

「日医標準レセプトソフト」

ORCA Project

平成18年 4月診療報酬改定対応 【無床診療所版】

平成18年 3月24日（第一版）

社団法人日本医師会

改版履歴

平成18年 3月24日 第一版 (速報版)

項目	改定内容	改定対応						
第1章第1部 初・再診料 通則 (通則の変更)	1 健康保険法第63条第1項第1号及び老人保健法第17条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、 区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書きに規定する場合を除き 、初診料又は再診料(外来診療料を含む。)は、1回として算定する。	特になし。						
第1節 初診料 A000 初診料 (点数の見直し)	<table border="0"> <tr> <td>1 病院の場合</td> <td>255点</td> <td>270点</td> </tr> <tr> <td>2 診療所の場合</td> <td>274点</td> <td>270点</td> </tr> </table>	1 病院の場合	255点	270点	2 診療所の場合	274点	270点	マスタを一本化。111003610 初診(診療所)を廃止。 111000110 初診 を自動発生する。 「マスタ更新」実施。
1 病院の場合	255点	270点						
2 診療所の場合	274点	270点						
(注の変更)	注2 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。 ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療料を初診として受診した場合は、2つ目の診療料に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6までに規定する加算は算定しない。	マスタを新設。 111011810 同日初診 「マスタ更新」実施。 基本的には入力者の判断で算定を行う。ただし、同一会計内の複数科入力を行った場合2つ目の診療料が初診に該当する場合は同日初診を自動発生する。同一画面内の初診または再診と同日初診の診療料が同じ場合はエラーとする。初診または再診がなく、同日初診のみの場合、当該日に受診が無い場合はエラーとする。						
[通知]	現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。 ただし、「注2」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療料を初診として受診した場合は、現に診療継続中の診療料を除く診療料1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に異なる傷病で2以上の診療料を初診として受診する場合においても、2つ目の診療料に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注3」から「注6」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療料を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療料とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療料を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。	(算定例) 前提：内科と皮膚科と眼科を標榜 継続療養中の診療料を内科とする。 (1)皮膚科を初めて受診した(内科の受診はなし) 再診料 (2)同一日に内科と皮膚科(初診該当)を受診した 内科は再診料、皮膚科は同日初診 (3)同一日に内科と皮膚科(初診該当)及び眼科(初診該当)を受診した 内科は再診料、皮膚科または眼科のどちらかが同日初診、皮膚科または眼科の残りが他科にて算定済みの扱い						
(注の変更)	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点を加算する。 ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。	111011470 初診(乳幼児)(時間外等)加算を廃止する。						

項目	改定内容	改定対応
(注の移動)	<p>注4 (削除) 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときは、所定点数に130点を加算する。</p>	<p>医学管理等 乳幼児育児栄養指導料として区分を新設された。 該当区分を参照。</p>
(注の変更)	<p>注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点)を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に345点)を加算する。</p>	<p>6歳未満の乳幼児に対する加算マスタを新設。 111011970 初診(乳幼児時間外)加算 200点 111012070 初診(乳幼児休日)加算 365点 111012170 初診(乳幼児深夜)加算 695点 111012270 初診(乳幼児時間外特例医療機関)加算 345点 「マスタ更新」実施。 自動発生を行う。</p>
(注の変更)	<p>注5 小児科を標榜する保険医療機関(注4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4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に200点、365点又は695点を加算する。 小児科初診(乳幼児夜間)加算(6歳未満) 85点 200点 小児科初診(乳幼児休日)加算(6歳未満) 250点 365点 小児科初診(乳幼児深夜)加算(6歳未満) 480点 695点</p>	<p>「マスタ更新」実施。</p>
(注の削除)	<p>注7 (削除) 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(B)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(C)又は区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料(D)を別の保険医療機関において算定した患者について、診療所である保険医療機関において初診を行った場合には、所定点数に50点を加算する。</p>	<p>マスタを廃止。</p>

項目	改定内容	改定対応												
(注の削除)	<p>注8 (削除) 病院である保険医療機関において、別の保険医療機関等からの文書による紹介により来院した患者について初診を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr><td>イ 紹介患者加算1</td><td>400点</td></tr> <tr><td>ロ 紹介患者加算2</td><td>300点</td></tr> <tr><td>ハ 紹介患者加算3</td><td>250点</td></tr> <tr><td>ニ 紹介患者加算4</td><td>150点</td></tr> <tr><td>ホ 紹介患者加算5</td><td>75点</td></tr> <tr><td>ヘ 紹介患者加算6</td><td>40点</td></tr> </table> <p>注 イからホまでについては、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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算し、ヘについてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に所定点数に加算する。</p>	イ 紹介患者加算1	400点	ロ 紹介患者加算2	300点	ハ 紹介患者加算3	250点	ニ 紹介患者加算4	150点	ホ 紹介患者加算5	75点	ヘ 紹介患者加算6	40点	<p>マスタを廃止。</p>
イ 紹介患者加算1	400点													
ロ 紹介患者加算2	300点													
ハ 紹介患者加算3	250点													
ニ 紹介患者加算4	150点													
ホ 紹介患者加算5	75点													
ヘ 紹介患者加算6	40点													
(加算の新設)	<p>注6 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、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。</p>	<p>111012370 電子化加算 3点 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で600：電子化加算を「1」と設定する。 初診料を自動発生した時に合わせて電子化加算の自動発生を行う。</p>												
〔参考〕	<p>電子化加算の施設基準</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 診療報酬請求に係る電算処理システムの導入の有無 3 診療報酬点数表の各部署単位で金額の内訳の分かる領収書の交付 4 試行的オンラインシステムを活用した診療報酬請求(400床以上病院に限る。) 5 選択的要件及びその実施内容 <ul style="list-style-type: none"> ・光ディスク等により診療報酬の請求を行っている。 ・試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っている。 ・患者から求めがあった時に、算定した診療報酬区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていること。 ・バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っている。 <ul style="list-style-type: none"> ・インターネットを活用した予約システムが整備されている。 ・診療情報(紹介状を含む。)を電子的に提供している。 ・検査、投薬等に係るオーダリングシステムが整備されている。 ・電子カルテによる診療録管理を行っている。 ・フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピューターの表示装置等により画像診断を行っている。 ・遠隔医療支援システムを活用し、離島若しくはへき地における医療又は在宅医療を行っている。 													

項目	改定内容	改定対応
<p>第2節 再診料 A001 再診料 (点数の見直し)</p> <p>(注の変更)</p> <p>(注の変更)</p> <p>(注の変更)</p> <p>(注の変更)</p> <p>(加算の廃止)</p>	<p>1 病院の場合 58点 57点 2 診療所の場合 73点 71点</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点を加算する。 ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点)を加算する。</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4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3の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。 小児科再診(乳幼児夜間)加算(6歳未満) 65点 135点 小児科再診(乳幼児休日)加算(6歳未満) 190点 260点 小児科再診(乳幼児深夜)加算(6歳未満) 420点 590点</p> <p>注5 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。ただし、病院又は診療所において老人保健法の規定による医療を提供する場合にあっては、それぞれ所定点数に47点又は57点を加算する。</p> <p>注6 (削除) 入院中の患者以外の患者に対して、治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する月は算定しない。</p>	<p>「マスタ更新」実施。</p> <p>112006970 再診(乳幼児)(時間外等)加算を廃止する。</p> <p>6歳未満の乳幼児に対する加算マスタを新設。 112014770 再診(乳幼児時間外)加算 135点 112014870 再診(乳幼児休日)加算 260点 112014970 再診(乳幼児深夜)加算 590点 112015070 再診(乳幼児時間外特例医療機関)加算 250点 「マスタ更新」実施。 自動発生を行う。</p> <p>「マスタ更新」実施。</p> <p>特になし(従前通り)。</p> <p>112007170 継続管理加算 を廃止する。</p>

項目	改定内容	改定対応
(注の変更)	注6 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注5の外来管理加算は算定しない。	特になし。
A002 外来診療料 (点数の見直し)	72点 70点	「マスタ更新」実施。
(注の変更)	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。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則3に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。 イ~ロ (略) ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005(10のうちヘモグロビンA1c(HbA1c)及び15骨髄像を除く。)に掲げるもの ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの ホ 熱傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの ト~カ (略) ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置 タ~ツ (略)	(参考) 包括対象からヘモグロビンA1c(HbA1c)が除かれた。
(注の変更)	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点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。	112007270 外来診療料(乳幼児)(時間外等)加算 を廃止する。
(注の変更)	注4 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点)を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注4のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点(6歳未満の乳幼児の場合においては、所定点数に250点)を加算する。	6歳未満の乳幼児に対する加算マスタを新設。 112015170 外来診療料(乳幼児時間外)加算 135点 112015270 外来診療料(乳幼児休日)加算 260点 112015370 外来診療料(乳幼児深夜)加算 590点 112015470 外来診療料(乳幼児時間外特例医療機関)加算 250点 「マスタ更新」実施。 自動発生を行う。

項目	改定内容	改定対応									
(注の変更)	<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4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4の規定にかかわらず、それぞれ所定点数に135点、260点又は590点を加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6歳未満）</td> <td>65点</td> <td>135点</td> </tr> <tr> <td>外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6歳未満）</td> <td>190点</td> <td>260点</td> </tr> <tr> <td>外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6歳未満）</td> <td>420点</td> <td>590点</td> </tr> </table>	外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6歳未満）	65点	135点	外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6歳未満）	190点	260点	外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6歳未満）	420点	590点	<p>「マスタ更新」実施。</p>
外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6歳未満）	65点	135点									
外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6歳未満）	190点	260点									
外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6歳未満）	420点	590点									

