

「日医標準レセプトソフト」

平成 2 0 年 4 月診療報酬改定対応

2008 年 3 月 28 日

(二 版)

社団法人 日本医師会

改版履歴

初版 2008 年 3 月 24 日

二版 2008 年 3 月 28 日

「 1 一部負担割合の改定」の末尾に 2 割負担未対応とする留意事項を追加した。

「 3 退職者医療制度の廃止」に説明を追加しました。

「追 1 中国残留法人等に対する支援給付」を追加した。

「17-12 労災診療費算定基準の改定 - リハビリテーション」を追加した。

「 2 4 合成コードの廃止」にコード一覧を追加した。

≡ 目 次 ≡

1	一部負担割合の改定	・ ・ ・ ・ ・	3
2	後期高齢者医療制度	・ ・ ・ ・ ・	5
3	退職者医療制度の廃止	・ ・ ・ ・ ・	8
4	肝炎治療特別促進事業	・ ・ ・ ・ ・	8
追 1	中国残留邦人等に対する支援給付	・ ・ ・ ・ ・	9

診療報酬点数改定

5	初診料	・ ・ ・ ・ ・	1 0
6	再診料	・ ・ ・ ・ ・	1 2
7	指導管理等	・ ・ ・ ・ ・	1 3
8	在宅医療	・ ・ ・ ・ ・	2 1
9	投薬	・ ・ ・ ・ ・	2 5
1 0	注射	・ ・ ・ ・ ・	2 6
1 1	処置	・ ・ ・ ・ ・	2 8
1 2	手術	・ ・ ・ ・ ・	3 1
1 3	麻酔	・ ・ ・ ・ ・	3 9
1 4	検査	・ ・ ・ ・ ・	4 3
1 5	病理診断	・ ・ ・ ・ ・	4 7
1 6	画像診断	・ ・ ・ ・ ・	4 9
1 7	リハビリテーション	・ ・ ・ ・ ・	5 1
1 8	精神科専門療法	・ ・ ・ ・ ・	5 6
1 9	放射線治療	・ ・ ・ ・ ・	5 7

帳票関係

2 0	請求書兼領収書	・ ・ ・ ・ ・	5 9
2 1	診療費明細書	・ ・ ・ ・ ・	6 0
2 2	処方せん	・ ・ ・ ・ ・	6 1
2 3	お薬手帳	・ ・ ・ ・ ・	6 4

点数マスタ関係

2 4	合成コードの廃止	・ ・ ・ ・ ・	6 6
-----	----------	-----------	-----

1 一部負担割合の改定

2008 年 4 月 1 日から患者負担割合が一部変更されます（後期高齢者（75 歳以上）は除く）。
現行（2008 年 3 月 31 日まで）

3 歳未満	3 歳以上 7 0 歳未満	前期高齢者（70 歳以上 75 歳未満）	
		現役並み所得者	一般所得者 低所得 低所得
2 割	3 割	3 割	1 割

改正（2008 年 4 月 1 日から）

義務教育就学前まで	義務教育就学後 6 5 歳未満	前期高齢者（65 歳以上 75 歳未満）		
		70 歳未満	70 歳以上 75 歳未満（高齢受給者）	
			現役並み所得者	一般所得者 低所得 低所得
2 割	3 割	3 割	3 割	2 割 1 割 据え置き 2009 年 3 月 31 日迄

(1) 乳幼児について

現在 3 歳未満の乳幼児については、一部負担金の割合が 2 割ですが、義務教育就学前まで 2 割に軽減されます。

義務教育就学前とは、6 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日までとなります。（4 月 1 日生まれの方は前日までとなります。）

2003 年（平成 15 年）4 月 2 日生まれの場合は、2010 年 3 月 31 日まで 2 割負担。

2003 年（平成 15 年）4 月 1 日生まれの場合は、2009 年 3 月 31 日まで 2 割負担。

患者登録での入力方法

現行通りとなります。

国民健康保険については、補助区分を「3 3 割」で登録します。

組合物保などの場合で 7 割給付でない場合は、該当する補助区分を登録します。

一部負担金計算

義務教育就学前については、システムで年齢より負担割合を求めて計算を行います。ただし、組合物保などの場合で補助区分に 0 割、1 割または 2 割が登録されている場合は、その区分により計算を行います。

(2) 前期高齢者(70 歳以上 75 歳未満)について

現在現役並み所得者以外の方は、2008 年 4 月 1 日より 2 割負担に見直されることとされていましたが、2009 年 3 月 31 日までの 1 年間は 1 割負担に据え置かれます。

2009 年 3 月 31 日まで 1 割負担とした高齢受給者証が発行されます。

患者登録での入力方法

現行通りとなります。

補助区分は 1 割の区分で登録します。

指定公費負担医療

対象者：現在現役並み所得者以外の方（補助区分“1”又は“9”）

給付内容：医療費の 2 割相当額が限度額を超えない場合は、1 割相当額を支給。

医療費の 2 割相当額が限度額を超え、1 割相当額が限度額を超えない場合は、限度額と 1 割相当額の差額を支給。

（指定公費負担医療に係る限度額）

	所得区分	限度額
入院療養等	一般所得	44,400 円
	低所得 市町村民税非課税世帯	24,600 円
	低所得 年金収入 80 万円以下等	15,000 円
外来（在医総管等）	一般所得	12,000 円
	低所得	8,000 円
外来（上記以外）	（一律一般所得とみなす）	12,000 円

（指定公費負担医療対象者の高額療養費）

	所得区分	高額療養費
入院療養等	一般所得	44,400 円
	低所得 市町村民税非課税世帯	24,600 円
	低所得 年金収入 80 万円以下等	15,000 円
外来	一般所得	12,000 円
	低所得	8,000 円

（指定公費負担医療対象者の患者負担）

	所得区分	患者負担
入院療養等	一般所得	1 割又は 44400 円に達するまで（現物給付）
	低所得	1 割又は 24600 円に達するまで（現物給付）
	低所得	1 割又は 15000 円に達するまで（現物給付）
外来（在医総管等）	一般所得	1 割又は 12000 円に達するまで（現物給付）
	低所得	1 割又は 8000 円に達するまで（現物給付）
外来（上記以外）	一般所得	1 割（12000 円を超えた額は償還払い）
	低所得	1 割（8000 円を超えた額は償還払い）

留意事項

「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の取扱いについて」（平 20 . 2 . 21 保発第 0221003 号厚生労働省保険局長通知）において「特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置に係る負担軽減を受けずに、2 割を支払う旨申し出た場合を除く。なお、当該申し出があった場合は、2 割を徴収することになる。」とありますが、この対応は保留しています。市区町村での高齢者受給者証の発行については、ほとんどが 1 割と記載するか期限を切って 1 割とする模様であることをふまえ、自己負担区分の見直しが入る 7 月頃に状況を見ながら再検討したいと考えています。

2 後期高齢者医療制度

2-1 保険番号マスタ

(1) 後期高齢者医療の保険番号マスタを作成します。

マスタ更新により追加しますのでユーザーにより作成する必要はありません。

【通常】

保険番号	039
支払区分	00
有効期間開始	20080401
法別番号	39
制度名	後期高齢者医療
短縮制度名	後期高齢者
保険公費種別区分	1 主保険
法別番号チェック区分	1 チェックする
検証番号チェック区分	1 チェックする
受給者検証番号チェック区分	1 チェックする
条件 - 年齢開始	65 (障害者等による)
点数単価	10

【特別療養費】

保険番号	040
支払区分	00
有効期間開始	20080401
法別番号	39
制度名	後期高齢者医療特別療養費
短縮制度名	後期特療費
保険公費種別区分	1 主保険
法別番号チェック区分	1 チェックする
検証番号チェック区分	1 チェックする
受給者検証番号チェック区分	
条件 - 年齢開始	65 (障害者等による)
点数単価	10

(2) 老人保健(保険番号 027)については、2008 年 3 月 31 日を期限とします。

マスタ更新により更新しますのでユーザーにより変更する必要はありません。

改定前、生活保護単独などの場合で老人保健点数の算定を行うために、便宜上公費欄に老人保健(保健番号 027)を登録していました。改定後は、後期高齢者医療点数の算定を行うために、便宜上公費欄に後期高齢者該当(保険番号 968)を登録します。この対応のため保険番号マスタを新設します。

マスタ更新により追加しますのでユーザーにより作成する必要はありません。

これに該当する患者は、公費欄で後期高齢者該当(保険番号 968)を登録していただく必要があります。

保険番号	968
支払区分	00

有効期間開始	20080401
法別番号	
制度名	後期高齢者該当
短縮制度名	後期該当
保険公費種別区分	7 一般公費
公費主保区分	3 主補公費
法別番号チェック区分	0 チェックしない
検証番号チェック区分	2 チェックしない
受給者検証番号チェック区分	2 チェックしない
条件 - 年齢開始	65 (障害者等による)
点数単価	10

後期高齢者該当(保険番号 968)は保険組合せを作成しません。

2-2 患者登録

(1) 後期高齢者医療被保険者証に記載されている内容を以下のように入力します。

- ・保険者番号(8桁)

