加マスタ 190117570 非定型抗精神病薬治療加算(1日につき) 10点</p> <p>加算を算定する場合は、当該患者の診療行為入力で加算の入力を行うこととする。</p>
A 3 1 1 - 0	<p>(注の追加) 精神科急性期治療病棟入院料 注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">非定型抗精神病薬治療加算(1日につき) 10点</p>	(同 上)
A 3 1 1 - 0	<p>(注の追加) 精神療養病棟入院料 注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。</p> <p style="text-align: right;">非定型抗精神病薬治療加算(1日につき) 10点</p>	(同 上)

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>老人特定入院料（老人医科診療報酬点数表関係）</p> <p>（項目の分割）</p> <p style="padding-left: 20px;">老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1, 290点</p> <p style="padding-left: 20px;">平成16年4月以降</p> <p style="padding-left: 20px;">老人性痴呆疾患治療病棟入院料1 1, 290点</p> <p style="padding-left: 20px;">老人性痴呆疾患治療病棟入院料2 1, 160点</p> <p>（注の変更）</p> <p>当該病棟の入院患者の入院期間が90日を超えた場合については、次に掲げる点数を1日につきそれぞれ所定点数から減算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">老人性痴呆疾患治療病棟入院料1（90日を超えた期間） 110点</p> <p style="padding-left: 20px;">老人性痴呆疾患治療病棟入院料2（90日を超えた期間） 30点</p>	<p>点数マスタ更新データの提供を行う。</p> <p>追加マスタ</p> <p>190813410 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2 1160点</p> <p>190813510 老人性痴呆疾患治療病棟入院料2 （90日を超えた期間） 1130点</p> <p>システム管理の「病棟管理情報」で特定入院料の設定を可能とする。施設基準に適合する場合は、当該病棟の有効期間を平成16年3月31日までと、平成16年4月1日以降で登録を行う。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

改 正 内 容	改 正 対 応
<p>新生児入院医療管理料と離島加算の置き換え処理について</p> <p>平成16年4月以降の入院会計データが既に作成済み患者について、以下の会計データの変更を行うモジュールを提供することとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新生児入院医療管理料の点数変更 ・離島加算の新設 <p>また、モジュールの実行は月次統計処理にて行うこととする。（上記の算定を行う医療機関のみ対象です）</p> <p>処理内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1．平成16年4月以降の新生児入院医療管理料の会計データに対して、点数の置き換えを行う。 2．医療機関が離島加算の施設基準に適合する場合は、平成16年4月以降の入院会計データについて離島加算の剤を自動作成する。 <p>処理手順</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 改正対応パッケージをインストール後に、日レセの業務メニューから「マスタ更新」を行う。 (2) 離島加算を算定する医療機関はシステム管理「5000 医療機関入院基本情報設定」で平成16年4月1日から有効な情報を登録し、入院加算情報の離島加算をチェックする。 (3) 「91 マスタ登録」「101 システム管理マスタ」「3002 統計帳票出力情報(月次)」でプログラムを登録する。 <ul style="list-style-type: none"> ・区分コードは未使用の番号を登録します。 登録内容 帳票名 「入院会計一括置き換え(改正対応)」 プログラム名 「ORCBREV200404」 帳票パラメタは設定不要です (4) 「52 月次統計」で「入院会計一括置き換え(改正対応)」を実行してください。（更新があった場合結果リストを出力します） <p>平成16年4月以降の入院会計データが置き換わっていることを確認して、処理終了とする。</p>	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応																				
	<p>であって特殊なものに要する費用は、注1に掲げられている測定及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。</p>																					
3	<p>悪性腫瘍特異物質治療管理料 (点数の見直し)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">イ</td> <td style="width: 35%;">測定方法が一般的なもの</td> <td style="width: 15%;">240点</td> <td style="width: 45%;">220点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>測定方法が精密なもの</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>1項目の場合</td> <td>390点</td> <td>360点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>2項目以上の場合</td> <td>430点</td> <td>400点</td> </tr> </table> <p>(注の変更)(点数の見直し)</p> <p>注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に150点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合はこの限りでない。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 55%;"></td> <td style="width: 15%;">点数変更</td> <td style="width: 15%;">160点</td> <td style="width: 15%;">150点</td> </tr> </table>	イ	測定方法が一般的なもの	240点	220点	ロ	測定方法が精密なもの			(1)	1項目の場合	390点	360点	(2)	2項目以上の場合	430点	400点		点数変更	160点	150点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>
イ	測定方法が一般的なもの	240点	220点																			
ロ	測定方法が精密なもの																					
(1)	1項目の場合	390点	360点																			
(2)	2項目以上の場合	430点	400点																			
	点数変更	160点	150点																			
15	<p>慢性維持透析患者外来医学管理料 (点数の見直し)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 55%;"></td> <td style="width: 15%;">点数変更</td> <td style="width: 15%;">2,670点</td> <td style="width: 15%;">2,460点</td> </tr> </table>		点数変更	2,670点	2,460点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>																
	点数変更	2,670点	2,460点																			
17	<p>慢性疼痛疾患管理料 (注の変更)</p> <p>注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号H001の4に掲げる理学療法()の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>* チェックマスタ更新データの提供を行う 診療行為の併用算定チェックに介達牽引を追加する。</p>																				