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
第2章第1部 医学管理等 (部の名称変更)	指導管理等 医学管理等 改定内容から部の名称変更に伴う内容については省略をする。	
B000 特定疾患療養管理料 (名称の変更) (注の変更)	特定疾患療養指導料 特定疾患療養管理料 (省略)	
B001 特定疾患治療管理料 1 ウイルス疾患指導料 (注の変更) (加算の新設)	注1 (省略) 注2 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、口の指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。	マスタを新設。 113007970 後天性免疫不全症候群療養指導加算 「マスタ更新」実施。 220点
[通知]	「注2」に掲げる加算は、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、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はHIVウイルスの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。	施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で609：ウイルス疾患指導料を「1」と設定する。
2 特定薬剤治療管理料 (注の新設)	5 てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与している患者について、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。	特になし。
4 小児特定疾患カウンセリング料 (注の変更)	注 (省略)	
5 小児科療養指導 (注の変更)	注1 (省略) 注4 (省略)	

項目	改定内容	改定対応
6 てんかん指導料 (注の変更)	注4 (省略) 注5 (省略)	
7 難病外来指導管理料 (注の変更)	注4 (省略)	
12 心臓ペースメーカー指導管理料 (項目の変更) (注の変更)	イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行つた場合 460点 注2 (省略)	
13 在宅療養指導料 (項目の変更)	注1 (省略)	
15 慢性維持透析患者外来医学管理料 (点数の見直し) (注の変更)	2,460点 2,305点 注2 (省略)	
16 喘息治療管理料 (加算の新設)	注2 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、重度喘息である20歳以上の患者(中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診(区分番号A000の注4、区分番号A001の注3又はA002の注4に規定する加算を算定したものに限る。)した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。)に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。 1月目 2,525点 2月目以降6月目まで 1,975点	マスタを新設。 113008070 重度喘息患者治療管理加算(1月目) 2,525点 113008170 重度喘息患者治療管理加算(2月目以降6月目まで) 1,975点 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で610:喘息治療管理料を「1」と設定する。

項目	改定内容	改定対応
17 慢性疼痛疾患 管理料 (注の変更)	注2 区分番号J118に掲げる介連牽引及び区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	H001の4理学療法()が廃止された。
18 小児悪性腫瘍 患者指導管理料 (注の変更)	注1 (省略) 注4 (省略)	
19 埋込型補助人工 心臓指導管理料 (名称の変更) (注の変更)	植込み型補助人工心臓指導管理料 埋込型補助人工心臓指導管理料 注 第10部手術の通則4に規定する区分番号K604に掲げる埋込型補助人工心臓に係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、体内埋込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	特になし。
B001-2 小児科外来診 療料(1日につき) (注の変更)	注2 区分番号A001に掲げる再診料の注6に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算	特になし。
(注の変更)	注3 区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料及び区分番号C000に掲げる往診料(注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。	マスタを変更。 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応
<p>[通知]</p> <p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 (項目の追加) (点数の見直し)</p> <p>(注の変更)</p> <p>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (区分の新設)</p> <p>B001-3 生活習慣病管理料 (名称の変更) (点数の見直し)</p>	<p>当該患者の診療に係る費用は、初診料(「注2」のただし書に規定するものを除く。)、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料()並びに往診料(往診料の加算を含む。)を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 300点 2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 450点</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、休日又は深夜において、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は、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>生活習慣病指導管理料 生活習慣病管理料 1 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 イ 高脂血症を主病とする場合 900点 ロ 高血圧症を主病とする場合 950点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,050点 2 1以外の場合 イ 高脂血症を主病とする場合 1,460点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,310点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,560点</p>	<p>診療情報提供料()は算定可となった。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 233:地域連携小児夜間・休日診療料1 611:地域連携小児夜間・休日診療料2 を「1」と設定する。</p> <p>11100047 乳幼児育児栄養指導料</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>(注の変更)</p> <p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料 (区分の新設)</p>	<p>注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者及び老人保健法の規定による医療を受けるものを除く。)に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。</p> <p>注2 (省略)</p> <p>1 初回 230点 2 2回目から4回目まで 184点 3 5回目 180点</p>	<p>マスタを新設。 113008310 ニコチン依存症管理料(初回) 230点 113008410 ニコチン依存症管理料(2回目から4回目まで) 184点 113008510 ニコチン依存症管理料(5回目) 180点 「マスタ更新」実施。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で612:ニコチン依存症管理料を「1」と設定する。</p>
<p>B001-4 手術前医学管理料 (点数の見直し)</p> <p>(注の新設)</p>	<p>注1 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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。</p> <p>2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>1,310点 1,192点</p> <p>注3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及びE002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。</p>	<p>マスタを変更。 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応						
(注の変更)	注5 (省略) 注7 (省略)							
B001-5 手術後医学管理料(1日につき) (点数の見直し)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="338 411 958 438">1 病院の場合</td> <td data-bbox="965 411 1115 438">1,340点</td> <td data-bbox="1122 411 1216 438">1,188点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 438 958 466">2 診療所の場合</td> <td data-bbox="965 438 1115 466">1,190点</td> <td data-bbox="1122 438 1216 466">1,056点</td> </tr> </table>	1 病院の場合	1,340点	1,188点	2 診療所の場合	1,190点	1,056点	マスタを変更。 「マスタ更新」実施。
1 病院の場合	1,340点	1,188点						
2 診療所の場合	1,190点	1,056点						
(注の新設)	注2 同一の手術について、同一月にB001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。							
(注の変更)	注3 (省略) 注5 (省略)							
B002 開放型病院共同指導料() (加算の廃止)	注2 (削除) 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に330点を加算する。							
(注の新設)	注2 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、区分番号C000に掲げる往診料及び区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。							
B003 開放型病院共同指導料() (加算の廃止)	注2 (削除) 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に430点を加算する。							
B004 在宅患者入院共同指導料() (区分の削除)								

項目	改定内容	改定対応
<p>B004 地域連携退院時共同指導料1 (区分の新設)</p>	<p>1 在宅療養支援診療所(地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、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社会保険事務局長に届け出たものをいう(以下この表において同じ。))の場合 1,000点 2 1以外の場合 600点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者について、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が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの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、当該入院中1回に限り、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において算定する。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。</p> <p>2 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、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料()、区分番号C000に掲げる往診料及び区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。</p>	<p>マスタを新設。 113008610 地域連携退院時共同指導料1(在宅療養支援診療所の場合) 1,000点 113008710 地域連携退院時共同指導料1(1以外の場合) 600点 「マスタ更新」実施。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で613:在宅療養支援診療所を「1」と設定する。</p>
<p>B005 在宅患者入院共同指導料() (区分の削除)</p>		
<p>B005 地域連携退院時共同指導料2 (区分の新設)</p>	<p>1 在宅療養支援診療所と連携する場合 500点 2 1以外の場合 300点</p> <p>注1 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の居宅における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回までに限り算定できる。</p>	<p>マスタを新設。 113008810 地域連携退院時共同指導料2(在宅療養支援診療所と連携する場合) 500点 113008910 地域連携退院時共同指導料2(1以外の場合) 300点 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>B005-2 地域連携診療計画管理料 (区分の新設)</p>	<p>2 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料 及び区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。</p> <p>1,500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、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病院である保険医療機関(以下この表において「計画管理病院」という。)が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料()の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()及び区分番号B005に</p>	<p>マスタを新設。 113009010 地域連携診療計画管理料 「マスタ更新」実施。 1,500点</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で614:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料を「1」と設定する。</p>
<p>B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 (区分の新設)</p>	<p>1,500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(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理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、所定点数を算定する。</p> <p>2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料()の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()及び区分番号B005に</p>	<p>マスタを新設。 113009110 地域連携診療計画退院時指導料 「マスタ更新」実施。 1,500点</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で614:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料を「1」と設定する。</p>

項目	改定内容	改定対 応
B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料 (区分の新設)	500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、診療に基づき紹介した患者(別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が病院である別の保険医療機関(区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た保険医療機関に限る。)に入院(分娩を伴うものに限る。)中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。	500点 マスタを新設。 113009210 ハイリスク妊産婦共同管理料(1) 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で615:ハイリスク妊産婦共同管理料1を「1」と設定する。
B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料 (区分の新設)	350点 注 区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとし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別の保険医療機関から紹介された患者(別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が当該病院に入院(分娩を伴うものに限る。)中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。	350点 マスタを新設。 113009310 ハイリスク妊産婦共同管理料(2) 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で616:ハイリスク妊産婦共同管理料2を「1」と設定する。
B006-2 退院指導料 (区分の削除)	(省略)	
B006-4 退院時共同指導料 (区分の削除)	(省略)	
B007 退院前訪問指導料 (点数の見直し)	360点	410点 マスタを変更。 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応
B010 診療情報提供料 () (区分の再編)	500点 注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	マスタを新設。 113009510 診療情報提供料(2) 「マスタ更新」実施。 500点
B011 診療情報提供料 (C) (区分の再編)	(削除)	
B011-2 診療情報提供料(D) (区分の再編)	(削除)	
B011-3 薬剤情報提供料 (注の移動)	注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定する。 2 注1の場合において、患者(老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。)に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳(老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。)に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)所定点数に5点を加算する。 3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定	