「保険者番号」欄に入力します。

法別番号チェック、検証番号チェックを行います。

保険者番号の法別番号より「保険の種類」を決定します。デフォルトは“039 後期高齢者”を表示しますので特別療養費の場合は“040 後期特療費”に変更します。

また、「本人家族」欄はデフォルトで“1 本人”を表示します。これは変更する必要はありません。

- ・被保険者番号(8桁)

「番号」欄に全角文字で入力します。この場合「記号」欄は空欄のままとします。

なお、特別療養費の場合は、被用者保険、国民健康保険など同様に記号、番号が被保険者証に記載されていますので記号を「記号」欄、番号を「番号」欄に入力します。

- ・資格取得年月日

「資格取得日」欄に入力します。

- ・交付年月日

「有効期間」欄の開始日欄に入力します。終了日欄は“99999999”で構いません。

- ・一部負担金の割合

「補助区分」欄で該当する区分を選択します。

1割の場合は、“1 1割”

3割の場合は、“3 3割”を選択します。

(2) 老人保健(保険番号 027)を登録されている患者を呼び出すと、老人保健の有効期限を平成20年3月31日で終了させるための確認メッセージを表示します。それに答えると有効期限を変更します。

(3) 後期高齢者医療の保険追加で開始日の前日が他の保険の有効期限と重複する時は自動で期限を切ります。

開始日を省略した場合は、75歳到達日が平成20年4月1日以前であれば平成20年4月1日とします。また、老人保健(保険番号 027)の公費が登録済みで有効終了日が平成20年3月31日であれば平成20年4月1日とします。

これ以外の場合はシステム日付とします。

なお、公害、自費、労災、自賠責は変更しません。

- (4) 生活保護法と有効期間が重なる場合はエラーとします。
- (5) システム日付（環境設定で変更された場合はその日付）における年齢が 75 歳以上となる場合で後期高齢者医療が登録されていない場合は警告を表示します。これは、自費、治験、公害以外の保険が有効な場合が対象となります。
- (6) 後期高齢者医療の開始日が 75 歳に達する日より前の場合は警告を表示します。これは、登録時、開始日変更時のみ表示を行います。
- (7) 自費、治験、公害以外の保険の有効開始日が 75 歳以上となる場合はエラーとします。
- (8) 老人保健（保険番号 027）が平成 20 年 3 月 31 日で終了となっている場合で後期高齢者医療が登録されていない時は警告を表示します。
- (9) 生活保護単独の場合で後期高齢者医療に該当する場合は、後期高齢者医療の点数を算定するため便宜上、後期高齢者該当（保険番号 968）を公費欄に登録します。

2-3 診療行為

- (1) 診療日が平成 20 年 4 月以降で、選択した保険組合せに老人保健（保険番号 027）が含まれている時は公費期限切れでエラーになります。
- (2) 診療日での年齢が 75 歳以上になった時、選択した保険組合せに後期高齢者医療がない場合はエラーとします。
公費単独、自費、労災、自賠責、公害等はエラーにはしません。
- (3) 後期高齢者の判断は選択している保険組合せに後期高齢者医療が含まれている場合、または、診療日の年齢が 75 歳以上の場合になります。
後期高齢者医療は誕生日から有効となりますので、同一月に後期高齢者医療と一般の剤が混在します。
75 歳未満で後期高齢者の場合、自費等は一般扱いとします。

2-4 会計照会

- (1) 診療月の 1 日の年齢で後期高齢者の判断をします。後期高齢者に到達する誕生月は誕生日が 1 日以外であれば一般と判断します。
剤変更では、選択している保険組合せに後期高齢者医療が含まれていれば高齢者、含まれていなければ一般とします。
- (2) 保険一括変更は一般・高齢者の保険組合せ変更のチェックを今まで通り行います。

2-5 処方せん

- (1) 備考欄に記載する負担割合に、後期高齢者医療の負担割合（補助区分）を追加します。前期高齢者、老人保健（保険番号 027）の判定も今まで通りとします。
- (2) 後期高齢者医療では記号がありませんので、番号のみ記載します。

2-6 診療録（カルテ）

後期高齢者医療では記号がありませんので、番号のみ記載します。

3 退職者医療制度の廃止

2008 年 4 月から退職者医療制度が廃止されます。

ただし、2014 年度(平成 26 年度)までに退職した方が 65 歳に達するまでの間は、経過措置として現行制度は存続されます。

現行のままとし特にチェックを行うなど対応はしません。

現行、65 歳以上 75 歳未満の被扶養者がある場合で、4 月以降も被保険者が引き続き退職者医療制度に加入する場合は、被扶養者については 4 月から国保などの別の医療保険制度へ切り替えとなります。

4 肝炎治療特別促進事業

東京都の場合は、独自の制度がありますのでご注意ください。

4-1 保険番号マスタ

肝炎治療特別促進事業の保険番号マスタを作成します。

マスタ更新により追加しますのでユーザーにより作成する必要はありません。

保険番号	038
支払区分	00
有効期間開始	20080401
法別番号	38
制度名	肝炎治療特別促進事業医療
短縮制度名	肝炎治療
保険公費種別区分	7 一般公費
法別番号チェック区分	1 チェックする
検証番号チェック区分	1 チェックする
受給者検証番号チェック区分	1 チェックする
点数単価	10
レセプト負担金額	2 10 円未満四捨五入しない
レセプト記載	0 負担上限未満記載あり

4-2 患者登録

(1) 肝炎治療受給者証（仮名）に記載されている内容を公費欄に入力します。

公費の種類には「038 肝炎治療」を選択します。

(2) 自己負担限度額を設定します。

階層区分		自己負担限度額（月額）
上位所得層	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円以上の場合	50,000 円
中間所得層	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 65,000 円以上	30,000 円

	235,000 円未満の場合	
下位所得層	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が 65,000 円未満の場合	10,000 円

所得者情報画面の公費負担額欄から 038 肝炎治療を選択します。

適用期間は、他医療機関、薬局の一部負担の累計額が月毎に必要となりますので 1 月ずつ設定を行います。

入外上限額は、自己負担限度額を入力します。

他一部負担累計は、他医療機関、薬局の一部負担の累計額を入力します。

追 1 中国残留邦人等に対する支援給付

追 1-1 保険番号マスタ

中国残留邦人等に対する支援給付の保険番号マスタを作成します。

マスタ更新により追加しますのでユーザーにより作成する必要はありません。

保険番号	025
支払区分	00
有効期間開始	20080401
法別番号	25
制度名	中国残留邦人等支援
短縮制度名	残留邦人等
保険公費種別区分	5 生活保護
法別番号チェック区分	0 チェックする
検証番号チェック区分	2 チェックしない
受給者検証番号チェック区分	2 チェックしない
点数単価	10
レセプト請求	0 社保、国保の両方に印刷
レセプト負担金額	1 10 円未満四捨五入する
レセプト記載	0 負担上限未満記載あり

追 1-2 患者登録

この制度は基本的には生活保護と同様の扱いとなります。医療機関の窓口では本人確認証を提示されますので記載されている内容を頭書きの登録を行います。本人確認証には、公費負担者番号及び受給者番号も記載されていないので、以下の内容を公費欄に入力します。

公費の種類には「025 残留邦人等」を選択し、適用期間を入力します。

福祉事務所から医療券が送付されてきますので、医療券より負担者番号を患者登録画面の公費欄へ入力します。受給者番号は、生活保護と同様の扱いですので毎月受給者番号が変わると予想されます。登録方法については対応ができましたらお知らせします。

5 初診料

5-1 A000 夜間・早朝加算

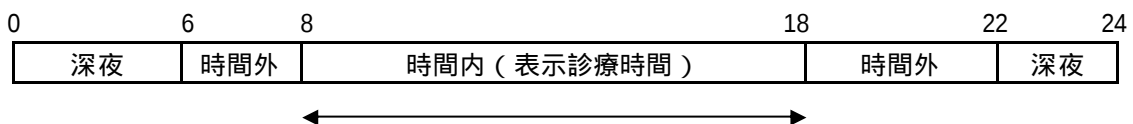
診療行為コード	名称	点数
111012470	初診（夜間・早朝等）加算	50

診療所が対象となります。

以下の時間帯の内、表示診療時間内に初診を行った場合に算定できます。ただし、小児科特例加算を算定する場合は算定できません。往診料を算定した場合（緊急往診加算、夜間・深夜加算を算定した場合も含めて）でも算定できます。

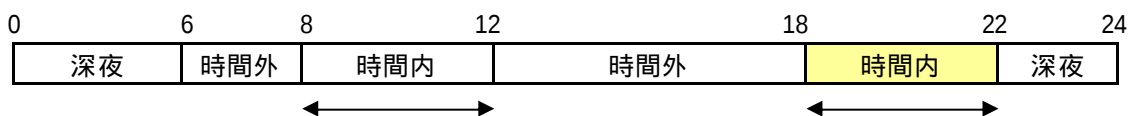
平日 18時～ 8時（深夜、休日を除く）
 土曜日 12時～ 8時（深夜、休日を除く）
 休日 6時～ 22時 日曜日、国民の祝日、年末年始
 深夜 22時～ 6時