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>(項目の新設)</p> <p>19 植込み型補助人工心臓指導管理料 6,000点</p> <p>注 植込み型補助人工心臓の施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、体内植込み型補助人工心臓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 回に限り算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(1) 植込み型補助人工心臓指導管理料は、K600-2 植込み型補助人工心臓を行うことができる保険医療機関でのみ算定できる。</p> <p>(2) 植込み型補助人工心臓指導管理料は、植込み型人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、モニター、バッテリー及び充電器の使用方法的説明など療養上必要な指導を行った場合に月 1 回を限度として算定する。この場合において、モニター、バッテリー及び充電器などに要する費用は所定点数に含まれる。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 113006810</p> <p>施設基準コード：0372</p> <p>* チェックマスタ更新データの提供を行う 診療行為の併用算定チェックに追加する。</p>
B001-2	<p>小児科外来診療料 (1日につき)</p> <p>初診料の注 6、再診料の注 4、外来診療料の注 5 の小児科を標榜する保険医療機関における 6 歳未満の乳幼児に対する時間外加算の特例が追加されたため当該診療料を算定する場合でそれぞれの注に該当する場合はそれに準じて算定を行う。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ</p> <p>113007070 小児科外来診療料 (初診時乳幼児夜間) 加算 85点</p> <p>113007170 小児科外来診療料 (初診時乳幼児休日) 加算 250点</p> <p>113007270 小児科外来診療料 (初診時乳幼児深夜) 加算 480点</p> <p>113007370 小児科外来診療料 (再診時乳幼児夜間) 加算 65点</p> <p>113007470 小児科外来診療料 (再診時乳幼児休日) 加算 190点</p> <p>113007570 小児科外来診療料 (再診時乳幼児深夜) 加算 420点</p> <p>113007670 小児科外来診療料 (外来診療料乳幼児夜間) 加算 65点</p> <p>113007770 小児科外来診療料 (外来診療料乳幼児休日) 加算 190点</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
		<p style="text-align: right;">113007870 小児科外来診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算 420点</p> <p>小児科を標榜する保険医療機関の識別について、算定方法について、算定対象患者のガイダンスについて 「平成16年4月診療報酬改定対応」の「初診料」の同一内容を参照されたい。</p>
B001-2 -2	<p>地域連携小児夜間・休日診療所 （注の変更）</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する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、深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に算定する。</p> <p>（留意事項）</p> <p>(2) 地域連携小児夜間・休日診療所は、届出を行った施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関とは別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当とする診療所その他の保険医療機関の医師が当該保険医療機関において時間外、夜間、休日又は深夜に6歳未満の小児を診察した場合に算定する。</p> <p>(3) 地域連携小児夜間・休日診療所は、時間外、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した6歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。</p> <p>(4) 時間外、夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務</p>	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応								
	<p>先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。</p> <p>(6) 一連の夜間時間外及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。</p>									
B001-4	<p>手術前医学管理料 (点数の見直し)</p> <p style="text-align: right; padding-right: 50px;">点数変更 1,420点 1,310点</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う								
B001-5	<p>手術後医学管理料(1日につき) (点数の見直し)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">病院の場合</td> <td style="width: 5%;">1,410点</td> <td style="width: 5%;">1,340点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>診療所の場合</td> <td>1,250点</td> <td>1,190点</td> </tr> </table>	1	病院の場合	1,410点	1,340点	2	診療所の場合	1,250点	1,190点	* 点数マスタ更新データの提供を行う
1	病院の場合	1,410点	1,340点							
2	診療所の場合	1,250点	1,190点							
B001-6	<p>(区分の新設)</p> <p>肺血栓塞栓症予防管理料 305点</p> <p>注1 一般病棟に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器、材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれて</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う 113006910								

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
	おり、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。	

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応						
C005	<p>在宅患者訪問看護・指導料（1日につき） （注の変更）</p> <p>注 2 注 1 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は 1 4 日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>2回以上</td> <td>250点</td> </tr> <tr> <td>2回</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td>3回以上</td> <td>800点</td> </tr> </table> <p>（留意事項）</p> <p>(14) 「注 4」の在宅移行加算は、当該保険医療機関を退院した次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、当該対象患者の退院後1月以内に訪問看護・指導料を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回限り算定する。</p> <p>ア（省略） イ（省略） ウ（省略） エ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者</p>	2回以上	250点	2回	450点	3回以上	800点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 変更マスタ 114010870 在宅患者訪問看護・指導料 (難病等1日2回訪問) 加算 450点</p> <p>追加マスタ 114011370 在宅患者訪問看護・指導料 (難病等1日3回以上訪問) 加算 800点</p>
2回以上	250点							
2回	450点							
3回以上	800点							
C005-2	<p>（区分の新設）</p> <p>在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 60点</p> <p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（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。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 114011410</p>						

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者 1 人につき週 1 回に限り算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、居宅において療養を行っている通院困難な患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週 3 日以上点滴を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式 1 2 又は別紙様式 1 4 を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1 週間のうち 3 日以上点滴注射を実施した場合に 3 日目に算定する。</p> <p>(5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定する場合には、必要な回路等の費用については所定点数に含まれており、別に算定できない。</p> <p>(6) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。</p> <p>(7) 週 3 日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。</p>	
C006	<p>在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (注の変更)</p> <p>注 1 居宅において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、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者 1 人につき週 3 回に限り算定する。</p>	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応						
	<p>在宅療養指導管理料</p> <p>(留意事項)</p> <p>(11) 「4」の保険医療材料の使用を要件とする加算とは、区分「C104」に掲げる在宅自己注射指導管理料における注入器加算又は区分「C104」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料における輸液セット加算等をいう。</p>							
C101	<p>在宅自己注射指導管理料 (注の変更)(告示の簡素化)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>(注の変更)(取扱いの明確化)</p> <p>注4 注入器を処方した場合又は間歇注入シリンジポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ300点又は1,000点を加算する。</p> <p>(注の変更)(点数の見直し)</p> <p>注5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点</p> <p>ロ イ以外の場合 130点</p> <table style="margin-left: 200px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">点数変更</td> <td style="padding-right: 20px;">160点</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>80点</td> <td>130点</td> </tr> </table>	点数変更	160点	200点		80点	130点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>
点数変更	160点	200点						
	80点	130点						

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>(留意事項)</p> <p>(5) 「注 4」に規定する「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスプレイ注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。また、「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。</p> <p>(7) 「注 4」に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスプレイ注射器を処方した場合は、「注 5」に規定する加算のみ算定する。</p>	
C102-2	<p>在宅血液透析指導管理料 (注の変更)</p> <p>注 1 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降につき 1,900 点を月 2 回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して 2 月までの間は、1,900 点を月 4 回に限り算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(2) 導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。</p>	<p>【チェック】</p> <p>頻回指導管理（1,900 点）は月 4 回の上限回数チェックを行う。通常は月 2 回までしか算定できないが条件を満たせば 4 回まで算定可能であるので入力者による算定チェックを行っていただきたい。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応									
C103	<p>在宅酸素療法指導管理料 (注の変更)(点数の見直し)</p> <p>注4 携帯用酸素ポンペを使用した場合は、所定点数に880点を加算する。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">点数変更</td> <td style="padding: 0 10px;">990点</td> <td style="padding: 0 10px;">880点</td> </tr> </table> <p>(注の変更)(点数の見直し)</p> <p>注5 設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ3,970点又は880点を加算する。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">点数変更</td> <td style="padding: 0 10px;">4,320点</td> <td style="padding: 0 10px;">3,970点</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">990点</td> <td style="padding: 0 10px;">880点</td> </tr> </table> <p>(留意事項)</p> <p>(6) 在宅酸素療法の算定にあたっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器及び経皮的動脈血酸素飽和度測定のコストは所定点数に含まれており別に算定できない。</p>	点数変更	990点	880点	点数変更	4,320点	3,970点		990点	880点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>当該診療料を算定した場合は動脈血酸素分圧測定結果を診療報酬明細書に記載する必要がある。 フリーコメントコードを使用して入力していただきたい。 (例) 114003710 在宅酸素療法指導管理料(その他) 810000001 動脈血酸素分圧測定:(結果)</p>
点数変更	990点	880点									
点数変更	4,320点	3,970点									
	990点	880点									