項目	改定内容	改定対応
<p>第2章第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 C000 往診料 (加算の見直し)</p> <p>C001 在宅患者訪問診療料(1日につき) (加算の見直し)</p> <p>C002 在宅時医学総合管理料(月1回) (区分の再編)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間(深夜を除く。)の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。</p> <p>注5 患者において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。ただし、注4のただし書の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療(在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。)の費用は算定しない。</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 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 4,200点 ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点 2 1以外の場合 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 2,200点 ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点</p>	<p>マスタを新設。 114011570 往診料(緊急)加算(在宅療養支援診療所等) 650点 114011670 往診料(夜間)加算(在宅療養支援診療所等) 1,300点 114011770 往診料(深夜)加算(在宅療養支援診療所等) 2,300点 114011870 特別往診料(緊急)加算(在宅療養支援診療所等) 650点 114011970 特別往診料(夜間)加算(在宅療養支援診療所等) 1,300点 114012070 特別往診料(深夜)加算(在宅療養支援診療所等) 2,300点 「マスタ更新」実施。</p> <p>マスタを新設。 114012170 在宅ターミナルケア加算(在宅療養支援診療所等) 10,000点 「マスタ更新」実施。</p> <p>マスタを新設。 114012210 在宅時医学総合管理料1(院外処方せん) 4,200点 114012310 在宅時医学総合管理料1(院内処方せん) 4,500点 114012410 在宅時医学総合管理料2(院内処方せん) 2,500点 「マスタ更新」実施。</p> <p>114007510 在宅時医学総合管理料2(院外処方せん) 院外・院内ボタンの切り替えにより算定コードの自動置換えを行う。</p>

項目	改定内容	改定対応
(注の変更)	<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(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。)において、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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。</p>	
(注の変更)	<p>2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	
(加算の新設)	<p>3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。</p>	<p>マスタを新設。 114012570 重症者加算 「マスタ更新」実施。</p> <p style="text-align: right;">1,000点</p>
C003 在宅末期医療総合診療料(1日につき) (注の変更)	<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(在宅療養支援診療所に限る。)において、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に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。</p>	
C005 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき) (加算の新設)	<p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p>	<p>マスタを新設。 114012670 緊急訪問看護加算 「マスタ更新」実施。</p> <p style="text-align: right;">265点</p>
(注の変更)	<p>4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。</p>	<p>マスタを新設。 114012770 在宅ターミナルケア加算(在宅療養支援診療所等) 「マスタ更新」実施。</p> <p style="text-align: right;">1,500点</p>

項目	改定内容	改定対応
(加算の見直し)	<p>注5 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p>	<p>マスタを新設。 114012870 重症者在宅移行管理加算 「マスタ更新」実施。 500点</p>
C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1単位） （点数の見直し）	530点 300点	1単位につきと変更になった。 単位数を数量として入力を行う。
(算定要件の緩和)	<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6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。</p>	
第2節 在宅療養指導管理料 （通則の新設）	在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。	特になし。
第1款 在宅療養指導管理料 （通則の変更）	1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。	特になし。
(通則の変更)	2 同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C113までに掲げる在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。	特になし。
(通則の削除)	4 (削除) 区分番号C101からC112までに掲げる各区分の注に規定する加算（保険医療材料の使用を算定要件とするものに限る。）については当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。	特になし。

項目	改定内容	改定対応
C101 在宅自己注射指導管理料 (注の移動) (注の移動) (注の移動) (注の移動)	注2 (移動) 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。)であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回又は3回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点又は860点を加算する。 注3 (移動) 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。)であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回、3回又は4回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点、860点又は1,140点を加算する。 注4 (移動) 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。 注5 (移動) 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。 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 ロ イ以外の場合 130点	特になし。 特になし。 特になし。 特になし。
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 紫外線殺菌器又は自動腹膜灌流装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ360点又は2,500点を加算する。	特になし。
C102-2 在宅血液透析指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 透析液供給装置を使用した場合は、所定点数に8,000点を加算する。	特になし。
C103 在宅酸素療法指導管理料 (注の移動) (注の移動)	注2 (移動) 酸素ポンプを使用した場合は、所定点数に3,950点を加算する。 注3 (移動) 酸素濃縮装置を使用した場合は、所定点数に4,620点を加算する。ただし、この場合において注2に規定する点数は加算できない。	特になし。 特になし。

項目	改定内容	改定対応
(注の移動)	注4 (移動) 携帯用酸素ポンペを使用した場合、所定点数に880点を加算する。	特になし。
(注の移動)	注5 (移動) 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、所定点数にそれぞれ3,970点又は880点を加算する。	特になし。
(注の移動)	注6 (移動) 注2から注5までに規定する加算は、チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対しては算定しない。	特になし。
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 輸液セット又は注入ポンプを使用の場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	特になし。
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 栄養管セット又は注入ポンプを使用の場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。	特になし。
C106 在宅自己導尿指導管理料 (注の移動)	注3 (移動) 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用の場合は、所定点数に600点を加算する。	特になし。
C107 在宅人工呼吸指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器、鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用の場合は、所定点数にそれぞれ6,840点、5,930点又は3,000点を加算する。	特になし。
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 (注の移動)	経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用の場合は、所定点数に1,210点を加算する。	特になし。

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 注入ポンプ又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ1,000点又は2,500点を加算する。	特になし。
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 (注の変更)	注2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。	特になし。
C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 (注の移動)	注2 (移動) 送信器を使用した場合は、所定点数に600点を加算する。	特になし。
C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 (注の変更) (注の移動)	注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI2製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。 携帯型精密輸液ポンプを使用した場合は、所定点数に10,000点を加算する。	特になし。 特になし。
C112 在宅気管切開患者指導管理料 (注の変更) (注の移動)	注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。 注2 (移動) 人工鼻を使用した場合は、所定点数に1,500点を加算する。	特になし。 特になし。

項目	改定内容	改定対応
<p>C113 寝たきり老人訪問指導管理料</p> <p>第2款 在宅療養指導管理材料加算 (新設) (通則の新設)</p>	<p>注1 在宅寝たきり老人(老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。)に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>5 寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>6 同一の患者につき1月以内に寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。</p> <p>1からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に月1回に限り算定する。</p> <p>2 1にかかわらず本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。</p>	<p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
C150 血糖自己測定器加算 (区分の新設)	1 月20回以上測定する場合 400点 2 月40回以上測定する場合 580点 3 月60回以上測定する場合 860点 4 月80回以上測定する場合 1,140点 注 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)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、第1款の所定点数に加算する。 1、2及び3については、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回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)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、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C151 注入器加算 (区分の新設)	300点 注 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、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C152 間歇注入シリンジポンプ加算 (区分の新設)	1,000点 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、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C153 注入器用注射針加算 (区分の新設)	1 治療上の必要があって、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 2 1以外の場合 130点 注 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、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
C154 紫外線殺菌器加算 (区分の新設)	<p style="text-align: right;">360点</p> <p>注 在宅自己連続携帯行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>従前の加算コードを使用。 特になし。</p>
C155 自動腹膜灌流装置加算 (区分の新設)	<p style="text-align: right;">2,500点</p> <p>注 在宅自己連続携帯行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>従前の加算コードを使用。 特になし。</p>
C156 透析液供給装置加算 (区分の新設)	<p style="text-align: right;">8,000点</p> <p>注 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、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>従前の加算コードを使用。 特になし。</p>
C157 酸素ポンベ加算 (区分の新設)	<p>1 携帯用酸素ポンベ 880点 2 1以外の酸素ポンベ 3,950点</p> <p>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。</p>	<p>従前の加算コードを使用。 特になし。</p>
C158 酸素濃縮装置加算 (区分の新設)	<p style="text-align: right;">4,620点</p> <p>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。</p>	<p>従前の加算コードを使用。 特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
C159 液化酸素装置加算 (区分の新設)	1 設置型液化酸素装置 3,970点 2 携帯型液化酸素装置 880点 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。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 (区分の新設)	注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C161 注入ポンプ加算 (区分の新設)	注 在宅中心静脈栄養法又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若しくは在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又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。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C162 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算 (区分の新設)	注 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。	従前の加算コードを使用。 特になし。
C163 間歇導尿用ディスプレイカテーテル加算 (区分の新設)	注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスプレイカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	従前の加算コードを使用。 特になし。

項目	改定内容	改定対応
C164 人工呼吸器加算 (区分の新設)	<p>注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p> <p>2 人工呼吸器 5,930点</p> <p>注 鼻マスク若しくは顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 3,000点</p> <p>注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。</p> <p>注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>従前の加算コードを使用。</p> <p>特になし。</p>
C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (区分の新設)	<p>注 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治療器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>1,210点</p>	<p>従前の加算コードを使用。</p> <p>特になし。</p>
C166 携帯型ディスプレイポンプ加算 (区分の新設)	<p>注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又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、携帯型ディスプレイポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>2,500点</p>	<p>従前の加算コードを使用。</p> <p>特になし。</p>
C167 疼痛管理用送信器加算 (区分の新設)	<p>注 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。</p> <p>600点</p>	<p>従前の加算コードを使用。</p> <p>特になし。</p>
C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 (区分の新設)	<p>注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>10,000点</p>	<p>従前の加算コードを使用。</p> <p>特になし。</p>

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
C169 気管切開患者用 人工鼻加算 (区分の新設)	<p style="text-align: right;">1,500点</p> <p>注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	従前の加算コードを使用。 特になし。

項目	改定内容	改定対応
第2章第3部 検査 通則 (通則の変更) (通則の削除)	6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 7 (削除) 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における検査に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。	特になし。 特になし。
第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 (通則の変更) (通則の変更) (加算の新設)	1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき110点を加算する。 ただし、この場合において、同一日に3の加算は別に算定できない。 2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。 3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ1点を加算する。	算定チェックは未実施。 今後実装の検討を行う。 特になし。 加算マスタを新設。 160177770 外来迅速検体検査加算 「マスタ更新」実施。 基本的な入力の手入力による算定である。 項目数を数量として入力を行う。 5項目を超える項目数を入力した時はエラーメッセージを表示する。