- (1) 平日の表示診療時間を 8 時～ 18 時までとします。



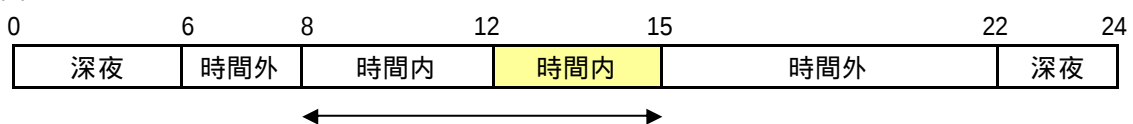
算定できません。

- (2) 平日の表示診療時間を 8 時～ 12 時、18 時～ 22 時までとします。



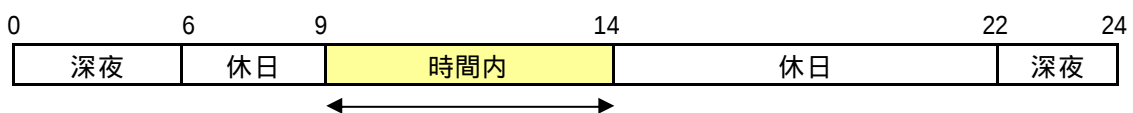
18 時～ 22 時の時間内であれば算定できます。

- (3) 土曜の表示診療時間を 8 時～ 15 時までとする。



12 時～ 15 時の時間内であれば算定できます。

- (4) 休日の表示診療時間を 9 時～ 14 時までとする。



9 時～ 14 時の時間内であれば算定できます。

算定方法

- (1) 施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0672 夜間・早朝等加算

のフラグを 1 に入力し登録します。

- (2) 診療行為での入力方法です。

時間外区分を新設しました。

時間外区分	内容
1	時間外
2	休日
3	深夜
4	時間外特例
5	小児科特例（夜間）
6	小児科特例（休日）
7	小児科特例（深夜）
8	夜間・早朝

時間外区分に 8 を入力すると夜間・早朝加算を発生させます。また、診療行為コードを直接入力しても算定できます。

時間内であっても算定できる時間帯がありますので、算定可能な時間帯になりましたら業務メニューの環境設定で外来時間外区分を「8 夜間早朝」に設定すると、診療行為で患者を呼び出すだけで自動発生します。その後、算定できない時間帯になりましたら環境設定を別の区分に設定し直します。

(3) 算定チェック

診療所であること、施設基準が設定されているかのチェックを行います。

小児科特例加算を算定する場合は算定不可とします。

6 再診料

6-1 A001 再診料

名称	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から
病院の場合	57 点	60 点

6-2 A001 夜間・早朝加算

診療行為コード	名称	点数
112015570	再診（夜間・早朝等）加算	50

取扱いは初診料の場合と同様になります。

施設基準コードも初診料の場合と同様 0672 となります。

6-3 A001 外来管理加算

- (1) 老人点数は廃止となり一般と同一点数となります。
- (2) 外来管理加算の算定要件として医師が実際に概ね 5 分を超えて直接診察を行った場合に算定できるとされました。また、診療録に時間要件に該当する旨の記載をしなければいけません。
- (3) やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合、外来管理加算は算定できなくなりました。
- (4) システム管理マスタの管理番号 1007「自動算定・チェック機能制御情報」の「外来管理加算チェック」に“3 自動発生なし”を追加しました。
“3 自動発生なし”に設定した場合、診療行為では自動発生はしませんので算定する場合は診療コードを手入力して算定します。なお、労災、自賠責の場合は読み替え加算になりますので必ず自動発生します。

7 指導管理等

7-1 B001 小児特定疾患カウンセリング料

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
113000810	小児特定疾患カウンセリング料	小児特定疾患カウンセリング料 (1 回目)	500

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113009910	小児特定疾患カウンセリング料 (2 回目)	400

(3) 算定要件

- 1 5 歳未満が対象となります。
- 月 2 回を限度として算定します。
- 2 年を限度として算定します。

(4) 算定方法

- 1 回目又は 2 回目の診療行為コードを入力します。
- 当月未算定の場合で 2 回目の診療行為コードを入力した場合、1 回目の診療行為コードに振り替えて算定します。
- 当月 1 回目を算定している場合で 1 回目の診療行為コードを入力した場合、2 回目の診療行為コードに振り替えて算定します。

(5) 算定チェック

- 年齢 (1 5 歳未満) チェックを行います。
- 月 2 回算定チェックを行います。

7-2 B001 糖尿病合併症管理料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010010	糖尿病合併症管理料	170

(2) 算定要件

- 外来患者 (通院する患者であること、在宅での療養を行う患者は対象とならない) が対象となります。
- 月 1 回を限度として算定します。

(3) 算定方法

- 施設基準を設定します。
- システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で
コード : 0690 糖尿病合併症管理料
のフラグを 1 と入力し登録します。

(4) 算定チェック

- 月 1 回算定チェックを行います。

7-3 B001 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010110	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	150

(2) 算定要件

外来患者で 15 歳未満が対象となります。

月 1 回を限度として算定します。

初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して 1 月を経過した日以降に算定できます。

(3) 算定チェック

年齢 (15 歳未満) チェックを行います。

月 1 回算定チェックを行います。

7-4 B001 がん性疼痛緩和指導管理料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010210	がん性疼痛緩和指導管理料	100

(2) 算定要件

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者で当該麻薬を投与した日に算定できます。

月 1 回を限度として算定します。

(3) 算定チェック

登録時に麻薬が処方されているかチェックを行います。

院外処方する場合はノンチェックとします。

月 1 回算定チェックを行います。

7-5 B001-3 生活習慣病管理料

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
113005810	生活習慣病管理料 (処方せ んを交付) (高脂血症を主 病)	生活習慣病管理料 (処方せ んを交付) (脂質異常症を主 病)	650
113006010	生活習慣病管理料 (処方せ んを交付しない) (高脂血症 を主病)	生活習慣病管理料 (処方せ んを交付しない) (脂質異常症を主 病)	1,175

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010370	自己測定血糖値指導加算	500

(3) 算定要件

自己測定血糖値指導加算は、年 1 回を限度として算定します。

(4) 算定チェック

自己測定血糖値指導加算は、月 1 回算定チェックを行います。

年 1 回のチェックはできません。

7-6 B001-7 リンパ浮腫指導管理料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010410	リンパ浮腫指導管理料	100

(2) 算定要件

入院患者が対象となります。

入院中 1 回を限度として算定します。

(3) 算定チェック

入院中 1 回算定チェックを行います。

7-7 B004 退院時共同指導料 1

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
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)	退院時共同指導料 1 (在宅療養支援診療所の場合)	1,000
113008710	地域連携退院時共同指導料 1 (1 以外の場合)	退院時共同指導料 1 (1 以外の場合)	600

7-8 B005 退院時共同指導料 2

(1) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
113008810	地域連携退院時共同指導料 2 (在宅療養支援診療所の場合)	500

(2) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
113008910	地域連携退院時共同指導料 2 (1 以外の場合)	退院時共同指導料 2	300

(3) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010570	保険医共同指導加算	300
113010670	保険医等 3 者以上共同指導加算	2,000

(4) 算定要件

入院患者が対象となります。

入院中 1 回を限度として算定します。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者について

は入院中 2 回を限度として算定します。

保険医等 3 者以上共同指導加算と同一日に保険医共同指導加算は算定できません。

(3) 算定方法

共同指導加算の診療行為コードを退院時共同指導料 2 の次に入力します。

入力コード	名称	点数 回数
113008910	* 退院時共同指導料 2	
113010570	保険医共同指導加算	600 × 1

(4) 算定チェック

月 2 回算定チェックを行います。

入院中 2 回算定チェックを行います。

7-9 B008 薬剤管理指導料

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
120001610	薬剤管理指導料	薬剤管理指導料 3 (1 及び 2 以外の患者)	325

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010710	薬剤管理指導料 1 (救命救急入院料等算定患者)	430
113010810	薬剤管理指導料 2 (安全管理を要する医薬品投与患者)	380

(3) 算定要件

病院から保険医療機関 (病院、有床診療所) へ範囲が拡大されました。

入院患者が対象となります。

週 1 回、月 4 回を限度として算定します。

(4) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード : 0036 薬剤管理指導料

のフラグを 1 と入力し登録します。

(5) 算定チェック

月 4 回算定チェックを行います。

週 1 回のチェックはできません。

7-10 B009 診療情報提供料 ()

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113010970	ハイリスク妊産婦紹介加算	200
113011070	認知症専門医紹介加算	130
113011170	精神科医療連携加算	200

(2) 算定要件

ハイリスク妊産婦紹介加算はハイリスク妊産婦共同管理料（ ）の施設基準の届出を行った保険医療機関で算定できます。

ハイリスク妊産婦紹介加算は妊娠中 1 回に限り算定できます。

(3) 算定方法

ハイリスク妊産婦紹介加算は施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0678 ハイリスク妊産婦紹介加算