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
老健	<p>(注の変更)</p> <p>注 第 2 部に規定する在宅医療料以外の在宅医療料 (在宅時医学管理料を除く。) の算定は、医科点数表の例による。この場合において、在宅患者訪問診療料の注中「区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料」とあるのは「第 1 章第 1 部第 1 節に規定する老人初診料」と、「区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料」とあるのは「同部第 2 節に規定する老人再診料及び老人外来診療料」と、在宅末期医療総合診療料の注中「居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの」とあるのは「末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等」と、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の注中「指定訪問看護」とあるのは「指定老人訪問看護」と、それぞれ読み替えるものとする。</p>	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
D006	<p>出血・凝固検査 (項目の追加)</p> <p>全血凝固溶解時間測定 (Ratnoff法等) 85点</p> <p>血清全プラスミン測定法 (血清S K活性化プラスミン値) 85点</p> <p>ユーグロブリン溶解時間測定 85点</p> <p>ユーグロブリン分屑プラスミン値測定 (Lewis法) 85点</p> <p>プラスミン活性値検査の簡易法 (福武法、畔柳法) 85点</p> <p>(点数の見直し) (包括項目)</p> <p>イ 3項目又は4項目 750点 640点</p> <p>ロ 5項目以上 900点 770点</p>	<p>準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。</p> <p>なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。</p> <p> </p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>イ 099600601</p> <p>ロ 099600602</p>
D007	<p>血液化学検査 (項目の追加)</p> <p>心筋トロポニン 精密測定 120点</p> <p>クロスラプス精密測定 190点</p> <p>(留意事項)</p> <p>(33) 「33」の クロスラプス精密測定は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。</p> <p>(点数の見直し) (包括項目)</p> <p>イ 5項目以上7項目以下 130点 120点</p> <p>ロ 8項目又は9項目 150点 130点</p> <p>ハ 10項目以上 165点 140点</p>	<p>準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。</p> <p>なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。</p> <p>すでにコードが存在</p> <p> </p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p> <p>イ 099600101</p> <p>ロ 099600102</p> <p>ハ 099600103</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
D008	内分泌学的検査 (点数の見直し)(包括項目) イ 3項目以上5項目以下 540点 460点 ロ 6項目又は7項目 860点 740点 ハ 8項目以上 1,050点 900点	* 点数マスタ更新データの提供を行う イ 099600201 ロ 099600202 ハ 099600203
D009	腫瘍マーカー (項目の追加) 乳頭分泌液中HER2タンパク測定 310点 血清中HER2タンパク測定 310点 (点数の見直し)(包括項目) 注2 イ 2項目以上 85点 75点 注3 イ 2項目 310点 270点 ロ 3項目 390点 340点 ハ 4項目以上 540点 460点 (留意事項) (4) 「7」のPSA精密測定は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。ただし、PSA精密検査の検査結果が4.0ng/ml以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を上限をして算定できる。 なお、当該検査を算定するにあたっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。 なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。 160175610 * 点数マスタ更新データの提供を行う イ 099600401 イ 099600501 ロ 099600502 ハ 099600503 PSA精密測定 当該検査の適応症は前立腺癌であることから他の疾患の場合に使用されることは極力ないと考え当該診療行為を入力した時点で検査値を記載するためのコメントコードを自動発生する。発生したコメントコードは削除も可能である。 コメントコードが追加されるのか確認中である。追加されない場合は自動発生しないのでフリーコメントコードにて入力していただきたい。

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
		(例) 160037510 P S A精密 810000001 検査値 4 . 3 n g / m L 【チェック】 算定制限は3月に1回3回を上限ではあるが月1回のチェックを行う。算定制限については入力者でチェックを行っていただきたい。
D011	免疫血液学的検査 (注の変更) 赤血球不規則抗体検査 注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第12款の各区分に掲げる女子性器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。	特に対応はなし
D012	感染症血清反応 (項目の追加) 糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原 160点 尿中レジオネラ抗原 200点	準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。 なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。
D013	肝炎ウイルス関連検査 (点数の見直し)(包括項目) イ 3項目 390点 340点 ロ 4項目 490点 420点 ハ 5項目以上 650点 560点	* 点数マスタ更新データの提供を行う イ 099600301 ロ 099600302 ハ 099600303

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
D014	自己抗体検査 (項目の追加) 血清中抗デスマグレイン 1 抗体 310点 血清中抗デスマグレイン 3 抗体 310点 (点数の見直し) (包括項目) イ 2 項目 430点 370点 ロ 3 項目以上 570点 490点	準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。 なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。 * 点数マスタ更新データの提供を行う イ 099600701 ロ 099600702
D015	血漿蛋白免疫学的検査 8 特異的 I g E 130点 120点 注 特異的 I g E 検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から 1 回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,690 点を限度として算定する。	点数が引き下げられたことにより上限までの種類数が 1 5 種類となった。よって、種類数によるマスタを追加する。 * 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 160176110 特異的 I g E (1 4 種類) 1,680点 160176210 特異的 I g E (1 5 種類以上) 1,690点
D016	細胞機能検査 (項目の追加) フローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査 290点	* 点数マスタ更新データの提供を行う 160175710

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
D023	<p>微生物核酸同定・定量検査 (項目の追加)</p> <p>SARSコロナウイルス核酸増幅検査 480点</p> <p>血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査 480点</p> <p>結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査 550点 (留意事項)</p> <p>(15) 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査 ア 「11」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。 イ 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、本区分の「4」の結核菌核酸同定精密検査又は「6」の結核菌群核酸増幅同定検査を併用した場合は、主たるもののみ算定する。</p>	<p>準用項目から点数表区分へ格上げされた項目につきすでに点数マスタにはコードが存在するのでそれを使用する。 なお、点数の変更については点数マスタ更新データの提供を行う。</p>
D103-2	<p>(区分の新設)</p> <p>HER2遺伝子 2,000点 (留意事項)</p> <p>(1) HER2遺伝子は、乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与対象患者の選択のため、FISH(Fluorescence in situ Hybridization)法により遺伝子増幅検査を行った場合に限り1回を限度として算定する。ただし、同区分の「注」については所定点数に含まれ、別に算定できない。 なお、本検査と区分「D101-2」その他の病理組織検査の「3」のHER2タンパクを併せて実施した場合は、主たる点数のみを算定する。</p>	<p>すでにコードが存在</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改正内容	改正対応
D236-3	<p>(区分の新設) 神経磁気診断 5,000点 注 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社会保険事務局長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する。</p> <p>(留意事項) (1) 神経磁気診断は、原発生及び持続性てんかん、中枢神経疾患に伴う感覚障害及び運動障害の患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を行う場合に限り、手術前に 1 回のみ算定できる。 (2) 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 160175810 施設基準コード：0367</p> <p>当該診療行為を入力した時点で手術予定日のコメントコードを自動発生する。 (例) 160175810 神経磁気診断 840000090 4 10 手術予定 4 月 1 0 日 手術実施日については別途機能で入力を行えば摘要欄の先頭部分に記載が行える。 手術中止の理由はフリーコメントまたは症状詳記で入力をされたい。</p>
D244	<p>自覚的聴力検査 (項目の細分化) 簡易聴力検査 (種目数にかかわらず一連につき) 80点</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 標準純音聴力検査 110点 ロ その他 40点</p> <p>(留意事項) (3) 「3」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。 (4) 「3」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 廃止マスタ 160078110 簡易聴力 80点 追加マスタ 160175910 160176010</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応									
通則	<p>(通則の変更)(点数の見直し)</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に58点を加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">点数変更 48点 58点</p> <p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り所定点数に87点を加算する。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">点数変更 72点 87点</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う									
E200	<p>コンピューター断層撮影(一連につき) (点数の見直し)</p> <p>2 特殊CT撮影(管腔描出を行った場合)</p> <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;">イ 頭部</td> <td style="width: 30%;">715点</td> <td style="width: 30%;">710点</td> </tr> <tr> <td>ロ 躯幹</td> <td>960点</td> <td>950点</td> </tr> <tr> <td>ハ 四肢</td> <td>670点</td> <td>660点</td> </tr> </table>	イ 頭部	715点	710点	ロ 躯幹	960点	950点	ハ 四肢	670点	660点	* 点数マスタ更新データの提供を行う
イ 頭部	715点	710点									
ロ 躯幹	960点	950点									
ハ 四肢	670点	660点									