1点

項目	改定内容	改定対応
D001 尿中特殊物質定性定量検査 (項目の削除)	区分D001の4 メラニン定性 区分D001の9 細菌尿検査(TTC還元能) 区分D001の12 パラニトロフェノール 区分D001の12 カタラ-ゼ反応 区分D001の20 成長ホルモン(GH)定量精密測定	<p>【医療機関における検査体制による自動算定について】 医療機関によって検査結果を迅速に行える体制を整えている場合は以下の方法により自動算定が可能である。 システム管理の「1007 自動算定・チェック機能制御情報」で「15: 検体検査加算自動発生」を「1 算定する」と設定する。 厚生労働大臣の定める検査</p> <ul style="list-style-type: none"> 160000310 尿一般物質定性半定量検査 160005010 尿沈渣顕微鏡検査 160007610 赤血球沈降速度測定(ESR?) 160000550 ケトン体試験紙法(血) 160000650 ケトン体アンプル法(血) 160000750 糖試験紙法(血) 160000850 糖アンプル法(血) 160000950 クロール試験紙法(血) 160001050 クロールアンプル法(血) 160149650 糖固定化酵素電極(血) 160149750 クロール固定化酵素電極(血) 160149850 ケトン体固定化酵素電極(血) 160163050 心筋トロポニンT定性 160027710 血液ガス分析 160168150 ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H - F A B P) 160169810 先天性代謝異常症検査 160169450 インフルエンザウイルス抗原精密測定 <p>自動算定の場合これらの検査は項目数のカウントから除外する。 診療行為入力画面で検体検査を入力し確認画面へ遷移すると当該加算を自動算定する。この確認画面で当該加算を算定できない場合であれば削除を行う。 ・文書により患者に説明が出来ない ・時間外緊急院内検査加算を算定 など</p> <p>マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応
D002-2 フロ - サイトメトリ - 法による尿中有形成分定量測定 (区分の新設)	注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。 2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。
D003 糞便検査 (項目の削除)	区分D003の2 ビリルビン定量 区分D003の2 AMS	マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。
D004 穿刺液・採取液検査 (項目の新設)	区分D004-11 IgGインデックス 500点 区分D004-12 髄液MBP、髄液オリゴクロ - ナルバンド測定 600点 区分D004-13 悪性腫瘍遺伝子検査 2,000点	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。
D005 血液形態・機能検査 (項目の削除)	区分D005の10 ヘモグロビンA1 (HbA1) 区分D005の13 LE現象検査	マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。
D006 出血・凝固検査 (注の変更) (項目の削除)	注 患者から1回に採取した血液を用いてPIVKA、フィブリノ - ゲン分解産物精密測定、D - Dダイマ - 精密測定、プロテインS精密測定、2 - プラスミンインヒビタ - ・プラスミン複合体、 第因子様抗原 、血小板第4因子 (PF4) 精密測定、 トロンボグロブリン精密測定 、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT) 精密測定、プロテインC、フィブリンモノマ - 複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1 + 2精密測定、 トロンボモジュリン精密測定 、tPA・PAI - 1複合体、凝固因子 (、 、 、 、)及びフィブリノペプチド精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 550点 ロ 5項目以上 770点 区分D006の6 部分トロンボプラスチン時間測定 区分D006の11 ユ - グロブリン溶解時間測定 区分D006の11 ユ - グロブリン分屑プラスミン値 測定 (Lewis法) 区分D006の11 プラスミン活性値検査の簡易法 (福武法、畔柳法)	マスタに設定された区分により自動算定を行う (従前通り)。 マスタ (システム予約) を変更。 「マスタ更新」実施。 マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応
(区分の新設)	区分D006-3 Major bcr - abl mRNA核酸増幅精密測定 1,200点 区分D006-4 進行性筋ジストロフィ - 遺伝子検査 2,000点 区分D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,400点	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。
D007 血液化学検査 (注の変更)	注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、 γ -グルタミルトランスペプチダーゼ(γ -GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 β -リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO ₄ 、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)及びイオン化カルシウムを5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 5項目以上7項目以下 102点	マスタに設定された区分により自動算定を行う(従前通り)。 マスタ(システム予約)を変更。 「マスタ更新」実施。
(項目の新設)	区分D007-27 シスタチンC精密測定、ペントシジン 130点 区分D007-43 プロカルシトニン(PCT) 320点	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。
(項目の削除)	区分D007の1 アルブミン・グロブリン比測定 区分D007の3 総脂質 区分D007の6 過酸化脂質 区分D007の9 シアル酸 区分D007の10 フルクトサミン 区分D007の20 尿中硫酸抱合型胆汁酸	マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。
D008 内分泌学的検査 (項目の新設)	区分D008-21 抗IA-2抗体精密測定 230点	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応
<p>(注の変更)</p> <p>D009 腫瘍マ - カ - (項目の新設)</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定、卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定、C-ペプチド(CPR)精密測定、黄体形成ホルモン(LH)、遊離サイロキシン(FT4)精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラ - ゼ(GAD)抗体価精密測定、遊離トリヨ - ドサイロニン(FT3)精密測定、コルチゾ - ル精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定、17 - ケトジェニックステロイド(17 - KGS)精密測定、テストステロン精密測定、ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定、型コラ - ゲン架橋N - テロペプチド(NTx)精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクト - ゲン(HP L)、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)分画精密測定、グルカゴン精密測定、カルシトニン精密測定、オステオカルシン精密測定、骨型アルカリフォスファタ - ゼ(BAP)精密測定、尿中 クロラプス精密測定、プロジェステロン精密測定、遊離テストステロン精密測定、エストロジェン、17 - ケトジェニックステロイド分画(17 - KGS分画)精密測定、サイクリックAMP(C - AMP)精密測定、エストリオ - ル(E3)精密測定、尿中デオキシピリジノリン精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C - PTHrP)精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定、プレグナンジオ - ル、カテコ - ルアミン精密測定、副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定、エストラジオ - ル(E2)精密測定、カテコ - ルアミン分画精密測定、DHEA - S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)精密測定、17 - ケトステロイド分画(17 - KS分画)精密測定、プレグナントリオ - ル精密測定、エリスロポエチン精密測定、17 - ヒドロキシプロジェステロン精密測定、抗IA - 2抗体精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP - 3)精密測定及びメタネフリン分画精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>区分D009-9 型プロコラ - ゲン - C - プロペプチド精密測定 170点 区分D009-9 型コラ - ゲンCテロペプチド精密測定 170点</p>	<p>マスタに設定された区分により自動算定を行う(従前通り)。 マスタ(システム予約)を変更。 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>第3節 生体検査料 (加算の見直し)</p> <p>(呼吸循環機能検査等) (加算の新設)</p> <p>D206 心臓カテ - テル法による諸検査(一連の検査について) (注の変更)</p>	<p>区分の新設または削除、項目の新設または削除については省略する。</p> <p>新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して本節に掲げる検査(次に掲げるものを除く。)を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 呼吸機能検査等判断料 2 心臓カテ - テル法による諸検査 3 心電図検査の注に掲げるもの 4 負荷心電図検査の注1に掲げるもの 5 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコ - プ(ハ - トスコ - プ)、カルジオオタコスコ - プ 6 経皮的血液ガス分圧測定 7 深部体温計による深部体温測定 8 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察 9 脳波検査の注2に掲げるもの 10 脳波検査判断料 11 神経・筋検査判断料 12 ラジオアイソト - プ検査判断料 13 内視鏡検査の通則3に掲げるもの 14 超音波内視鏡検査を実施した場合の加算 15 肺臓カテ - テル法、肝臓カテ - テル法、膵臓カテ - テル法 <p>2 使用したガスの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。</p> <p>注1 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、それぞれ100分の300又は100分の100に相当する点数を加算す</p>	<p>マスタに設定された区分により自動算定を行う(従前通り)。 マスタを変更。 「マスタ更新」実施。</p> <p>ガス(CO、CO2、N2、He等) 材料入力方法により算定を行う。</p> <p>マスタに設定された区分により自動算定を行う(従前通り)。 マスタを変更。 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応
D214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査 (項目の削除) (注の変更)	2 脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料 注3 検査の実施ごとに1に掲げる所定点数を算定する。	マスタを廃止。 「マスタ更新」実施。 脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料の廃止。
D256 眼底カメラ撮影 (注の新設)	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算す	特になし。
D257 細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼) (注の新設)	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算す	特になし。
D273 細隙燈顕微鏡検査(前眼部) (注の新設)	注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算す	特になし。
D282-3 コンタクトレンズ検査料 (区分の新設)	1 コンタクトレンズ検査料1 イ 初回装用者の場合 387点 ロ 既装用者の場合 112点 2 コンタクトレンズ検査料2 イ 初回装用者の場合 193点 ロ 既装用者の場合 56点 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、コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定する。 注2 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コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で617:コンタクトレンズ検査料1を「1」と設定する。 特になし。