のフラグを 1 と入力し登録します。

加算の診療行為コードを診療情報提供料（ ）の次に入力します。

入力コード	名称	点数 回数
180016110	* 診療情報提供料（ 1 ）	
113010970	ハイリスク妊産婦紹介加算	450 × 1

(4) 算定チェック

ノンチェックとなります。

7-11 B011-4 医療機器安全管理料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113011210	医療機器安全管理料（生命維持管理装置使用）	50
113011310	医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）	1,000

(2) 算定要件

医療機器安全管理料（生命維持管理装置使用）は施設基準の届出が必要となります。

医療機器安全管理料（生命維持管理装置使用）は生命維持管理装置を使用して治療を行った場合に、月に 1 回を限度として算定します。

医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）は施設基準の届出が必要となります。

医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）は照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に 1 回に限り算定できます。

(3) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0692 医療機器安全管理料（生命維持管理装置使用）

0693 医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）

のフラグを 1 と入力し登録します。

(4) 算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

医療機器安全管理料（放射線治療計画策定）の一連に 1 回算定チェックはできません。

7-12 B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

17

ORCA Project

2008 年 4 月診療報酬改定【改定対応方法】

Copyright(C)2008 Japan Medical Association.

All rights reserved.

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113701910	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100

(2) 算定要件

後期高齢者医療に該当する入院患者が対象となります。
退院時 1 回を限度として算定します。(死亡退院の場合は算定できません。)

(3) 算定チェック

退院時算定チェックを行います。

7-13 B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113702010	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180

(2) 算定要件

後期高齢者医療制度に該当する入院患者が対象となります。
退院時 1 回を限度として算定します。
当該指導料を算定した退院の日から起算して 1 か月以内に行われる当該指導については算定できません。
死亡退院又は他の医療機関へ転院する場合は算定できません。

(3) 算定チェック

退院時算定チェックを行います。
月 1 回算定チェックを行います。

7-14 B016 後期高齢者診療料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113702110	後期高齢者診療料	600

(2) 算定要件

施設基準の届出が必要となります。
入院中以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者が対象となります。
1 月に 1 回に限り算定できます。
初診料を算定した日の属する月又は退院した日の属する月は算定できません。ただし、同一月に入院日及び退院日がある月において、当該入院日に行った診療については当該診療料を算定できます。
以下についての費用は当該診療料に含まれます。
・第 1 部医学管理等(区分番号 B 0 0 9 診療情報提供料() 区分番号 B 0 1 0 診療情報提供料() 区分番号 B 0 1 7 後期高齢者外来継続指導料及び区分番号 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料を除く。)
・第 3 部検査(第 5 節に規定する薬剤料及び第 6 節に規定する特定保険医療材料料を除く。)
・第 4 部画像診断(第 4 節に規定する薬剤料及び第 5 節に規定する特定保険医療材料料を除く。)

く。)

- ・第 9 部処置（第 2 節に規定する処置医療機器等加算、第 3 節に規定する薬剤料及び第 4 節に規定する特定保険医療材料料を除く。）

ただし、急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数（区分番号の点数で注加算を除く。）が 550 点未満のものに限り、当該診療料に含まれます。

第 2 部在宅医療（区分番号 C 0 0 0 往診料を除く。）を算定している場合については算定できません。

(3) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0694 後期高齢者診療料

のフラグを 1 と入力し登録します。

(4) 算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

急性増悪時に実施した検査等に係る算定要件のため、550 点以上の診療行為を算定する場合は警告を表示します。

(5) レセプト記載

病状の急性増悪時に、所定点数（区分番号の点数で注加算を除く。）が 550 点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を摘要欄に記載します。

当該月に後期高齢者診療料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができます。ただし、その場合は、理由等を摘要欄に記載します。

7-15 B017 後期高齢者外来継続指導料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113702210	後期高齢者外来継続指導料	200

(2) 算定要件

後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院し、退院後再び継続して後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定します。

後期高齢者診療料を入院の日の属する月又はその前月に算定していることが必要です。

退院後の最初の診療日とは、退院日の属する月の翌々月までとなります。

(3) 算定チェック

ノンチェックとなります。

7-16 B018 後期高齢者終末期相談支援料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
113702310	後期高齢者終末期相談支援料	200

(2) 算定要件

入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定できます。

(3) 算定チェック

月 1 回算定チェックを行います。

8 在宅医療

点数の変更のみは省略します。

8-1 C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114012910	在宅患者訪問診療料（居住系施設入居者等）	200

(2) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
114001110	在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者）	830

8-2 C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114013010	特定施設入居時等医学総合管理料 1（処方せんを交付）	3,000
114013110	特定施設入居時等医学総合管理料 1（処方せんを交付しない）	3,300
114013210	特定施設入居時等医学総合管理料 2（処方せんを交付）	1,500
114013310	特定施設入居時等医学総合管理料 2（処方せんを交付しない）	1,800

月 1 回に限り算定できます。

(2) 重症者加算

1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、1 回に限り重症者加算として所定点数に 1,000 点を加算できます。

(3) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0721 特定施設入居時等医学総合管理料

のフラグを 1 と入力し登録します。

8-3 C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114013470	長時間訪問看護・指導加算（在宅患者）	520
114013570	在宅患者連携指導加算	300
114013670	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200
114704070	後期高齢者終末期相談支援加算（在宅患者）	200

8-4 C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114013710	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 1（保健師等）（週 3 日）	430

	目まで)	
114013810	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 1 (保健師等)(週 4 日目以降)	530
114013910	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 3 日目まで)	380
114014010	居住系施設入居者等訪問看護・指導料 2 (准看護師)(週 4 日目以降)	480
114014170	居住系施設入居者等訪問看護・指導料(難病等 1 日 2 回訪問)加算	450
114014270	居住系施設入居者等訪問看護・指導料(難病等 1 日 3 回以上訪問)加算	800
114014370	緊急訪問看護加算(居住系施設入居者等)	265
114014470	長時間訪問看護・指導加算(居住系施設入居者等)	520
114014570	居住系施設入居者等連携指導加算	300
114014670	居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算	200
114704170	後期高齢者終末期相談支援加算(居住系施設入居者等)	200
114014770	居住系施設等ターミナルケア加算	2,000
114014870	居住系施設等移行管理加算	250
114014970	重症者居住系施設等移行管理加算	500

8-5 C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料(1単位)

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
114006410	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 1	300

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 2	255

8-6 C007 訪問看護指示料

特別訪問看護指示書交付加算は、別に厚生労働大臣が定める者については月 2 回まで加算できるようになりました。

8-7 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
114007810	在宅患者訪問薬剤管理指導料	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 (在宅療養中の患者)	550

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015110	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2 (居住系施設入居者等)	385

8-8 C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
114007910	在宅患者訪問栄養食事指導料	在宅患者訪問栄養食事指導料 1 (在宅療養中の患者)	530

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015210	在宅患者訪問栄養食事指導料 2 (居住系施設入居者等)	450

8-9 C010 在宅患者連携指導料

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015310	在宅患者連携指導料	900

月 1 回に限り算定できます。

8-10 C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015410	在宅患者緊急時等カンファレンス料	200

月 2 回に限り算定できます。

8-11 C113 寝たきり老人訪問指導管理料

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
114701510	寝たきり老人訪問指導管理料	430

8-12 C150 血糖自己測定器加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015510	血糖自己測定器加算 (月 1 0 0 回以上) (1 型糖尿病の患者に限る)	1,320
114015610	血糖自己測定器加算 (月 1 2 0 回以上) (1 型糖尿病の患者に限る)	1,500

3 月に 3 回に限り算定できます。

8-13 C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
114015710	呼吸同調式デマンドバルブ加算	300

月 1 回に限り算定できます。

8-14 緊急時施設治療管理料

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180709110	緊急時施設治療管理料	500

月 4 回に限り算定できます。

9 投薬

9-1 F100 処方料

(1) 点数が変更されました。

名称	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から
特定疾患処方管理加算（処方料）	15 点	18 点

9-2 F400 処方せん料

(1) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
120002810	処方せん料（7 種類以上）（後発医薬品を含まない）	40
120003010	処方せん料（その他）（後発医薬品を含まない）	68

(2) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
120002710	処方せん料（7 種類以上） （後発医薬品を含む）	処方せん料（7 種類以上）	40
120002910	処方せん料（その他）（後発 医薬品を含む）	処方せん料（その他）	68

(3) 自動発生する処方せん料は、後発医薬品を含む、含まないに係らず上記マスタを発生します。

(4) 点数が変更されました。

名称	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から
特定疾患処方管理加算（処方せん料）	15 点	18 点

10 注射

10-1 外来化学療法加算

注加算から通則加算へ変更されました。

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
130010870	外来化学療法加算	外来化学療法加算 1	500
130010970	外来化学療法加算 (1 5 歳未満)	外来化学療法加算 1 (1 5 歳未満)	700