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
F100	<p>処方料 (注の新設)</p> <p>注 6 注 5 に規定する場合であって、処方期間が 28 日以上の場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 45 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注 5 の加算は算定できない。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(6) 特定疾患処方管理加算</p> <p>ア (省略)</p> <p>イ 処方期間が 28 日以上の場合は、月 1 回に限り 1 処方につき 45 点を算定する。</p> <p>ウ 処方期間が 28 日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の投与日数が 28 日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の投与日数がすべて 28 日以上である必要はない。</p> <p>エ イに該当する場合以外の場合には、月 2 回に限り 1 処方につき 15 点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて 2 回を限度とする。</p> <p>(特記事項)</p> <p>長期投薬加算は外用薬でも 28 日以上であれば算定は可能である。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 120003170 長期投薬加算 (処方料) 45点</p> <p>システムでは次の条件で算定を促すガイダンスの発生を行う。 (1) 長期投薬加算が算定可能な場合 (a) 注 5 に規定する場合 ・ 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関 ・ 入院中の患者以外の患者 (別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。) (b) 処方日数が 28 日以上かつ剤が少なくとも 1 つある。 (c) 同一月に算定されていない。 (d) 同一月に特定疾患処方管理加算 (15 点) が算定されていない。 (e) 同一月に処方せん料の長期投薬加算及び特定疾患処方管理加算 (15 点) が算定されていない。 この(a)~(e)の条件にあてはまる場合は、 「長期投薬加算が算定できます。OKで自動算定します。」とガイダンスを表示する。 処方日数が 28 日以上かつ剤があっても特定疾患に対する薬剤であるかの判断はできないので入力者の判断で算定する場合は「OK」を押す。ここで、長期投薬加算を算定しない場合は「NO」を押すが、その場合は特定疾患処方管理加算 (15 点) が算定可能となるので 「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します。」とガイダンスを表示するのでそれに従う (現行通り)。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
		<p>(2) 同一月に処方せん料の長期投薬加算を算定している場合 すでに長期投薬加算を算定しているため処方料としての長期投薬加算を算定する必要がないため何もガイダンスは表示しない。</p> <p>(3) 同一月に特定疾患処方管理加算（処方料又は処方せん料）を算定している場合 「既に特定疾患処方管理加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除してください。」 とメッセージを表示する。 この場合は、一旦中途終了として登録を行い特定疾患処方管理加算を削除してからもう一度診療行為入力を行う。</p> <p>【外用薬の入力方法とその扱いについて】 外用薬でも28日以上投与があれば長期投薬加算が算定できることになったので外用薬の入力における変更を行う。</p> <p>(1) 入力（表示）方法の変更について 外用薬は原則1調剤として算定を行うので数量×日数として入力を行っても全量×1として扱っている。</p> <p>（例）外用薬Aを1回4g 10回分投与した場合の入力 現行は 外用薬A 40 点×1・・・（A） あるいは 外用薬A 4*10 点×1・・・（B） であるが両者の場合も訂正で呼び出すと 外用薬A 40*1 点×1 となる。 システム変更後（A）を訂正で呼び出すと 外用薬A 40*1 点×1</p>

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
		<p>(B) を訂正で呼び出すと 外用薬 A 4 * 1 0 点 × 1 のように入力した通りに数量 × 日数に置き換えることにする。</p> <p>(2) 長期投薬加算の自動算定の条件について (1) の入力方法へ変更を行うので全量で入力を行わず数量 × 日数として入力された場合、かつ、日数が 2 8 日以上の場合には加算点数を自動算定する条件とみなす。</p> <p>(3) 処方せん、レセプトの記載について 外用薬の日数の概念は当該加算の算定条件にのみ使用することとしその他は現行通りの扱い(全量・1 調剤単位)とする。 なお、どちらも記載要領の変更通知など明確な内容が示されれば対応を行う。</p> <p>(4) セット入力の注意事項について 外用薬のセットは全量として作成されているので外用薬のセットを入力された場合で日数に置き換える場合は数量 × 日数で訂正を行っていただきたい。</p> <p>(5) 会計照会の剤変更機能について 会計照会業務の剤変更機能によって外用薬の内容を変更された場合は全量として登録を行う。 よって、この処理を行った後で診療行為入力の訂正で呼び出して数量 × 日数とはならない。 会計照会業務の剤変更機能によって外用薬の内容を変更され登録を行う場合に元が 2 8 日以上として作成された内容である場合はその旨のメッセージを表示する。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
F400	<p>処方せん料 (注の新設)</p> <p>注4 注3に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り、処方せんの交付1回につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 120003270 長期投薬加算(処方せん料) 45点</p> <p>システムの対応については処方料の長期投薬加算と同様であるので処方料と処方せん料を読み替えして参照されたい。</p>
F500	<p>調剤技術基本料 (項目の変更)</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>病院だけでなく有床診療所でも算定可能となった。 ただし、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合</p>	<p>現行どおり自動算定を行うがシステムでは自動算定の条件を次のように変更する。</p> <p>(1) システム管理「1007 自動算定・チェック機能」の「1:調剤技術基本料」が「1 算定する」と設定されている。</p> <p>(2) システム管理「1001 医療機関基本情報」の「病床数(許可)」が1以上である。</p> <p>(3) 入院中である。</p> <p>(4) 同一月に外来で算定をしていない。 システム管理「1007 自動算定・チェック機能」の「入院調剤技術基本料チェック」の設定によりガイダンスを表示することが可能である。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
通則	<p>2 生物学的製剤注射加算</p> <p>(1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキシソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。</p> <p>ア～カ (省略)</p> <p>キ 乾燥ガスエソウマ抗毒素</p> <p>ク～シ (省略)</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 対象となる医薬品は点数マスタ(医薬品)の該当区分を変更する。</p>
G004	<p>点滴注射(1日につき) (注の変更)</p> <p>注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの及び別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(4) 注2に規定する加算の対象となる「厚生労働大臣が定める入院患者」とは、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であつて、無菌治療室管理加算及びHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者と同等の状態にある患者をいう。</p>	