項目	改定内容	改定対応
<p>(臨床心理・神経心理検査) (通則の新設)</p>	<p>注3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別な関係にある保険医療機関において過去に1のイ又は2のイを算定した患者に対して、1のロ又は2のロを算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。 4 区分番号D255から区分番号D282-2に掲げる検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>特になし。</p>
<p>D291皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー-誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光貼布試験、最小紅斑量(M (区分の変更)</p>	<p>区分番号D283から区分番号D285までに掲げる臨床心理・神経心理検査については、同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ の所定点数のみにより算定する。</p> <p>1 21箇所以内の場合(1箇所につき) 16点 2 22箇所以上の場合(一連につき) 350点</p>	<p>1についてマスタを変更。 2についてマスタを新設。 「マスタ更新」実施。</p>
<p>(注の削除)</p>	<p>注 1日につき240点を限度として算定する。</p>	
<p>D291-2 小児食物アレルギー-負荷検査 (項目の新設)</p>	<p>1,000点</p> <p>注1 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、9歳未満の入院患者に対して食物アレルギー-負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。 2 小児食物アレルギー-負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で618：小児食物アレルギー-負荷検査を「1」と設定する。</p> <p>算定チェック ノンチェックとする。</p>
<p>(内視鏡検査) (加算の新設)</p>	<p>4 写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。</p>	<p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
D325 肺臓カテ - テル法、肝臓カテ - テル法、膵臓カテ - テル (区分の新設)	<p style="text-align: right;">3,600点</p> 注1 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、それぞれ100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。 2 カテ - テルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。 3 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。 算定日における患者の年齢より自動算定を行う。
D404 骨髄穿刺 (加算の見直し)	注 6歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	算定日における患者の年齢より自動算定を行う。
D405 関節穿刺(片) (加算の見直し)	注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。 算定日における患者の年齢より自動算定を行う。
D417 組織試験採取、切採法 (加算の新設)	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、100点を加算する。	算定日における患者の年齢より自動算定を行う。

項目	改定内容	改定対応
第2章第4部 画像診断 通則 (通則の削除)	8 (削除) 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における画像診断に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。	特になし。
第1節 エックス線 診断料 (項目の追加)	3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。	乳房撮影を除く。
(点数の見直し) (項目の追加)	4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。 イ 単純撮影の場合 58点 60点 ロ 特殊撮影の場合 95点 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 120点 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点	マスタを新設。 170026710 デジタル映像化処理(乳房撮影) 「マスタ更新」実施。 60点
E001 写真診断 (項目の追加)	4 乳房撮影(一連につき) 256点	マスタを新設。 170026910 乳房撮影の写真診断 「マスタ更新」実施。 256点
E002 撮影 (項目の追加)	4 乳房撮影(一連につき) 196点	マスタを新設。 170027010 乳房撮影(撮影) 「マスタ更新」実施。 196点
[通知]	乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ2方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。	乳房撮影の場合は撮影部位マスタの入力は省略可能とする。 乳房撮影(撮影)を入力すると乳房撮影の写真診断が自動発生する。

項目	改定内容	改定対応
E003 造影剤注入手技 (項目の追加) (注の削除)	3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 1,820点 ロ イ以外の場合 1,180点 注 (削除) 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合は、1回に限り、640点を加算する。	マスタを新設。 170027110 造影剤注入(選択的血管造影) 1,820点 「マスタ更新」実施。 170012370 選択的血管造影加算 を廃止する。
第2節 核医学診断 (加算の新設) [通知]	3 コンピューターによる画像処理を行った場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に60点を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。 「3」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該撮影に係るフィルムの費用は算定出来ない。	マスタを新設。 170026810 コンピューター画像処理加算 60点 「マスタ更新」実施。
E100 シンチグラム (画像を伴うもの) (注の削除)	注5 (削除) 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が15円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。	特になし。
E101 シングルホトン エミッションコン ピューター断層撮影 (同一のラジオアイ ソトープを用いた一 連の検査につき) (注の削除)	注5 (削除) 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が15円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。	特になし。

項目	改定内容	改定対応
E101-2 ポジトロン断層撮影 (区分の新設)	1 150標識ガス剤を用いた場合(一連の検査につき) 7,625点 2 18FDGを用いた場合(一連の検査につき) 8,625点 注1 150標識ガス剤の合成及び吸入並びに18FDGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 2 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。 3 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、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	マスタを新設。 170027210 ポジトロン・コンピューター断層複合撮影(150標識ガス使用) 7,625点 170027310 ポジトロン・コンピューター断層複合撮影(18FDG使用) 8,625点 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で325:ポジトロン断層撮影又は~複合撮影(100分の80)を「1」と設定する。 届出を行っていない場合は100分の80に相当する点数で算定を行う。
第3節 コンピュータ断層撮影診断料 (項目の再編)	2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。	マスタを変更。 170022290 CT、MRI(2回目以降) 650点 「マスタ更新」実施。 撮影部位の考えがなくなった。2回目以降は当該コードに自動振替を行う。
(加算の新設)	3 コンピューターによる画像処理を行った場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、所定点数に60点を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。	マスタを新設。 170026810 コンピューター画像処理加算 60点 「マスタ更新」実施。
[通知]	「3」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該撮影に係るフィルムの費用は算定出来ない。	
(加算の移動)	4 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	特になし。

項目	改定内容	改定対応
E200 コンピュータ断層撮影（一連につき） （項目の再編） （項目の再編） （注の変更） （注の変更） （注の削除） （加算の移動）	1 単純C T撮影 イ マルチスライス型の機器による場合 850点 ロ イ以外の場合 660点 2 特殊C T撮影（管腔描出を行った場合） 950点 注1 単純C T撮影のイについては、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。 注2 特殊C T撮影については、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。 注2 （削除） 単純C T撮影又は特殊C T撮影の八に掲げる撮影は、四肢の悪性腫瘍又は筋萎縮性疾患等について行った場合に限り算定する。 注6 （削除） 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してコンピュータ断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	マスタを変更。 170011810 単純C T撮影（マルチスライス型機器） 850点 170011710 単純C T撮影（その他） 660点 「マスタ更新」実施。 マスタを変更。 170023110 特殊C T撮影 950点 「マスタ更新」実施。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で619：単純C T撮影及び単純MRIを「1」と設定する。 従前通り。 特になし。 特になし。
E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 （加算の移動）	注1 （削除） 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して検査を行った場合は、当該検査の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	特になし。
E202 磁気共鳴コンピュータ断層撮影（一連につき） （項目の再編）	1 単純MRI撮影 イ 1.5テスラ以上の機器による場合 1,230点 ロ イ以外の場合 1,080点	マスタを変更。 170020110 単純MRI撮影（1.5テスラ以上の機器） 1,230点 170015210 単純MRI撮影（その他） 1,080点 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応
(項目の再編)	2 特殊MRI撮影(管腔描出を行った場合) 1,530点	マスタを変更。 170023510 特殊MRI撮影 950点 「マスタ更新」実施。
(注の変更)	注1 単純MRI撮影のイについては、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。	施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で619:単純CT撮影及び単純MRIを「1」と設定する。
(注の新設)	注2 特殊MRI撮影については、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。	従前通り。
(加算の移動)	注4 (削除) 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。	特になし。
E203 コンピューター断層診断 〔通知〕	コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影(磁気共鳴コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含む、区分「E101-3」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。)の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。	

項目	改定内容	改定対応
第2章第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 (点数の見直し)	注6 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において、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のものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65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。 長期投薬加算(処方料)	「マスタ更新」実施。
第3節 薬剤料 F200 薬剤 (注の変更)	注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤(ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。)については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。	特になし。
第5節 処方せん料 F400 処方せん料 (点数の見直し)	1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 イ 後発医薬品を含む場合 43点 42点 ロ イ以外の場合 41点 40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 71点 70点 ロ イ以外の場合 69点 68点	「マスタ更新」実施。
[通知]	処方せん料の「1」及び「2」の算定において後発医薬品を1剤以上含む処方を行った場合には「イ 後発医薬品を含む場合」として算定する。なお、後発医薬品以外の薬剤を処方した場合において、当該処方を行った医師が、当該薬剤を後発医薬品に変更して差し支えないと判断し、その意志表示として当該処方せんに署名又は記名・押印をした処方せんを患者に交付した場合又は一般名等を記載した処方せんを患者に交付した場合(後発医薬品を含む薬剤を処方した場合に限る。)においても、「イ 後発医薬品を含む場合」として算定できる。	自動算定を行う。 「処方せん」の項を参照。

項目	改定内容	改定対応
(点数の見直し)	注3 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、入院中の患者以外の患者であって、 治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪性腫瘍等の患者であるものに対して 化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき 400点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 700点)を加算する。 外来化学療法加算 300点 400点 外来化学療法加算(15歳未満) 500点 700点	「マスタ更新」実施。
(加算の見直し)	注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 42点 加算する。 点滴注射(乳幼児)加算 21点 42点	「マスタ更新」実施。
G005 中心静脈注射 (1日につき) (注の新設)	注6 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 50点 を加算する。 中心静脈注射(乳幼児)加算 50点	自動算定を行う。 「マスタ更新」実施。
G005-2 中心静脈注射 用カテーテル挿入 (点数の見直し)	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 500点 を加算する。 中心静脈注射用カテーテル挿入(乳幼児)加算 300点 500点	「マスタ更新」実施。
G009 脳脊髄腔注射 (加算の見直し)	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 60点 を加算する。 脳脊髄腔注射(乳幼児)加算 30点 60点	「マスタ更新」実施。
G010-2 滑液嚢穿刺後の 注入 (区分の新設)	滑液嚢穿刺後の注入 80点	130005450 滑液嚢穿刺後の注入 「マスタ更新」実施。 80点
G012-2 自家血清の 眼球注射 (区分の新設)	自家血清の眼球注射 25点	130011210 自家血清の眼球注射 「マスタ更新」実施。 25点
〔通知〕	眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。	特になし。