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
130011390	外来化学療法加算 2	390
130011490	外来化学療法加算 2 (1 5 歳未満)	700

(3) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード : 0728 外来化学療法加算 1

0729 外来化学療法加算 2

のフラグを 1 に入力し登録します。

診療行為入力では注射手技コードの下に入力します。

.330 * 点滴注射

130009310 点滴注射

130011390 外来化学療法加算 2

10-2 G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
130011570	中心静脈注射用カテーテル挿入 (切開法) 加算	2000

10-3 G020 無菌製剤処理料

注加算から基本項目へ変更されました。

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
130011070	点滴注射 (無菌製剤処理 (細胞毒性を有するもの)) 加算	無菌製剤処理料 1	50
130008270	点滴注射 (無菌製剤処理) 加算	無菌製剤処理料 2	40

(2) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
130004570	中心静脈注射 (無菌製剤処理) 加算	40
130009670	中心静脈注射 (埋込型カテーテル) (無菌製剤処理) 加算	40

(3) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0027 無菌製剤処理加算（無菌製剤処理料 1）

0727 無菌製剤処理料 2

のフラグを 1 に入力し登録します。

診療行為入力では外来、入院ともその他注射として単独の剤として入力します。点滴手技等とは別剤となります。

.330 * 点滴注射

130009310 点滴注射

643310065 ソリタ - T 3 号 G 5 0 0 m L

.340 * その他注射

130008270 無菌製剤処理料 2

1 1 処置

点数の変更のみは省略します。

11-1 J001-5 老人処置（１日につき）

名称が変更されました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
140700110	老人処置	後期高齢者処置	12

11-2 J001-6 老人精神病棟等処置料（１日につき）

名称が変更されました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
140700310	老人精神病棟等処置料	後期高齢者精神病棟等処置料	15

11-3 J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）

3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点の乳幼児加算コードを自動発生します。

11-4 J019-2 胸腔内出血排除（非開胸的）（開始日）

3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点の乳幼児加算コードを自動発生します。

11-5 J020 胃持続ドレナージ（開始日）

3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点の乳幼児加算コードを自動発生します。

11-6 J021 持続的腹腔ドレナージ（開始日）

3 歳未満の乳幼児の場合は、100 点の乳幼児加算コードを自動発生します。

11-7 J034 ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法

名称・点数が変更されました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
140007010	ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法	イレウス用ロングチューブ挿入法	200

11-8 J038 人工腎臓（１日につき）

(1) 点数が細分化されました。

以下のマスタを変更及び新設しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
140036710	人工腎臓 1	人工腎臓（４時間未満）	2,117

診療行為コード	名称	点数
140051010	人工腎臓（４時間以上 5 時間未満）	2,267
140051110	人工腎臓（５時間以上）	2,397

(2) 区分番号 J038-2 持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて 1 月に 1 4 回に限り算定するとされました。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りではありません。

日 1 回、月併せて 1 4 回を限度とする警告チェックを行います。

11-9 J038-2 持続緩徐式血液濾過（１日につき）

区分番号 J038 人工腎臓の実施回数と併せて１月に１４回に限り算定するとされました。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りではありません。

日１回、月併せて１４回を限度とする警告チェックを行います。

11-10 J043-4 胃瘻カテーテル交換法

(1) 点数が新設されました。

診療行為コード	名称	点数
140051210	胃瘻カテーテル交換法	200

(2) 区分番号 J000 創傷処置、区分番号 K000 創傷処理の費用は所定点数に含まれます。

11-11 J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法

(1) 点数が新設されました。

診療行為コード	名称	点数
140051310	尿路ストーマカテーテル交換法	100

(2) 区分番号 J000 創傷処置、区分番号 K000 創傷処理、区分番号 J043-3 ストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれます。

11-12 J047 カウンターショック（１日につき）

点数が細分化されました。

以下のマスタを新設及び変更しました。

診療行為コード	名称	点数
140051410	カウンターショック（非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合）	2,500

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
140010310	カウンターショック	カウンターショック（その他）	3,500

11-13 J052-2 熱傷温浴法（１日につき）

広範囲熱傷の患者であつて、入院中のものについて行った場合に受傷後 60 日以内に限り算定するとされました。

11-14 J053 皮膚科軟膏処置

100 平方センチメートル未満の場合は、基本診療料に含まれ、算定できないとされました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
140011510	皮膚科軟膏処置 1	45

11-15 J054 皮膚科光線療法

点数が新設されました。

診療行為コード	名称	点数
140051510	皮膚科光線療法（中波紫外線、308nm 以上 313nm 以下）	350

11-16 J086 眼処置

点眼又は洗眼については、基本診療料に含まれ、算定できないとされました。

11-17 J095 耳処置（点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去を含む。）

点耳、簡単な耳垢栓除去については、基本診療料に含まれ、算定できないとされました。

11-18 J097 鼻処置（鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）

鼻洗浄については、基本診療料に含まれ、算定できないとされました。

11-19 J113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）

点数が新設されました。

診療行為コード	名称	点数
140051610	耳垢栓塞除去（複雑）（両）	150

11-20 J118 介達牽引（1日につき）

(1) 上限回数を超えて算定する場合は点数を逡減して算定することが削除されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
140047670	介達牽引等逡減	-50%

(2) 5 回目以降又は 7 回目以降の逡減コードの自動発生を廃止しました。

11-21 J119 消炎鎮痛等処置（1日につき）

(1) 消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）の上限回数を超えて算定する場合は点数を逡減して算定することが削除されました。区分番号 J118 介達牽引と同様となります。

(2) □ その他のものが削除されました。

以下のマスタを廃止及び変更しました。

診療行為コード	名称	点数
140002310	消炎鎮痛等処置（湿布処置□）	24

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
140002210	消炎鎮痛等処置（湿布処置イ）	消炎鎮痛等処置（湿布処置）	35

12 手術

点数及び名称の変更のみ又は廃止については省略します。

12-1 K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150333510	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（長径 3 c m未満の良性皮膚腫瘍）	1,280
150333610	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（長径 3 c m以上 6 c m未満の良性皮膚腫瘍）	3,230

12-2 K013-2 全層植皮術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150333710	全層植皮術（25 c m ² 未満）	10,000
150333810	全層植皮術（25 c m ² 以上 100 c m ² 未満）	12,500
150333910	全層植皮術（100 c m ² 以上 200 c m ² 未満）	20,000
150334010	全層植皮術（200 c m ² 以上）	30,000

12-3 K037 腱縫合術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150341150	腱縫合術（切創等の創傷）（6歳未満）	1,850

12-4 K047-3 超音波骨折治療法

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150334110	超音波骨折治療法	5,000

12-5 K048 骨内異物（挿入物）除去術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150334210	骨内異物（挿入物）除去術（頭蓋）	4,650
150334310	骨内異物（挿入物）除去術（顔面）	4,650

12-6 K052-3 多発性骨腫摘出術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150334410	多発性骨腫摘出術（肩甲骨）	10,300
150334510	多発性骨腫摘出術（上腕）	10,300
150334610	多発性骨腫摘出術（大腿）	10,300
150334710	多発性骨腫摘出術（前腕）	7,210
150334810	多発性骨腫摘出術（下腿）	7,210
150334910	多発性骨腫摘出術（鎖骨）	3,340
150335010	多発性骨腫摘出術（膝蓋骨）	3,340

150335110	多発性骨腫摘出術（手）	3,340
150335210	多発性骨腫摘出術（足）	3,340
150335310	多発性骨腫摘出術（指）	3,340
150335410	多発性骨腫摘出術（その他）	3,340

12-7 K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150335510	骨移植術（軟骨移植術を含む）（同種骨移植）（非生体）	9,900
150341250	骨移植術（軟骨移植術を含む）（人工骨移植）	9,900

12-8 K131 椎弓切除術

2 椎弓以上について切除を行う場合は加算点数が算定できるとされました。
（3 椎弓以上から 2 椎弓以上へと変更）

12-9 K131-2 内視鏡下椎弓切除術

2 椎弓以上について切除を行う場合は加算点数が算定できるとされました。
（3 椎弓以上から 2 椎弓以上へと変更）

12-10 K132 椎弓形成手術

2 椎弓以上について形成を行う場合は加算点数が算定できるとされました。
（3 椎弓以上から 2 椎弓以上へと変更）

12-11 K149 減圧開頭術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髄空洞症）	21,300

12-12 K164-4 定位的脳内血腫切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150335710	定位的脳内血腫切除術	12,200

12-13 K180 頭蓋骨形成手術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）	21,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0739 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-14 K268 緑内障手術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150335910	緑内障手術（濾過手術）	21,000

12-15 K384-2 深頸部膿瘍切開術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336010	深頸部膿瘍切開術	4,000

12-16 K443 上顎骨形成術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）	32,400

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0658 上顎骨形成術（骨移動を伴う）

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-17 K444 下顎骨形成術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）	27,800

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0740 上顎骨形成術（骨異動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨異動を伴う場合に限る。）

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-18 K487 漏斗胸手術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）	30,200