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改正内容	改正対応						
H001	<p>理学療法 (注の変更) 注3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。</p> <p>(留意事項) (9) 急性発症した脳血管疾患等の患者に該当する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に対象となる疾患名及び発症日(又は新たな発症日)につき明記すること。</p> <p>「別に厚生労働大臣が定める患者」の内容変更について</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> <td style="width: 50%; border: none;">回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">早期リハビリテーション加算を算定する患者</td> <td style="border: none;">急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">外来移行加算を算定する患者</td> <td style="border: none;">外来移行加算を算定する患者</td> </tr> </table> <p>早期リハビリテーション加算を算定できない理学療法()、()、言語聴覚療法「個別療法」についても月11単位目以降の逡減がなくなった。 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法を併施する場合は1日合計6単位まで算定可能であるが早期リハビリテーション加算を算定できる「個別療法」だけでなく「集団療法」のみでも算定可能となった。</p>	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	早期リハビリテーション加算を算定する患者	急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者	外来移行加算を算定する患者	外来移行加算を算定する患者	<p>【脳血管疾患の急性発症日の入力について】 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者の場合は発症日の入力を行い算定に関する起算日とする。 入力コード：099800101 脳血管疾患急性発症日 (システム予約コードにつき点数マスタ更新データの提供を行う。) (例1) 当日急性発症となり受診された場合 当日の診療行為画面で次のように入力を行う。 099800101 脳血管疾患急性発症日 (例2) 当日受診したが発症日は過去の受診日である場合 発症日に該当する受診日で訂正呼び出しを行い例1のように入力コードを入力し登録する。その後で、当日の会計を行う。 (例3) 過去に他の保険医療機関で発症していた場合 当日の診療行為画面で患者を呼びだし、次に「算定履歴」画面を開き発症日に該当する年月に変更してから入力コードを入力し登録を行う。その後で、当日の会計を行う。 当該入力コードの入力チェックは特に行っていないので何回でも入力ができる。よって、最初の発症日から180日以内に再度急性発症した場合には改めて発症日に入力を行い登録が行える。</p> <p>【チェック】 従来どおり1日及び1月の上限回数チェックを行う。 当該診療行為が入力された場合は算定日より前で脳血管疾患急性発症日が入力されている場合は直近の日付に対し180日以内か超えているかで上限回数を条件に合わせチェックを行う。</p>
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者							
早期リハビリテーション加算を算定する患者	急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者							
外来移行加算を算定する患者	外来移行加算を算定する患者							

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応						
	<p>「別に厚生労働大臣が定める患者」の内容変更について</p> <table border="0"> <tr> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</td> </tr> <tr> <td>早期リハビリテーション加算を算定する患者</td> <td>急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者</td> </tr> <tr> <td>外来移行加算を算定する患者</td> <td>外来移行加算を算定する患者</td> </tr> </table> <p>早期リハビリテーション加算を算定できない理学療法()、()、言語聴覚療法「個別療法」についても月11単位目以降の逓減がなくなった。</p> <p>理学療法、作業療法及び言語聴覚療法を併施する場合は1日合計6単位まで算定可能であるが早期リハビリテーション加算を算定できる「個別療法」だけでなく「集団療法」のみでも算定可能となった。</p>	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	早期リハビリテーション加算を算定する患者	急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者	外来移行加算を算定する患者	外来移行加算を算定する患者	<p>【急性発症の場合の取扱い】</p> <p>(1) 月の途中で180日となった場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該月の発症後180日目に当たる日までに8単位以上算定していれば181日目から月末までは集団療養は算定できない。 当該月の発症後180日目に当たる日までの算定単位数が8単位未満であれば当該月の算定単位は8単位を限度とする。 <p>(2) 発症日が月の中途の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該月の発症日までは8単位を限度とし発症日以降月末までは当該月の発症日までの算定単位数と合わせて12単位を限度とする。 <p>当該診療料を算定した場合は急性発症日と疾患名を診療報酬明細書に記載する必要がある。 記載要領が明確になるまでペンディングとする。</p> <p>【「別に厚生労働大臣が定める患者」の場合について】</p> <p>(1) 個別療法の月11単位目以降の逓減 脳血管疾患の急性発症日が入力されている、かつ、直近の発症日から90日以内である場合は逓減をしない。</p> <p>(2) 通則4の併施の場合の取扱い 脳血管疾患の急性発症日が入力されている、かつ、直近の発症日から90日以内である場合であって1日に「個別療法」「集団療法」を合算した単位数でチェックを行う。</p>
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者							
早期リハビリテーション加算を算定する患者	急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後90日以内の患者							
外来移行加算を算定する患者	外来移行加算を算定する患者							

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
H002	<p>作業療法 (注の変更)</p> <p>注3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(8) 注2、注3及び注5における「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」の取扱いは、理学療法の例による。</p>	<p>当該診療料に対するシステムの対応は理学療法を参照されたい。</p>
H003	<p>言語聴覚療法 (項目の分割)</p> <p>3 言語聴覚療法 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 個別療法 (1単位) 100点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 集団療法 (1単位) 40点</p> <p>(注の変更)</p> <p>注1 1、2及び3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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>注3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。</p> <p>(注の追加)</p> <p>注5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーシ</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う追加マスタ</p> <p style="margin-left: 20px;">180025410</p> <p style="margin-left: 20px;">180025510</p> <p>施設基準コード：0368 (言語聴覚療法 ())</p> <p>当該診療料に対するシステムの対応は理学療法を参照されたい。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
老健	<p>老人理学療法 (注の変更) 注3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。</p> <p>(留意事項) (3) (1)及び(2)以外の老人理学療法の算定方法については、健康保健の理学療法の算定方法の例によるものとする。</p>	<p>当該診療料に対するシステムの対応は理学療法を参照されたい。</p>
老健	<p>老人作業療法 (注の変更) 注3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月に合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。</p> <p>(留意事項) (3) (1)及び(2)以外の老人作業療法の算定方法については、健康保健の作業療法の算定方法の例によるものとする。</p>	<p>当該診療料に対するシステムの対応は理学療法を参照されたい。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