項目	改定内容	改定対応
<p>G015 テノン氏嚢内注 (区分の新設)</p> <p>第2節 薬剤料 G100 薬剤 (注の変更)</p> <p>(注の変更)</p>	<p>テノン氏嚢内注射 60点</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>注2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤(ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。)については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>130005950 テノン氏嚢内注射 60点 「マスタ更新」実施。</p> <p>当初より未対応である。</p> <p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>第2章第7部 リハビリテーション (通則の変更)</p> <p>(注の移動)</p> <p>(注の移動)</p> <p>[通知]</p>	<p>4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であつて、患者1人につき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)に限り算定できるものとする。</p> <p>5 入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL加算として1単位につき30点を所定点数に加算するものとする。</p> <p>6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>7 疾患別リハビリテーションは、患者1人につき1日合計6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位)に限り算定できる。 8 疾患別リハビリテーションは、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーションを算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。例えば、疾患別リハビリテーションのいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内でいずれかの疾患別リハビリテーションを算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患の発症日等につき明記すること。</p>	<p>原則1つの区分のみ算定可。〔通知〕参照。 1日の合計単位数を増加。 4単位 6単位 6単位 9単位(別に厚生労働大臣が定める患者) 1月の算定単位数の制限が廃止された。</p> <p>マスタを新設。 180027370 ADL加算 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。</p> <p>特になし。</p> <p>(参考) 病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。</p> <p>各マスタを廃止する。</p>
<p>第1節 リハビリ テーション料 H000 心疾患リハビリ テーション料(1日 につき) (区分の削除)</p>	<p>(省略)</p>	<p>30点</p>

項目	改定内容	改定対応
H001 理学療法 (区分の削除)	(省略)	各マスタを廃止する。
H002 作業療法 (区分の削除)	(省略)	各マスタを廃止する。
H003 言語聴覚療法 (区分の削除)	(省略)	各マスタを廃止する。
H000 心大血管疾患リ ハビリテーション料 (区分の新設)	<p>1 心大血管疾患リハビリテーション料()(1単位) 250点 2 心大血管疾患リハビリテーション料()(1単位) 100点</p> <p>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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p>	<p>マスタを新設。 180027410 心大血管疾患リハビリテーション料(1) 250点 180027510 心大血管疾患リハビリテーション料(2) 100点 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。 6単位を超える単位数を入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 620：心大血管疾患リハビリテーション料1 621：心大血管疾患リハビリテーション料2 を「1」と設定する。</p> <p>150日以内の算定チェック 【心大血管疾患リハビリテーション料の治療開始日の入力】 099800111 心大血管疾患リハビリテーション治療開始日 心大血管疾患リハビリテーションの治療を開始した診療日において入力を行い算定チェックに関する起算日とする。 起算日より150日を超える日に入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。 当該マスタ入力により診療報酬明細書の摘要欄に発症日を自動記載を行う。なお、疾患名については当該マスタ入力の直下にフリーコメントコードにより入力を行う。</p>
H001 脳血管疾患等リ ハビリテーション料 (区分の新設)	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 250点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 100点</p>	<p>マスタを新設。 180027610 脳血管疾患等リハビリテーション料(1) 250点 180027710 脳血管疾患等リハビリテーション料(2) 100点 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。 6単位を超える単位数を入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>H002 運動器リハビリテーション料 (区分の新設)</p>	<p>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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>1 運動器リハビリテーション料()(1単位) 180点 2 運動器リハビリテーション料()(1単位) 80点</p> <p>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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p>	<p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 622:脳血管疾患等リハビリテーション料1 623:脳血管疾患等リハビリテーション料2 を「1」と設定する。 180日以内の算定チェック 【脳血管疾患等リハビリテーション料の治療開始日の入力】 099800121 脳血管疾患等リハビリテーション治療開始日 脳血管疾患等リハビリテーションの治療を開始した診療日において入力を行い算定チェックに関する起算日とする。 起算日より180日を超える日に入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。 当該マスタ入力により診療報酬明細書の摘要欄に発症日を自動記載を行う。なお、疾患名については当該マスタ入力の直下にフリーコメントコードにより入力を行う。</p> <p>マスタを新設。 180027810 運動器リハビリテーション料(1) 180点 180027910 運動器リハビリテーション料(2) 80点 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。 6単位を超える単位数を入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 624:運動器リハビリテーション料1 625:運動器リハビリテーション料2 を「1」と設定する。 150日以内の算定チェック 【運動器リハビリテーション料の治療開始日の入力】 099800131 運動器リハビリテーション治療開始日 運動器リハビリテーションの治療を開始した診療日において入力を行い算定チェックに関する起算日とする。 起算日より150日を超える日に入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。 当該マスタ入力により診療報酬明細書の摘要欄に発症日を自動記載を行う。なお、疾患名については当該マスタ入力の直下にフリーコメントコードにより入力を行う。</p>

項目	改定内容	改定対応
H003 呼吸器リハビリテーション料 (区分の新設)	1 呼吸器リハビリテーション料() (1単位) 180点 2 呼吸器リハビリテーション料() (1単位) 80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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から90日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、90日を超えて算定することができる。	マスタを新設。 180028010 呼吸器リハビリテーション料(1) 180点 180028110 呼吸器リハビリテーション料(2) 80点 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。 6単位を超える単位数を入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 626:呼吸器リハビリテーション料1 627:呼吸器リハビリテーション料2 を「1」と設定する。 90日以内の算定チェック 【呼吸器リハビリテーション料の治療開始日の入力】 099800141 呼吸器リハビリテーション治療開始日 呼吸器リハビリテーションの治療を開始した診療日において入力を行い算定チェックに関する起算日とする。 起算日より90日を超える日に入力した時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。
H003-2 リハビリテーション総合計画評価 (注の変更)	注 心血管疾患リハビリテーション料()、脳血管疾患等リハビリテーション料()、運動器リハビリテーション料()又は呼吸器リハビリテーション料()に係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出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該リハビリテーションを最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。	特になし。

項目	改定内容	改定対応									
H004 摂食機能療法 (1日につき) (算定要件の緩和) [通知]	注 摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。 ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。 (2) 治療開始日とは、ある疾患により、摂食機能障害を来した患者に対し、摂食機能療法を開始した日とする。 (3) 摂食機能療法の実施に当たっては、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行い、実施計画を作成する必要がある。なお、摂食機能療法を実施する場合は、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載する。 (4) 治療開始日から3月以内に実施した摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。	月4回超算定チェック 月4回を超える入力をした時は警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。 3月以内の算定チェック 【摂食機能療法の治療開始日の入力】 099800151 摂食機能療法治療開始日 摂食機能療法の治療を開始した診療日において入力を行い算定チェックに関する起算日とする。 現在算定チェックについては検討中である。警告メッセージが表示されるが算定は可能である。 当該マスタ入力により診療報酬明細書の摘要欄に発症日を自動記載を行う。									
H007 障害児(者)リハビリテーション料 (1単位) (区分の新設)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="338 959 360 979">1</td> <td data-bbox="383 959 1115 979">6歳未満の患者の場合</td> <td data-bbox="1144 959 1211 979">190点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 987 360 1008">2</td> <td data-bbox="383 987 1115 1008">6歳以上18歳未満の患者の場合</td> <td data-bbox="1144 987 1211 1008">140点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1016 360 1037">3</td> <td data-bbox="383 1016 1115 1037">18歳以上の患者の場合</td> <td data-bbox="1144 1016 1211 1037">100点</td> </tr> </table> 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保険医療機関において、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	1	6歳未満の患者の場合	190点	2	6歳以上18歳未満の患者の場合	140点	3	18歳以上の患者の場合	100点	マスタを新設。 180028210 障害児(者)リハビリテーション料(6歳未満) 190点 180028310 障害児(者)リハビリテーション料(6歳以上18歳未満) 140点 180028410 障害児(者)リハビリテーション料(18歳以上) 100点 「マスタ更新」実施。 単位数を数量として入力を行う。 6単位を超える単位数を入力した時はエラーメッセージを表示する。 施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で628:障害児(者)リハビリテーション料を「1」と設定する。
1	6歳未満の患者の場合	190点									
2	6歳以上18歳未満の患者の場合	140点									
3	18歳以上の患者の場合	100点									

項目	改定内容	改定対応
〔通知〕	<p>(1) 障害児(者)リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児(者)リハビリテーション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出を行った保険医療機関において、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通園者(外来患者を含む。)であって、以下の患者(医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。)に対して個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。なお、障害児(者)リハビリテーション料を算定する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料は別に算定できない。</p> <p>(省略)</p>	