12-19 K514 肺悪性腫瘍手術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336410	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）	58,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0649 肺悪性腫瘍手術等
のフラグを 1 に入力し登録します。

12-20 K514-5 移植用部分肺採取術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336510	移植用部分肺採取術（生体）	41,000

12-21 K514-6 生体部分肺移植術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336610	生体部分肺移植術	66,700
150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）	0

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0741 生体部分肺移植術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-22 K526-2 早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	17,000

12-23 K599-3 両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150336910	両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術	14,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0742 両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-24 K599-4 両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337010	両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0742 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術
のフラグを 1 に入力し登録します。

12-25 K609-2 経皮的頸動脈ステント留置術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337110	経皮的頸動脈ステント留置術	22,100

12-26 K655-4 噴門側胃切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）	30,900
150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	55,100

12-27 K682-2 経皮的胆管ドレナージ

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150341350	ドレーンを留置しない経皮的胆嚢穿刺（急性胆嚢炎）	1,450

12-28 K687 内視鏡的乳頭切開術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150341450	内視鏡的乳頭拡張術	7,230

12-29 K691-2 経皮的肝膿瘍ドレナージ

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337410	経皮的肝膿瘍ドレナージ	10,800

12-30 K718 虫垂切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	8,880

12-31 K718-2 腹腔鏡下虫垂切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	8,210

12-32 K719-2 腹腔鏡下結腸切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）	41,700

12-33 K740-2 腹腔鏡下直腸切除術

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	53,400
150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	60,000

12-34 K743 痔核手術（脱肛を含む。）

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338010	痔核手術（ P P H ）	6,390
150341650	痔核手術（自動吻合器使用）	6,390

12-35 K754-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	36,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0743 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-36 K769-3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0744 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術又は腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-37 K772-3 腹腔鏡下小切開腎摘出術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0744 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術又は腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-38 K773-3 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	47,300

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0744 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術又は腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-39 K779-3 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）	38,600

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0753 同種死体腎移植術等

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-40 K780-2 生体腎移植術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338610	生体腎移植術	40,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0753 同種死体腎移植術等

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-41 K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338710	焦点式高エネルギー超音波療法	5,000

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0747 焦点式高エネルギー超音波療法

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-42 K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0748 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

のフラグを 1 に入力し登録します。

12-43 K915 生体臓器提供管理料

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150338910	生体臓器提供管理料	5,000

12-44 K936 自動縫合器加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150339210	自動縫合器加算	2,500

12-45 K936-2 自動吻合器加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150339310	自動吻合器加算	5,500

12-46 K936-3 微小血管自動縫合器加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150339410	微小血管自動縫合器加算	2,500

12-47 K939 画像等手術支援加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150339010	画像等手術支援加算（ナビゲーション）	2,000
150339110	画像等手術支援加算（実物大臓器立体モデル）	2,000

当該加算の入力時に算定可能な手術であるかのチェックを行います。

1 3 麻酔

点数の変更のみは省略します。

13-1 L001 静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
150232550	ケタラルによる全身麻酔	120

13-2 L001-2 静脈麻酔

L001 静脈麻酔から再編されました。

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
150232210	静脈麻酔	静脈麻酔（短時間）	120

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150332410	静脈麻酔（長時間）	600

13-3 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）

注 2 項目が基本項目に移行されました。

(1) 以下のマスタを新設しました。

1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号 K 5 5 2 - 2 に掲げる冠動脈若しくは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ものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

診療行為コード	名称	点数
150332510	閉鎖循環式全身麻酔 1（麻酔困難な患者）	24,900
150332610	閉鎖循環式全身麻酔 1	18,300
150339550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 1（麻酔困難な患者）	24,900
150339750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 1	18,300
150339650	ノンレブリージングバルブ麻酔 1（麻酔困難な患者）	24,900
150339850	ノンレブリージングバルブ麻酔 1	18,300

2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号 K 5 5 2 - 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ものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔（1 に掲げる場合を除く。）

診療行為コード	名称	点数
150332710	閉鎖循環式全身麻酔 2（麻酔困難な患者）	16,600
150332810	閉鎖循環式全身麻酔 2	12,200
150339950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 2（麻酔困難な患者）	16,600
150340150	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 2	12,200
150340050	ノンレブリージングバルブ麻酔 2（麻酔困難な患者）	16,600
150340250	ノンレブリージングバルブ麻酔 2	12,200

3 1 若しくは 2 以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1 又は 2 に掲げるものを除く。）

診療行為コード	名称	点数
150332910	閉鎖循環式全身麻酔 3（麻酔困難な患者）	12,450
150333010	閉鎖循環式全身麻酔 3	9,150
150340350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 3（麻酔困難な患者）	12,450
150340550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 3	9,150
150340450	ノンレブリージングバルブ麻酔 3（麻酔困難な患者）	12,450
150340650	ノンレブリージングバルブ麻酔 3	9,150

4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1 から 3 までに掲げる場合を除く。）

診療行為コード	名称	点数
150333110	閉鎖循環式全身麻酔 4（麻酔困難な患者）	9,130
150333210	閉鎖循環式全身麻酔 4	6,710
150340750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 4（麻酔困難な患者）	9,130
150340950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 4	6,710
150340850	ノンレブリージングバルブ麻酔 4（麻酔困難な患者）	9,130
150341050	ノンレブリージングバルブ麻酔 4	6,710

(2) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
150328210	閉鎖循環式全身麻酔 1	閉鎖循環式全身麻酔 5（麻酔困難な患者）	8,300
150233410	閉鎖循環式全身麻酔 2	閉鎖循環式全身麻酔 5	6,100

(3) 注 2 加算について変更されました。

全身麻酔の実施時間が 2 時間を超えた場合は、30 分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算するとされました。

イ	1 に掲げる項目に係る手術等により実施時間が 2 時間を超えた場合	1,800 点
ロ	2 に掲げる項目に係る手術等により実施時間が 2 時間を超えた場合	1,200 点
ハ	3 に掲げる項目に係る手術等により実施時間が 2 時間を超えた場合	900 点
ニ	4 に掲げる項目に係る手術等により実施時間が 2 時間を超えた場合	660 点
ホ	5 に掲げる項目に係る手術等により実施時間が 2 時間を超えた場合	600 点

算定方法

従前通り、実施時間を数量として入力します。

閉鎖循環式全身麻酔、気管内チューブ挿入吹送法麻酔、ノンレブリージングバルブ麻酔について複数の麻酔が実施された場合は基本点数の高い区分より入力を行い、麻酔時間については合算した値を数量に入力します。

【実施例】

閉鎖循環式全身麻酔 5（麻酔困難な患者）	8 分	（基本点数 8,300 点）
閉鎖循環式全身麻酔 3（麻酔困難な患者）	5 5 分	（基本点数 12,450 点）
閉鎖循環式全身麻酔 2（麻酔困難な患者）	1 4 4 分	（基本点数 16,600 点）
閉鎖循環式全身麻酔 3（麻酔困難な患者）	5 5 分	（基本点数 12,450 点）

閉鎖循環式全身麻酔 5 (麻酔困難な患者) 8 分 (基本点数 8,300 点)



【入力例】

.540 * 麻酔
 150332710 144 閉鎖循環式全身麻酔 2 (麻酔困難な患者) 144 分
 150332910 110 閉鎖循環式全身麻酔 3 (麻酔困難な患者) 110 分
 150328210 16 閉鎖循環式全身麻酔 5 (麻酔困難な患者) 16 分

(4) 硬膜外麻酔併施加算 (注 5) について新設されました。

注 4 について、全身麻酔の実施時間が 2 時間を超えた場合は、30 分又はその端数を増すごとに、注 4 の各号に掲げる点数にそれぞれ 375 点、200 点、85 点を加算する。

算定方法

硬膜外麻酔併施加算マスタもきざみ点数の設定をしておりますので実施時間を数量として入力します。

300 分の場合

150332610 300 * 閉鎖循環式全身麻酔 1
 150247470 300 硬膜外麻酔 (頸・胸部) 併施加算

(5) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
150279970	腹腔鏡下手術加算	10%
150328370	側臥位手術加算	10%
150233570	心臓手術 (人工心肺を用いない) 加算	50%
150233670	伏臥位における手術加算	50%
150233770	坐位における脳脊髄手術加算	100%
150233870	低血圧麻酔加算	100%
150233970	低体温麻酔加算	100%
150234070	分離肺換気による手術加算	100%
150265470	高頻度換気法による手術加算	100%
150234170	心臓手術 (人工心肺) 加算	100%
150328470	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺不使用) 加算	100%
150234270	人工心肺を用い低体温で行う心臓手術加算	200%
150328570	冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺不使用 (低体温)) 加算	200%
150265570	分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術加算	200%

13-4 L008-2 低体温療法 (1 日につき)

注が新設されました。

低体温療法を開始してから 3 日間に限り算定するとされました。

13-5 L009 麻酔管理料

注 2 が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
15033370	帝王切開術時麻酔加算	700

13-6 L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

項目が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
150333410	神経ブロック（眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療）	400