改正内容

理学・作業・言語聴覚療法算定早見表

		所定点数		加算点数			算定単位限度							
							1日当たり		1月当たり					
		月10単位まで	月11単位以降				通常患者	急性発症(*90日以内)	通常患者	急性発症(180日以内)				
理学療法 老人理学療法	個別療法	()	250点	175点				4単位	6単位	限度なし				
		()	180点	126点										
		()	100点	70点	×	×	×							
		()	50点	35点	×	×	×							
	集団療法	()	100点		×	×	×			2単位	8単位	12単位		
		()	80点		×	×	×							
		()	40点		×	×	×							
作業療法 老人作業療法	個別療法	()	250点	175点				4単位	6単位	限度なし				
		()	180点	126点										
	集団療法	()	100点		×	×	×			2単位	8単位	12単位		
		()	80点		×	×	×							
		()	40点		×	×	×							
	言語聴覚療法	個別療法	()	250点	175点		×			×	4単位	6単位	限度なし	
			()	180点	126点		×			×				
()			100点	70点	×	×	×							
集団療法		()	100点		×	×	×	2単位	8単位	12単位				
		()	80点		×	×	×							
		()	40点		×	×	×							
		()			×	×	×							

早期リハビリテーション加算
病棟ADL加算
外来移行加算(老人のみ)

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
1009	<p>精神科デイ・ケア（1日につき） （注の追加）</p> <p>注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。</p> <p>（留意事項）</p> <p>(3) 同一の保険医療機関で精神科デイ・ケア、ナイト・ケア及びデイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。</p>	<p>【チェック】 ノンチェックとする。</p>
1010	<p>精神科ナイト・ケア（1日につき） （注の追加）</p> <p>注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。</p> <p>（留意事項）</p> <p>(2) その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。 精神科デイ・ケアの留意事項(3) も含まれる。</p>	<p>【チェック】 ノンチェックとする。</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
1010-2	<p>精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき） （注の追加） 注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。</p> <p>（留意事項） (2) その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。 精神科デイ・ケアの留意事項(3) も含まれる。</p>	<p>【チェック】 ノンチェックとする。</p>
1011-2	<p>精神科退院前訪問指導料 （注の変更） 注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回に限り算定する。</p> <p>（注の追加） 注2 看護師、精神保健福祉士等が共同して訪問指導を行った場合は、所定点数に320点を加算する。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 180026270 看護師・精神保健福祉士共同訪問指導加算 320点</p>
1012	<p>精神科訪問看護・指導料 （注の追加） 注3 注1に規定する場合であって、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、所定点数に450点を加算する。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 180026370 保健師・看護師訪問指導加算 450点</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
1013	<p>持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 (注の変更) 注 持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の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、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する。</p>	特に対応はなし
1014	<p>(区分の新設) 医療保護入院等診療料 300点 注 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条第 1 項、第 29 条の 2 第 1 項、第 33 条第 1 項若しくは第 2 項又は第 33 条の 4 第 1 項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> <p>(留意事項) (1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中 1 回に限り算定する。 (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する。</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 180026410</p> <p>当該診療料を算定した場合は入院の形態を診療報酬明細書に記載する必要がある。 フリーコメントコードを使用して入力していただきたい。 (例) 180026410 医療保護入院等診療料 810000001 入院形態：緊急措置入院</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
J017	<p>エタノールの局所注入 (注の変更)</p> <p>注 1 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長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する。</p> <p>注 2 甲状腺及び副甲状腺に対する局所注入については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。</p>	
J113	<p>耳垢栓塞除去(複雑なもの) (注の新設)</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。</p>	<p>6歳未満の場合は、加算点数の自動発生を行う。 加算点数のコード：140031870 乳幼児加算(処置)</p>
J118	<p>(区分の新設)</p> <p>介達牽引(1日につき) 35点</p> <p>注 1 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>注 2 同一の患者につき同一月において、介達牽引及び消炎鎮痛等処置(器具等による療法及び湿布処置に限る。)について併せて5回以上行った場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(3) 「注2」に掲げる「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」の取</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 140048010</p> <p>【チェック】 同一日に消炎鎮痛等処置を算定した場合は算定不可とする。 (同一会計内であっても重複算定エラーとする。)</p> <p>【算定について】 同一月に5回以上行った場合の5回目以降の逡減は逡減コードを自動発生する。なお、回数のカウントは介達牽引、消炎鎮痛等処置の器具等による療法及び湿布処置を合わせた回数とする。 なお、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者の場合で180日以内は同一月に7回目以降の場合に逡減コードを自動発生する。 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者についてはリハビリテーション料の理学療法を参照されたい。</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
	扱いは、理学療法の例による。	逡減コード * 点数マスタ更新データの提供を行う 変更マスタ (50%の減算マスタ) 名称の変更のみ 140047670 消炎鎮痛等処置 (5回目以降) 逡減 140047670 介達牽引・消炎鎮痛等処置逡減
J119	消炎鎮痛等処置 (1日につき) (注の変更) 注3 同一の患者につき同一月において、2及び3の療法について併せて5回以上行った場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 (留意事項) (9) 「注3」に掲げる「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」の取扱いは、理学療法の例による。	【算定について】 同一月に5回以上行った場合の5回目以降の逡減は逡減コードを自動発生する。なお、回数のカウントは介達牽引、消炎鎮痛等処置の器具等による療法及び湿布処置を合わせた回数とする。 なお、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者の場合で180日以内は同一月に7回目以降の場合に逡減コードを自動発生する。 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者についてはリハビリテーション料の理学療法を参照されたい。

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
<p>通則</p>	<p>(通則の変更)(対象手術の追加)</p> <p>4 区分番号K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K552、K552-2、K554からK554-3まで、K596-2、K599からK600-2まで、K614-3、K678、K697-5及びK768に掲げる手術については、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社会保険事務局長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する。 K697-4が削除</p> <p>(通則の変更)(加算の新設)</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K512、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K552、K554、K588、K596、K614、K614-2、K615、K645、K677、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K702、K703、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K780、K801、K803(6を除く。)、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859(1を除く。)、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術につい</p>	<p>施設基準情報より届け出有無を取得し自動算定を行う。</p> <p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ(5%の加算マスタ) 150304190 施設基準適合加算(手術)(100分の5)</p> <p>変更マスタ(30%の減算マスタ) 名称の変更のみ 150302090 施設基準不適合(手術)(100分の70)</p> <p>150302090 施設基準不適合(手術)(100分の30) もともと30%の減算コードであった</p>