項目	改定内容	改定対応
第2章第8部 精神科専門療法 第1節 精神科専門療法料 I001 入院精神療法 (1回につき) (名称の変更) [通知] I002 通院精神療法 (1回につき) (名称の変更) (点数の見直し) (注の変更) I004 心身医学療法 (1回につき) (加算の新設)	<p>入院精神療法(簡便型精神分析療法を含む。)(1回につき) 入院精神療法(1回につき)</p> <p>入院精神療法を行った場合(家族に対して行った場合を含む。)は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法 にあつては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。</p> <p>通院精神療法(簡便型精神分析療法を含む。)(1回につき) 通院精神療法(1回につき)</p> <p>2 1 以外の場合 イ 病院の場合 320点 330点 ロ 診療所の場合 370点 360点</p> <p>入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回を、その他の場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、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しない。</p> <p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p>	<p>「マスタ更新」実施。</p> <p>マスタを新設。 180028850 家族入院精神療法(1) 360点 180028950 家族入院精神療法(2)(6月以内) 150点 180029050 家族入院精神療法(2)(6月超) 80点 「マスタ更新」実施。 患者の家族に対して算定可能となった。ただし、患者と家族と同一日に行われた場合は家族に対しては算定不可である。</p> <p>「マスタ更新」実施。</p> <p>「マスタ更新」実施。</p> <p>特になし。</p> <p>マスタを新設。 180028570 心身医学療法(20歳未満)加算 「マスタ更新」実施。 算定日における患者の年齢より自動算定を行う。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>1008-2 精神科ショート・ケア（1日につき） （区分の新設）</p> <p>[通知]</p>	<p>1 小規模なもの 275点 2 大規模なもの 330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行われる場合に算定する。 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。 3 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、精神科ショート・ケアに引き続き、同日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後3か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。</p>	<p>マスタを新設。 180028610 精神科ショート・ケア（小規模） 275点 180028710 精神科ショート・ケア（大規模） 330点 「マスタ更新」実施。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 629：精神科ショートケア「大規模なもの」 630：精神科ショートケア「小規模なもの」 を「1」と設定する。</p> <p>外来のみ算定可。</p>
<p>1009 精神科デイ・ケア（1日につき） （注の新設）</p>	<p>注4 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p>	<p>特になし。</p>
<p>1010 精神科ナイト・ケア（1日につき） （注の新設）</p>	<p>注4 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p>	<p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
I010-2 精神科デイ・ナイト・ケア(1日につき) (注の変更)	注4 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア 、 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア 、 区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア 及び 区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料 は算定しない。	特になし。
I011-2 精神科退院前訪問指導料 (算定要件の緩和)	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 (入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6	特になし。
I012 精神科訪問看護・指導料 (算定要件の緩和)	注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、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、この場合において、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・	特になし。
I015 重度認知症患者デイ・ケア料(1日につき) (項目の再編)	1 認知症患者在宅療養指導管理料 (削除) 2 重度認知症患者デイ・ケア料 重度認知症患者デイ・ケア料(1日につき) 1,000点 注1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、1日につき6時間以上行った場合に算定する。 2 重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア 、 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア 、 区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア 及び 区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア は算定しない。	マスタを廃止する。 マスタを変更。 180703710 重度認知症患者デイ・ケア料 「マスタ更新」実施。 1,000点 特になし。

項目	改定内容	改定対応
	<p>注3 当該保険医療機関において、重度認知症患者デイ・ケア料を算定すべき重度認知症患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加</p> <p>3 重度認知症患者入院治療料 (削除) 注 (削除) 老人医科点数表第2章の例により算定する。この場合において、同章の規定中「老人慢性疾患生活指導」とあるのは「特定疾患療養指導」と、「老人理学療法」とあるのは「理学療法」と、「老人作業療法」とあるのは「作業療法」と、「老人リハビリテーション総合計画評価料」とあるのは「リハビリテーション総合計画評価料」とそれぞれ読み替えるものとする。</p>	<p>マスタを変更。 180702170 重度認知症患者デイ・ケア料(食事提供)加算 「マスタ更新」実施。 48点</p> <p>マスタを廃止する。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>第2章第9部 処置 通則</p> <p>第1節 処置料 J000 創傷処置 (項目の変更及び点数の見直し)</p> <p>J017 エタノールの局所注入 (注の削除)</p> <p>J024 酸素吸入(1日につき) (注の移動)</p> <p>J036 非還納性ヘルニア徒手整復法 (注の新設)</p>	<p>1 100平方センチメートル未満 45点 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点 3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 75点 4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 140点 5 6,000平方センチメートル以上 250点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。 2 区分番号C109又はC112に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。</p> <p>2 (削除) 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> <p>注3 (第2節 酸素加算へ移動) 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、それぞれ100点又は50点を加算す</p>	<p>施設基準の要件が廃止された。 遞減算定廃止。</p> <p>特になし。</p> <p>算定日における患者の年齢より自動算定を行う。</p>

項目	改定内容	改定対応
J038 人工腎臓（1日につき） （点数の見直し） （注の変更）	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 2,250点 2 その他の場合 1,590点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、所定点数に300点を加算する。 2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。 6 1の場合にあつては、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るものとする。	マスタを変更。 「マスタ更新」実施。
J057-3 鶏眼・胼胝処 （点数の見直し） （注の新設）	注 月1回に限り算定する。	マスタを変更。 「マスタ更新」実施。 月1回算定チェックを行う。
J117 鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所を1） （注の変更）	注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、所定点数に50点を加算する。	マスタを変更。 「マスタ更新」実施。
J119 消炎鎮痛等処置（1日につき） （注の見直し）	注3 （削除） 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つて発症後180日以内のものについては、7回以上行った場合は、7回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	逡減制廃止。 算定回数チェック廃止。
（ギプス） （通則の見直し）	3 3歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	マスタを新設。 「マスタ更新」実施。 算定日における患者の年齢より自動算定を行う。

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
第2節 処置医療機器等加算 J200 腰部固定帯加算 (初回のみ) (区分の新設) J201 酸素加算 (区分の新設)	170点 注1 区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。 2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	特になし。

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
<p>第2章第10部 手術 通則 (注：第3節の新設)</p> <p>(注：新規手術の施設基準の追加)</p> <p>(注：手術の加算、減算の廃止)</p>	<p>2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K514-4、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K768及びK843-2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。</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、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、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、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>特になし。</p> <p>以下手術に対する施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で該当番号に「1」と設定する。 631：内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。） 632：内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定） 633：同種死体肺移植術 634：同種心移植術 635：同種心肺移植術 636：同種死体肝移植術 637：同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術 638：腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術</p> <p>施設基準の届出有無による加算及び減算が廃止された。</p> <p>マスタを変更。 「マスタ更新」実施。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>(注：手術の加算、減算の廃止(小児))</p>	<p>6 区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、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>施設基準の届出有無による加算及び減算が廃止された。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で639：医科点数表第2章第10節手術の通則6及び7に掲げる手術を「1」と設定する。</p>
<p>(注：新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対する手術評価の見直し、極低出生体重児に対する手術の評価)</p>	<p>7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775並びにK805に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児(手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。)に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>	<p>該当手術を新生児に対して入力を行った場合は、新生児加算(100分の300)を自動発生する。</p> <p>該当手術以外の手術を新生児に対して入力を行った場合は3歳未満の乳幼児加算を自動発生する。</p> <p>手術時の体重が1,500グラム未満の場合は自動発生した年齢加算コードを削除し以下のマスタを入力する。 150306890 極低出生体重児加算(手術) マスタを新設。 「マスタ更新」実施。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で639：医科点数表第2章第10節手術の通則6及び7に掲げる手術を「1」と設定する。</p>
<p>(注：新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対する手術評価の見直し)</p>	<p>8 3歳未満の乳幼児に対して手術(区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。)を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>	<p>算定日における患者の年齢より自動算定を行う。</p>
	<p>9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。</p>	<p>特になし。</p>
<p>(第3節特定医療機器加算の新設による見直し)</p>	<p>9 (第3節へ移動) 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。</p>	<p>特になし。</p>
<p>(第3節特定医療機器加算の新設による見直し)</p>	<p>10 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置を使用した場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p>	<p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
<p>第2節 輸血料 K920 輸血 (項目の追加)</p> <p>(注の変更)</p> <p>[通知]</p> <p>K920-2 輸血管理料 (区分の新設)</p>	<p>1 2 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術(区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。)を行った場合の手術料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注4のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の10</p> <p>3 自己血貯血 イ 6歳以上の患者の場合(200mLごとに) 液状保存の場合 200点 凍結保存の場合 400点 ロ 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに) 液状保存の場合 200点 凍結保存の場合 400点</p> <p>6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>「注6」の頻回に輸血を行う場合とは、週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるものである。</p> <p>1 輸血管理料 200点 2 輸血管理料 70点</p> <p>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、輸血を行った場合に、月1回を限度として、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>	<p>特になし。</p> <p>算定チェック 月1回のチェックを行う。月2回目以上の入力時には警告メッセージを表示する。 ただし、警告の扱いにより算定は可能としている。</p> <p>施設基準の届出を行った場合は、システム管理の「1006 施設基準」で 640:輸血管理料1 641:輸血管理料2 を「1」と設定する。</p>

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
第3節 特定医療機器等加算 (節の新設) K930 脊髄誘発電位測定加算	3,130点 注 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合に算	

項目	改定内容	改定対応
<p>第2章第11部 麻酔 通則 (通則の変更)</p> <p>第1節 麻酔料 L001 静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 (区分の追加)</p> <p>L004 脊椎麻酔 (加算の見直し)</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(2時間まで) (項目の追加)</p>	<p>入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注4のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。</p> <p>静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔</p> <p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に128点を加算する。</p> <p>1 別に厚生労働大臣が定める重症の患者に対して行った場合 8,300点 2 1以外の場合 6,100点</p>	<p>特になし。</p> <p>準用から区分へ格上げ。 名称変更 筋注麻酔 筋肉注射による全身麻酔</p> <p>マスタを変更。 割合から点数へ変更。従前通り実施時間の入力を行い自動算定を行う。</p> <p>マスタを新設。 150328210 閉鎖循環式全身麻酔1 「マスタ更新」実施。 8,300点</p>

項目	改定内容	改定対応						
(加算の見直し)	注2 腹腔鏡下手術又は側臥位における手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術（人工心肺を用いる場合及び区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を除く。）又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行う場合を除く。）の場合又は区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）の場合（低体温で行う場合を除く。）は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行う場合又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。	特になし。						
(加算の削除)	注5 （削除） 呼気麻酔ガス濃度監視を行った場合は、50点を加算する。	呼気麻酔ガス濃度監視加算 マスタを廃止する。						
L008-2 低体温療法 (1日につき) (区分の新設)	低体温療法(1日につき) 12,200点	準用から区分へ格上げ。						
L009 麻酔管理料 (点数の見直し)	<table border="0"> <tr> <td>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合</td> <td>100点</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合</td> <td>580点</td> <td>750点</td> </tr> </table>	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	100点	130点	2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	580点	750点	「マスタ更新」実施。
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	100点	130点						
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	580点	750点						
第2節 神経ブロック料 L100 神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用) (名称の変更)	神経ブロック(局所麻酔剤使用) 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)	マスタを変更。「マスタ更新」実施。						
(項目の変更)	5 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、肩甲骨神経ブロック、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	準用から区分へ格上げ。						
(項目の変更)	6 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	準用から区分へ格上げ。						