1 4 検査

点数の変更のみ、廃止された検査のマスタについては省略します。

14-1 D004 穿刺液・採取液検査

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160182110	マイクロバブルテスト	200
160182210	抗悪性腫瘍剤感受性検査	2,000

14-2 D006 出血・凝固検査

包括点数が変更されました。

項目数	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から
3 項目又は 4 項目	550 点	530 点
5 項目以上	770 点	750 点

14-3 D007 血液化学検査

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160182410	凝固因子インヒビター定性	100

(2) 包括点数が変更されました。

項目数	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から
5 項目以上 7 項目以下	102 点	100 点
8 項目又は 9 項目	111 点	109 点
10 項目以上	130 点	129 点

14-4 D009 腫瘍マーカー

α - フェトプロテイン (AFP) 及び免疫抑制酸性蛋白 (IAP) が削除されましたので包括算定が廃止されました。

(削除) α - フェトプロテイン (AFP) 尿中 BTA 及び免疫抑制酸性蛋白 (IAP) を 2 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、75 点を算定する。

14-5 D014 自己抗体検査

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160182510	抗核抗体価 (蛍光抗体法)	120
160182610	グルタミン受容体自己抗体	1,000

14-6 D026 検体検査判断料

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160182770	検体検査管理加算 (2)	100
160182870	遺伝カウンセリング加算	500

月 1 回に限り算定できます。

(2) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160161610	検体検査管理加算 (2)	検体検査管理加算 (3)	300

(3) 算定方法

施設基準を設定します。(施設基準コードが改定前から変更になりました。)

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0722 検体検査管理加算 (1)

0723 検体検査管理加算 (2)

0724 検体検査管理加算 (3)

0697 遺伝カウンセリング加算

のフラグを 1 と入力し登録します。

14-7 D215 超音波検査

注加算が新設されました。

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160182970	造影剤使用加算	150

14-8 D225-3 2 4 時間自由行動下血圧測定

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183010	2 4 時間自由行動下血圧測定	200
160182610	グルタミン受容体自己抗体	1,000

14-9 D230 観血的肺動脈圧測定

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183910	観血的肺動脈圧 (1 時間以内又は 1 時間につき)	150

14-10 D237-2 反復睡眠潜時試験 (M S L T)

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183110	M S L T	5,000

14-11 D239-3 神経学的検査

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183210	神経学的検査	300

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0698 神経学的検査

のフラグを 1 と入力し登録します。

14-12 眼科学的検査

通則 コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、D 2 8 2 - 3 に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。

14-13 D256-2 眼底三次元画像解析

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183310	眼底三次元画像解析	200

月 1 回に限り算定できます。

14-14 D282-3 コンタクトレンズ検査料

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160179310	コンタクトレンズ検査料 1 (既装用者)	コンタクトレンズ検査料 1	200
160179510	コンタクトレンズ検査料 2 (既装用者)	コンタクトレンズ検査料 2	56

(2) 算定方法

施設基準を設定します。(施設基準コードが改定前から変更になりました。)

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0725 コンタクトレンズ検査料 1

0726 コンタクトレンズ検査料 2

のフラグを 1 と入力し登録します。

14-15 D290-2 尿失禁定量テスト(パッドテスト)

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183410	パッドテスト	100

月 1 回に限り算定できます。

14-16 D291-2 小児食物アレルギー負荷検査

9 歳未満の患者に対して算定できるようになりました。 外来でも算定できるようになりました。

14-17 D310 小腸ファイバースコピー

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183510	E F - 小腸(ダブルバルーン内視鏡)	2,000
160183610	E F - 小腸(カプセル型内視鏡)	1,700

(2) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
160094110	E F - 小腸	E F - 小腸(その他)	1,700

(3) 2 種類以上行った場合は、主たるもののみの算定することができます。

14-18 D311-2 肛門鏡検査

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183710	肛門鏡	200

(2) 包括逡減検査となります。

同一月において 2 回以上実施した場合は、2 回目以降の費用は、所定点数の 1 0 0 分の 9 0 に相当する点数により算定します。

14-19 D417 組織試験採取、切採法

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160183810	組織試験採取、切採法（末梢神経）	620

1 5 病理診断

第 1 3 部病理診断が新設され、第 3 部検査第 2 節病理学的検査料より移行されました。
原則として同じ検査については従来の診療行為コードを使用しています。

15-1 N000 病理組織標本作製（1 臓器につき）

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160060010	T - M	T - M	880

15-2 N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1 臓器につき）

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160060170	電子顕微鏡使用加算	電子顕微鏡病理組織標本作製	2,000

15-3 N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

(1) 以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160060350	エストロジェンレセプター	エストロジェンレセプター	720
160104450	P g R	P g R	690
160173550	H E R 2 タンパク	H E R 2 タンパク	690
160060270	免疫抗体法加算	免疫染色病理組織標本作製（その他）	350

(2) 注加算が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
160184070	標本作製同一月実施加算	180

15-4 N003 術中迅速病理組織標本作製（1 手術につき）

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160059810	T - M / O P	T - M / O P	1,990
160171470	T - M（テレパソロジー）	T - M（テレパソロジー）	1,990

施設基準コードが改定前から変更になりました。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0750 T - M（テレパソロジー）

のフラグを 1 と入力し登録します。

15-5 N004 細胞診（1 部位につき）

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160060510	細胞診（婦人科材料）	細胞診（婦人科材料）	150
160060610	細胞診（その他）	細胞診（その他）	190

15-6 N005 **H E R 2 遺伝子標本作製**

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160175050	H E R 2 遺伝子	H E R 2 遺伝子標本作製	2,500

15-7 N006 **病理診断料**

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160155110	病理診断料	病理診断料	410
160178910	病理診断料（他医療機関作成の組織標本）	病理診断料（他医療機関作成の組織標本）	410

15-9 N007 **病理判断料**

以下の診療行為コードとなります。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
160062310	病理学的検査判断料	病理判断料	146

16 画像診断

点数の変更のみは省略します。

16-1 時間外緊急院内画像診断加算

時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合は、区分番号 A 0 0 0 の注 6（小児科特例加算）と区分番号 A 0 0 0 の注 5（夜間・早朝等加算）は算定できないとされました。

小児科特例加算、夜間・早朝等加算とは、警告チェックを行います。

16-2 デジタル映像化処理

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
170027610	デジタル映像化処理	15

撮影方法ごとのマスタを新設された画像を電子化して管理及び保存した場合の加算へ移行しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
170000210	デジタル映像化処理（単純撮影）	画像電子化管理及び保存加算（単純撮影）	60
170016910	デジタル映像化処理（特殊撮影）	画像電子化管理及び保存加算（特殊撮影）	64
170017010	デジタル映像化処理（造影剤使用撮影）	画像電子化管理及び保存加算（造影剤使用撮影）	72
170026710	デジタル映像化処理（乳房撮影）	画像電子化管理及び保存加算（乳房撮影）	60

16-3 コンピューター断層撮影（一連につき）

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
170011810	単純 C T 撮影（マルチスライス型機器）	C T 撮影（マルチスライス型機器）	850
170011710	単純 C T 撮影（その他）	C T 撮影（その他）	660

(2) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
170023110	特殊 C T 撮影	950

(3) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	点数
170012110	脳槽 C T 造影	脳槽 C T 撮影（造影含む）	2,300

(4) 冠動脈 C T 撮影加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
170027770	冠動脈 C T 撮影加算	600

(5) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0701 冠動脈 C T 撮影加算

のフラグを 1 に入力し登録します。

診療行為入力では撮影手技コードの下に入力します。

170011710 * C T 撮影 (その他)

170027770 冠動脈 C T 撮影加算

16-4 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (一連につき)

(1) 以下のマスタの名称を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
170020110	単純 M R I 撮影 (1 . 5 テスラ以上の機器)	M R I 撮影 (1 . 5 テスラ以上の機器)	1,300
170015210	単純 M R I 撮影 (その他)	M R I 撮影 (その他)	1,080

(2) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
170023510	特殊 M R I 撮影	1,530

(3) 心臓 M R I 撮影加算

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
170027870	心臓 M R I 撮影加算	300

(4) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0702 心臓 M R I 撮影加算

のフラグを 1 に入力し登録します。

診療行為入力では撮影手技コードの下に入力します。

170015210 * M R I 撮影 (その他)

170027870 心臓 M R I 撮影加算

17 リハビリテーション

点数の変更のみは省略します。

17-1 通則加算（ADL加算）

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180027370	ADL加算	30

17-2 H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(1) 逡減が廃止されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180029110	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（120日超）	210
180029210	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（120日超）	85

(2) 施設基準コードが改定前から変更になりました。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0730 心大血管疾患リハビリテーション料（1）

0731 心大血管疾患リハビリテーション料（2）

のフラグを1と入力し登録します。

(3) 早期リハビリテーション加算が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180030770	早期リハビリテーション加算	30