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
	<p>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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算し、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、それぞれ所定点数の 100 分の 30 に相当する点数を減算する。</p> <p>(通則の変更) (加算の新設)</p> <p>6 区分番号 K528、K535、K590、K592、K594-2、K684、K695、K751 の 3 及び 4、K751-2、K756 並びに K773 に掲げる手術 (1 歳未満の乳児に対して行われるものに限る。) 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算し、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、それぞれ所定点数の 100 分の 30 に相当する点数を減算する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>8 「通則 5」に規定する体外循環を要する手術とは、区分「K555」から「K587」まで及び、「K589」から「K595」、までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。</p>	<p>通則 5 の変更と同様</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
	<p>手術に係る点数算定式</p> <p>所定点数 = 基本手技項目 + 注加算項目 あるいは 所定点数 = 基本手技項目 × 注加算項目</p> <p>通則加算点数 = 所定点数 × 通則加算項目 通則加算項目に該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新生児加算 ・ 3歳未満の乳幼児加算 ・ 休日加算 ・ 時間外加算 ・ 深夜加算 ・ 時間外特例加算 ・ 2以上の手術の50%併施加算 ・ 施設基準適合加算 ・ 施設基準不適合減算 <p>あるいは</p> <p>通則加算点数(固定点数) 通則加算項目に該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脊髄誘発電位測定加算 ・ 超音波凝固切開装置加算 ・ HIV抗体陽性患者の観血的手術加算 ・ 院内感染防止措置加算 	<p>算定例</p> <p>食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)(胸部、腹部の操作によるもの)を自動縫合器(1個)と遊離腸管移植を併せて、休日に行った場合</p> <p>(施設基準の届け出をしている場合)</p> <p>手技点数 自動縫合器 遊離腸管移植 60,100点 + 2,500点 + 5,000点 + 施設基準適合加算 $\frac{\{ (60,100 + 5,000) \times 0.05 \}}{\text{施設基準適合加算点数をAとする}} +$ 休日加算 $\{ (60,100 + 5,000 + A) \times 0.8 \}$ = 125,539点</p> <p>(施設基準の届出をしているかつ3歳未満の乳幼児の場合)</p> <p>手技点数 自動縫合器 遊離腸管移植 60,100点 + 2,500点 + 5,000点 + 施設基準適合加算 $\frac{\{ (60,100 + 5,000) \times 0.05 \}}{\text{施設基準適合加算点数をAとする}} +$ 乳幼児加算 $\{ (60,100 + 5,000 + A) \times 0.5 \} +$ 休日加算 $\{ (60,100 + 5,000 + A) \times 0.8 \}$ = 159,717点</p> <p style="text-align: right;">{ } : 四捨五入</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
		<p>(施設基準の届け出をしていない場合)</p> <p>手技点数 自動縫合器 遊離腸管移植 60,100点 + 2,500点 + 5,000点 - 施設基準不適合減算 $\frac{\{ (60,100 + 5,000) \times 0.3 \}}{\quad} +$ (施設基準不適合減算点数をAとする) 休日加算 $\{ (60,100 + 5,000 - A) \times 0.8 \}$ $= 84,526点$ </p>
		<p>(施設基準の届出をしていないかつ3歳未満の乳幼児の場合)</p> <p>手技点数 自動縫合器 遊離腸管移植 60,100点 + 2,500点 + 5,000点 - 施設基準不適合減算 $\frac{\{ (60,100 + 5,000) \times 0.3 \}}{\quad} +$ (施設基準不適合減算点数をAとする) 乳幼児加算 $\{ (60,100 + 5,000 - A) \times 0.5 \} +$ 休日加算 $\{ (60,100 + 5,000 - A) \times 0.8 \}$ $= 107,311点$ </p>
		<p>{ } : 四捨五入 { } : 切り捨て</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
K059	(名称の変更) 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	
K474-3	(区分の新設) 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき) 3,400点 (留意事項) (3) 組織の採取に用いる医療材料の費用は所定点数に含まれるものとする。	* 点数マスタ更新データの提供を行う 150303010
K476	乳腺悪性腫瘍手術 (項目の追加) 2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 20,000点	* 点数マスタ更新データの提供を行う 150303110
K511	肺切除術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。 点数変更 2,700点 2,500点	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K514	肺悪性腫瘍手術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 肺縫縮又は気管支断端縫合を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。 点数変更 2,700点 2,500点	
K517	肺縫縮術 (注の追加) 注 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術を行うに当たって、自動縫合	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応						
	<p>器を使用した場合は、2,500点を加算する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(5) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、「注」の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>							
K529	<p>食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) (注の変更)(加算点数の見直し)</p> <p>注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">点数変更</td> <td style="padding-right: 20px;">5,900点</td> <td>5,500点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5,900点</td> <td>2,500点</td> </tr> </table> <p>(留意事項)</p> <p>食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として、「注1」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	点数変更	5,900点	5,500点		5,900点	2,500点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>
点数変更	5,900点	5,500点						
	5,900点	2,500点						
K531	<p>食道切除後2次的再建術 (注の変更)(加算点数の見直し)</p> <p>注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">点数変更</td> <td style="padding-right: 20px;">5,900点</td> <td>5,500点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5,900点</td> <td>2,500点</td> </tr> </table> <p>(留意事項)</p> <p>食道切除後2次的再建術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した</p>	点数変更	5,900点	5,500点		5,900点	2,500点	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う</p>
点数変更	5,900点	5,500点						
	5,900点	2,500点						

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
K605	<p>大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （注の変更）（加算点数の見直し） 注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。 点数変更 2,700点 2,500点</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K655	<p>胃切除術（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。） （注の変更）（加算点数の見直し） 注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。 点数変更 5,900点 5,500点 5,900点 2,500点</p> <p>（留意事項） (2) 胃切除術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として、「注1」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K657	<p>胃全摘術（腹腔鏡（補助）下によるものを含む。） （注の変更）（加算点数の見直し） 注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。 点数変更 5,900点 5,500点 5,900点 2,500点</p> <p>（留意事項） (3) 胃全摘術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ2個又は4個を限度として、「注1」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
K666	(対象手術の追加) 幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術及び腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)	
K697-3	(区分の新設) 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として) 13,600点	* 点数マスタ更新データの提供を行う 150303810
K716	小腸切除術 (注の追加)(加算の新設) 注 自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。 (留意事項) (2) 小腸切除術に当たって自動縫合器を使用した場合は、「注」の加算点数に3個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K719	結腸切除術 (対象手術の追加) 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。) (注の変更)(加算点数の見直し) 注 結腸の全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術を行うに当たって、自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。 点数変更 2,700点 2,500点	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K735	先天性巨大結腸症手術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、2,500点を加算する。	* 点数マスタ更新データの提供を行う

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
	<p style="text-align: center;">点数変更 2,700点 2,500点 2,700点 2,500点</p> <p>(留意事項) 先天性巨大結腸症手術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じた点数を加算する。</p>	
K740	<p>直腸切除・切断術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。</p> <p style="text-align: center;">点数変更 5,900点 5,500点 5,900点 2,500点</p> <p>(留意事項) 直腸切除・切断術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は4個を限度として、「注」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K751	<p>鎖肛手術 (対象手術の追加) 4 腹会陰、腹仙骨式(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)</p>	
K783-2	<p>(区分の新設) 経尿道的尿管ステント留置術</p> <p style="text-align: right;">2,270点</p>	* 点数マスタ更新データの提供を行う 150303910