項目	改定内容	改定対応
<p>(注の変更)</p> <p>L101 神経ブロック (神経破壊剤又は高周波凝固法使用) (名称の変更)</p> <p>(注の変更)</p>	<p>注 上記以外の神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>神経ブロック(神経破壊剤使用) 神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)</p> <p>注 上記以外の神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p>	<p>特になし。</p> <p>「マスタ更新」実施。</p> <p>特になし。</p>

項目	改定内容	改定対応
第2章第12部 放射線治療 放射線治療料 M000 放射線治療管理料 (項目の変更)	1 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合	マスタを新設。 180026810 放射線治療管理料(外部照射) 2,700点 180026910 放射線治療管理料(腔内照射) 3,100点 180027010 放射線治療管理料(組織内照射) 3,400点 「マスタ更新」実施。
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 (点数の見直し)	ガンマナイフによる定位放射線治療 63,000点 50,000点	「マスタ更新」実施。
M004 密封小線源治療 (一連につき) (区分の見直し) (項目の変更)	密封小線源治療 密封小線源治療(一連につき) 3 組織内照射 イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点 ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7,500点 ハ その他の場合 6,000点	特になし。 マスタを新設。 180027110 密封小線源治療(組織内照射)(前立腺癌に対する永久挿入療法) 48,600点 「マスタ更新」実施。
(注の追加)	注4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定でき	マスタを新設。 180027270 線源使用加算(前立腺癌に対する永久挿入療法) 630点 「マスタ更新」実施。

項目	改定内容	改定対応					
<p>処方せん (様式の変更)</p>	<p>後発医薬品の使用促進のための環境整備</p> <p>処方せんの様式を変更し、「備考」欄に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。</p> <p>*「処方」欄に先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、当該先発医薬品を後発医薬品に変更しても差し支えないと判断した場合は、その意思表示として「後発医薬品への変更可」のチェック欄に署名するか、又は姓名を記載し、押印することとする。</p>	<table border="1" data-bbox="1294 280 2063 612"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">備考</td> <td style="width: 100%; height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">後発医薬品への変更可</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">保険医署名</td> </tr> </table> <p>様式の変更により、備考欄へ記載できるコメントの印字文字数を減らす。 3歳未満または70歳以上の給付割合、麻薬施用者免許証番号を記載する場合はさらにコメントの印字文字数が減るので注意されたい。 備考欄へ記載するコメントは先頭行より下方向へ各行行末まで印字を行い折り返す。 カスタマイズプログラムは再度見直しが必要となる。</p> <p style="color: red;">3月分の処方せんもこの様式での出力となる。</p> <p>システム管理の「1030 帳票編集区分情報」に 「処方せん保険医署名記載区分」 「0 記載しない」(初期値) 「1 記載する」 を追加する。 すべての処方せんの「保険医署名」欄に保険医名(処方せん上部の「保険医氏名」欄と同一保険医名)の記載をする場合は当該区分を「1 記載する」と設定する。</p> <p>099209902 後発医薬品への変更可署名(システム予約マスタ) を追加する。 システム管理の設定で「処方せん保険医署名記載区分」を「0 記載しない」とした場合、診療行為入力で当該コードを入力することにより処方せんの「保険医署名」欄に保険医名(処方せん上部の「保険医氏名」欄と同一保険医名)の記載を行う。 複数診療科、複数保険の入力を行う場合で処方せんを発行する場合は、「保険医署名」欄に記載を行う処方せんに該当する複数診療科、複数保険の組合せ会計内に当該コードを入力する。 出力された処方せんには「保険医氏名」欄及び「保険医署名」欄に押印が必要となる。</p>	備考		後発医薬品への変更可		保険医署名
備考							
	後発医薬品への変更可						
	保険医署名						

項目	改定内容	改定対応
<p>(出力指示と結果)</p>	<p>*ただし、処方医が、当該処方せんに係る先発医薬品の一部については後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、その意思表示として「処方」欄の当該先発医薬品の銘柄名の後に「（後発医薬品への変更不可）」と記載することとする。</p> <p>「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せんについては、診療報酬上、後発医薬品を含む処方を行った場合に該当するものとして取り扱うこととする。</p>	<p>「後発医薬品への変更可署名」マスタ入力時のチェック ノンチェックとする。</p> <p>システム管理の設定で「処方せん保険医署名記載区分」を「1 記載する」とした場合で、実際には後発医薬品への変更を不可とし「保険医署名」欄の記載を行いたくない場合の対応はなしとする。 発行された処方せんの「保険医署名」欄の保険医名を取り消し線を入れる運用をお願いしたい。</p> <p>099209903 後発医薬品への変更不可（システム予約マスタ）を追加する。 診療行為入力で該当する医薬品の直下に当該コードを入力することにより処方せんの「処方」欄の該当医薬品の銘柄名の後に「【後発変更不可】」と記載を行う。 医薬品の銘柄名と「【後発変更不可】」を足した文字数が「処方」欄の1行に</p> <p>「後発医薬品への変更不可」マスタ入力時のチェック 次の条件にあてはまる場合は「入力エラー」とする。 ・医薬品が後発医薬品である 銘柄名の画面表示見直し 後発医薬品であることが判るように医薬品名の前に「【後】」の表示を行う。</p> <p>処方せん料の自動算定を行う。 入力した医薬品に後発医薬品がない場合でも「後発医薬品への変更可署名」マスタが入力された場合は「イ 後発医薬品を含む場合」の算定を行う。ただし、全ての医薬品に「後発医薬品への変更不可」マスタが入力されている場合は「ロ イ以外の場合」の算定を行う。</p> <p>診療行為画面内の「頭書き」ボタンにより出力された処方せんの場合「保険医署名」欄には記載を行わない。</p> <p>以下の出力指示の場合は、診療行為入力内容から判断を行い「保険医署名」欄の記載を行う。 ・診療行為入力での会計終了時の出力指示 ・診療行為画面内の前回処方ボタンによる出力指示 ・再出力画面からの出力指示 ・診療行為入力から中途終了時の出力指示 ・受付画面からの前回処方せん出力指示</p>

項目	改定内容	改定対応										
<p>領収書</p> <p>保険医療機関及び保険医療費担当規則 (領収証の交付)</p> <p>関連通知</p>	<p>医療費の内容の分かる領収証の交付について</p> <p>第5条の2の2 保険医療機関は、前2条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。</p> <p>1 今回、保険医療機関等及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式1を、歯科診療報酬については別紙様式2を、調剤報酬については別紙様式3を標準とすること。</p> <p>2 今回の義務付けの施行日(平成18年4月1日)までに、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を発行することが困難な保険医療機関等及び保険薬局については、6ヶ月間の経過措置が設けられているが、義務付けの趣旨を踏まえ、早急に体制を整えるよう努めること。</p>	<p>本稼働当初より領収書(領収証)の発行は可能である。 領収書の発行有無の初期値を「発行しない」と設定されている場合は「発行する」と設定の変更を行う。</p> <p>(1)システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」の「請求書発行フラグ」 「1 発行する」または「2 発行する(請求あり)」に設定を変更する。 (2)システム管理「1010 職員情報」の「個別設定」タブ画面の「請求書発行フラグ」 「1 発行する」または「2 発行する(請求額あり)」に設定を変更する。 ただし、職員(オペレータID)単位で発行指示の初期値を設定する場合のみ行う。ここで設定がされていない場合の初期値は(1)の設定値となる。</p> <p>なお、上記設定は初期値であり、領収書を発行する業務画面で最終的に発行する、しないの指示変更が行える。</p> <p>様式の変更について</p> <p>診療費請求書兼領収書、入院診療費請求書兼領収書について以下の通り内訳の名称変更を行う。</p> <table border="0"> <tr> <td>(旧様式名称)</td> <td>(新様式名称)</td> </tr> <tr> <td>指 導 料</td> <td>医学管理等</td> </tr> <tr> <td>X 線 料</td> <td>画像診断料</td> </tr> <tr> <td>そ の 他</td> <td>リハビリ・他</td> </tr> <tr> <td>理学・その他</td> <td>リハビリ・他</td> </tr> </table> <p>今回はフォームの変更のみである。よって、点数金額等の計上方法については従前通りとする。 領収書プログラムをカスタマイズして使用されている場合について 別件の修正が発生する場合がありますので、パッケージリリース情報のユーザカスタマイズ留意事項は必ず参照されたい。</p> <p>3月分の領収書もこの様式での出力となる。</p>	(旧様式名称)	(新様式名称)	指 導 料	医学管理等	X 線 料	画像診断料	そ の 他	リハビリ・他	理学・その他	リハビリ・他
(旧様式名称)	(新様式名称)											
指 導 料	医学管理等											
X 線 料	画像診断料											
そ の 他	リハビリ・他											
理学・その他	リハビリ・他											

項 目	改 定 内 容	改 定 対 応
(別紙様式)	<p>3 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第9項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあっても、保険医療機関等及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。</p> <p>4 保険医療機関等、保険薬局及び指定訪問看護事業者においては、患者から求めがあったときは、個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書の発行に努めること。</p> <p>なお、その際の費用については、現時点においては、保険医療機関等、保険薬局及び指定訪問看護事業者と患者との間の関係にゆだねられているものと解することとするが、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であること。</p> <p>(省略)</p>	<p>医療費の明細書については、平成18年4月以降対応「予定」である。</p>