平成 1 6 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 1 6 年 3 月 第 1 版

区分番号	改 正 内 容	改 正 対 応
K783-3	(区分の新設) 経尿道的尿管ステント抜去術 <div style="text-align: right;">1,000点</div>	* 点数マスタ更新データの提供を行う 150304010
K803	膀胱悪性腫瘍手術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 尿路変更に当たって、自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、 5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。 <div style="text-align: right;"> 点数変更 2,700点 5,500点 2,700点 2,500点 </div> (留意事項) 尿路変更と伴う膀胱悪性腫瘍手術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として、「注」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。	* 点数マスタ更新データの提供を行う
K817	尿道悪性腫瘍摘出術 (注の変更)(加算点数の見直し) 注 尿路変更に当たって、自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、 5,500点又は2,500点をそれぞれ加算する。 <div style="text-align: right;"> 点数変更 2,700点 5,500点 2,700点 2,500点 </div> (留意事項) 尿路変更と伴う尿道悪性腫瘍摘出術に当たって自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として、「3」の「注」の加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。	

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

区分番号	改正内容	改正対応
	自動吻合器又は自動縫合器使用加算について	* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ 150304370 自動縫合器(11個)使用加算 27,500点 150304470 自動縫合器(12個)使用加算 30,000点 150304570 自動縫合器(13個)使用加算 32,500点 150304670 自動縫合器(14個)使用加算 35,000点 150304770 自動縫合器(15個)使用加算 37,500点 150304270 自動吻合器(4個)使用加算 10,000点 廃止マスタ 150244770 自動縫合器(1個)使用加算 150249970 自動縫合器(2個)使用加算 150283070 自動縫合器(3個)使用加算
	人工心肺不使用加算について	* 点数マスタ更新データの提供を行う 廃止マスタ 150301970 人工心肺不使用加算

平成 16 年 4 月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成 16 年 3 月 第 1 版

区分番号	改正内容	改正対応
M000-2	<p>(項目の新設)</p> <p>放射性同位元素内用療法管理料</p> <p>イ 甲状腺癌に対するもの 500点</p> <p>ロ 甲状腺機能亢進症に対するもの 250点</p> <p>注 甲状腺疾患(甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症)を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。</p> <p>(留意事項)</p> <p>(1) (省略)</p> <p>(2) (省略)</p> <p>(3) 放射性同位元素の内用後 4 月間は、内用の有無に関わらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。</p> <p>(4) (省略)</p> <p>(5) (省略)</p>	<p>* 点数マスタ更新データの提供を行う 追加マスタ</p> <p>180026510</p> <p>180026610</p> <p>当該管理料を算定した場合は管理の開始日付を診療報酬明細に記載する必要がある。 フリーコメントコードを使用して入力していただきたい。</p> <p>(例)</p> <p>180026510 放射性同位元素内用療法管理料(イ)</p> <p>810000001 管理開始 16 年 4 月 5 日</p>
M001-3	<p>直線加速器による定位放射線治療 (注の追加)</p> <p>注 直線加速器による定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長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する。</p>	<p>施設基準コード : 0373</p>

平成16年 4月診療報酬改定対応

日医標準レセプトソフト

平成16年3月 第1版

改 正 内 容																		
<p>医薬品マスタについての留意事項</p> <p>(1) 削除扱いとなる医薬品コードについて 局方品の販売品である次の医薬品は平成16年3月31日まで使用可能とする。 平成16年4月1日以降は局方品の医薬品コードにより算定を行います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">使用期限をつけた医薬品</th> <th style="width: 50%;">平成16年4月1日以降請求可能な医薬品コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>610408350 トウモロコシデンブン「コザカイ・M」</td> <td>617110004 トウモロコシデンブン</td> </tr> <tr> <td>612330445 センブリ・重曹散「東海」</td> <td>612330137 センブリ・重曹散</td> </tr> <tr> <td>613290003 ブドウ酒Wine</td> <td>613290002 ブドウ酒</td> </tr> <tr> <td>660421028 オキシドールFM</td> <td>662610034 オキシドール</td> </tr> <tr> <td>660421067 マーキュロクロム液FM 2%</td> <td>662610072 マーキュロクロム液 2%</td> </tr> </tbody> </table>				使用期限をつけた医薬品	平成16年4月1日以降請求可能な医薬品コード	610408350 トウモロコシデンブン「コザカイ・M」	617110004 トウモロコシデンブン	612330445 センブリ・重曹散「東海」	612330137 センブリ・重曹散	613290003 ブドウ酒Wine	613290002 ブドウ酒	660421028 オキシドールFM	662610034 オキシドール	660421067 マーキュロクロム液FM 2%	662610072 マーキュロクロム液 2%			
使用期限をつけた医薬品	平成16年4月1日以降請求可能な医薬品コード																	
610408350 トウモロコシデンブン「コザカイ・M」	617110004 トウモロコシデンブン																	
612330445 センブリ・重曹散「東海」	612330137 センブリ・重曹散																	
613290003 ブドウ酒Wine	613290002 ブドウ酒																	
660421028 オキシドールFM	662610034 オキシドール																	
660421067 マーキュロクロム液FM 2%	662610072 マーキュロクロム液 2%																	
<p>(2) 剤型を変更する医薬品について 次の医薬品は「内用薬」から「外用薬」へ変更を行う。</p> <table style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">618120001 塩酸コカイン</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">g</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">4,613.9 円</td> </tr> <tr> <td>610431104 塩酸コカイン「シオノギ」</td> <td style="text-align: center;">g</td> <td style="text-align: right;">4,613.9 円</td> </tr> </tbody> </table>				618120001 塩酸コカイン	g	4,613.9 円	610431104 塩酸コカイン「シオノギ」	g	4,613.9 円									
618120001 塩酸コカイン	g	4,613.9 円																
610431104 塩酸コカイン「シオノギ」	g	4,613.9 円																
<p>(3) 過去に廃止となった医薬品コードの再掲載について 次の医薬品は平成16年4月1日より旧コードと同じにして再掲載を行う。</p> <table style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">641240064 補正用硫酸マグネシウム液 0.5モル20mL</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">管</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">97 円</td> </tr> <tr> <td>643210010 補正用塩化カルシウム液 0.5モル20mL</td> <td style="text-align: center;">管</td> <td style="text-align: right;">97 円</td> </tr> <tr> <td>643230393 20%キリット注 20mL</td> <td style="text-align: center;">管</td> <td style="text-align: right;">86 円</td> </tr> <tr> <td>643920112 メイロン 7%20mL</td> <td style="text-align: center;">管</td> <td style="text-align: right;">92 円</td> </tr> <tr> <td>643920113 メイロン 7%50mL</td> <td style="text-align: center;">管</td> <td style="text-align: right;">97 円</td> </tr> </tbody> </table>				641240064 補正用硫酸マグネシウム液 0.5モル20mL	管	97 円	643210010 補正用塩化カルシウム液 0.5モル20mL	管	97 円	643230393 20%キリット注 20mL	管	86 円	643920112 メイロン 7%20mL	管	92 円	643920113 メイロン 7%50mL	管	97 円
641240064 補正用硫酸マグネシウム液 0.5モル20mL	管	97 円																
643210010 補正用塩化カルシウム液 0.5モル20mL	管	97 円																
643230393 20%キリット注 20mL	管	86 円																
643920112 メイロン 7%20mL	管	92 円																
643920113 メイロン 7%50mL	管	97 円																