算定方法

診療行為入力では疾患別リハビリテーション料コードの下に入力します。また、単位数を数量として入力します。

180027410 3 * 心大血管疾患リハビリテーション料（1） 3 単

180030770 3 早期リハビリテーション加算 3 単

(4) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるとされました。

150日を超えた場合に1月13単位までの算定を行います。

17-3 H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）	100

施設基準については後で説明します。

(2) 逡減が廃止されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180029310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(140日超)	210
180029410	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(140日超)	85

(3) 施設基準コードが改定前から変更になりました。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0732 脳血管疾患等リハビリテーション料(1)

0733 脳血管疾患等リハビリテーション料(2)

0734 脳血管疾患等リハビリテーション料(3)

のフラグを1と入力し登録します。

(4) 早期リハビリテーション加算が新設されました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の(2) 早期リハビリテーション加算の説明を参照してください。

(5) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるとされました。

180日を超えた場合に1月13単位までの算定を行います。

17-4 H002 運動器リハビリテーション料

(1) 逡減が廃止されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180029510	運動器リハビリテーション料(1)(120日超)	150
180029610	運動器リハビリテーション料(2)(120日超)	65

(2) 施設基準コードが改定前から変更になりました。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0735 運動器リハビリテーション料(1)

0736 運動器リハビリテーション料(2)

のフラグを1と入力し登録します。

(3) 早期リハビリテーション加算が新設されました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の(2) 早期リハビリテーション加算の説明を参照してください。

(4) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるとされました。

150日を超えた場合に1月13単位までの算定を行います。

17-5 H003 呼吸器リハビリテーション料

(1) 逡減が廃止されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180029710	呼吸器リハビリテーション料(1)(80日超)	150

180029810	呼吸器リハビリテーション料(2)(80日超)	65
-----------	------------------------	----

(2) 施設基準コードが改定前から変更になりました。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0737 呼吸器リハビリテーション料(1)

0738 呼吸器リハビリテーション料(2)

のフラグを1と入力し登録します。

(3) 早期リハビリテーション加算が新設されました。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料の(2) 早期リハビリテーション加算の説明を参照してください。

(4) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるとされました。

90日を超えた場合に1月13単位までの算定を行います。

17-6 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

算定要件が変更されました。

改定前は起算月から2月、3月及び6月の各月に限り1月に1回を限度として算定するとありましたが、改定後は、1月に1回を限度として算定するとされました。

算定方法は従前通りとなります。

チェックは月1回の算定チェックを行います。

17-7 H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料

(1) 項目が削除されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180029910	心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(1)	440
180030010	心大血管疾患リハビリテーション医学管理料(2)	260

17-8 H003-4 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料

(1) 項目が削除されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180030110	脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(1)	440
180030210	脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(2)	260

17-9 H003-5 運動器リハビリテーション医学管理料

(1) 項目が削除されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180030310	運動器リハビリテーション医学管理料(1)	340
180030410	運動器リハビリテーション医学管理料(2)	220

17-10 H003-6 呼吸器リハビリテーション医学管理料

(1) 項目が削除されました。

以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180030510	呼吸器リハビリテーション医学管理料(1)	340
180030610	呼吸器リハビリテーション医学管理料(2)	220

17-11 H008 集団コミュニケーション療法料(1単位)

(1) 集団コミュニケーション療法料が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180030910	集団コミュニケーション療法料	50

算定要件として、1日3単位まで算定できます。

(2) 算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0704 集団コミュニケーション療法料

のフラグを1と入力し登録します。

17-12 労災診療費算定基準の改定 - リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーション

疾患別リハビリテーションについては、現行の点数を維持(ただし、脳血管疾患等リハビリテーション() () 及びリハビリテーション総合計画評価料については健保準拠)するとされました。健保改定の「標準的算定日数を超えた場合の月の限度単位(月13単位以内)」及び「早期リハビリテーション加算」は適用されません。

なお、A D L 加算は健保では廃止となりましたが、現行通り算定できるとされました。

健保とは別に労災保険用でのマスタを作成します(ただし、リハビリテーション総合計画評価料は健保のコードを使用します)。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
101800080	心大血管疾患リハビリテーション料(1)	250
101800090	心大血管疾患リハビリテーション料(2)	100
101800100	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)	250
101800110	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	190
101800120	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)	100
101800130	運動器リハビリテーション料(1)	180
101800140	運動器リハビリテーション料(2)	80
101800150	呼吸器リハビリテーション料(1)	180
101800160	呼吸器リハビリテーション料(2)	80
101800170	A D L 加算	30

算定方法

施設基準を設定します。

健保の疾患別リハビリテーションと同じ施設基準コードとなります。

(2) 職業復帰訪問指導料（新設）

1 患者 1 日につき 380 点、異なる職種 2 人以上で訪問指導した場合は 320 点加算できます。

入院期間が 1 月を超えると見込まれる傷病労働者については、入院中及び退院後の通院中に合わせて 3 回（入院期間が 6 月を超えると見込まれる傷病労働者については、入院中及び退院後の通院中に合わせて 6 回）に限る算定できます。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
101800180	職業復帰訪問指導料	380
101800190	職業復帰訪問指導料（異なる職種 2 人以上）加算	320

(3) 再就労療養指導管理料

コストの引き上げ及び点数化されました。（3,000 円 → 420 点）

現行は、金額でしたので指導料として扱っていましたが、点数化されましたので本来のリハビリテーション（その他）として扱うように変更しました。

1 8 精神科専門療法

18-1 1002 通院精神療法（1 回につき）

項目名が変更されました。

(1) 以下のマスタの名称等を変更しました。

診療行為コード	2008 年 3 月まで	2008 年 4 月から	新点数
180020410	通院精神療法（初診時精神保健指定医等）	通院・在宅精神療法（初診時精神保健指定医等）	500
180012210	通院精神療法（病院）	通院・在宅精神療法（病院）（30 分以上）	360
180012310	通院精神療法（診療所）	通院・在宅精神療法（診療所）（30 分以上）	360
180007250	家族通院精神療法（病院）	家族通院・在宅精神療法（病院）（30 分以上）	360
180007350	家族通院精神療法（診療所）	家族通院・在宅精神療法（診療所）（30 分以上）	360
180020570	通院精神療法（20 歳未満）加算	通院・在宅精神療法（20 歳未満）加算	200

(2) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031010	通院・在宅精神療法（病院）（30 分未満）	330
180031110	通院・在宅精神療法（診療所）（30 分未満）	350
180031210	家族通院・在宅精神療法（病院）（30 分未満）	330
180031310	家族通院・在宅精神療法（診療所）（30 分未満）	350

18-2 1002-2 精神科継続外来支援・指導料（1 日につき）

基本項目が新設されました。

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031410	精神科継続外来支援・指導料	55
180031570	療養生活環境整備支援加算	40

18-3 1011 精神科退院指導料

注加算が新設されました。

(1) 以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031670	精神科地域移行支援加算	200

18-4 1012 精神科訪問看護・指導料

注が新設されました。

注 1 ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から 1 月以内の医師が指示した連続した 7 日間（注 1 ただし書に規定する期間を除く。）については、1 日につき 1 回に限り算定できるとされました。

19 放射線治療

点数の変更のみは省略します。

19-1 M000 放射線治療管理料

(1) 項目が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031710	放射線治療管理料（ I M R T による体外照射）	5,000

(2) 算定回数の変更がありました。

分布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回に限り算定するとされました。

一連であり、同一月内ではありませんが、月 2 回までの算定チェックを行います。

(3) 注 2 の変更がありました。

新設項目 M001 の 4 に掲げる強度変調放射線治療（ I M R T ）を行った場合でも放射線治療専門加算が算定できます。

(4) 注 3 が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031870	外来放射線治療加算	100

算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0749 外来放射線治療加算

のフラグを 1 と入力し登録します。

19-2 M001 体外照射

(1) 項目が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180031910	体外照射（ I M R T ）(1 回目)	3,000
180032010	体外照射（ I M R T ）(2 回目)	1,000

算定方法

施設基準を設定します。

システム管理の管理番号 1006「施設基準情報」で

コード：0705 体外照射（ I M R T ）(1 回目) （ 1 回目、 2 回目共通）

のフラグを 1 と入力し登録します。

(2) 以下のマスタを廃止しました。

診療行為コード	名称	点数
180009350	限界線療法（ 1 回目 ）	110
180019850	限界線療法（ 2 回目 ）	33

19-3 M004 密封小線源治療（一連につき）

(1) 項目が新設されました。

以下のマスタを新設しました。

診療行為コード	名称	点数
180032110	密封小線源治療（腔内照射）(新型コバルト小線治療装置)	3,000
180032210	密封小線源治療（腔内照射）(旧型コバルト腔内照射装置)	1,000
180032310	密封小線源治療（組織内照射）(新型コバルト小線源治療装置)	7,500

2 0 請求書兼領収書

20-1 様式変更

(1) 第 1 3 部病理診断が新設されました。これにより領収書の様式を変更しました。

	保 険 適 用	保 険 適 用 外
初 ・ 再 診 料	点	円
医 学 管 理 等	点	円
在 宅 医 療	点	円
投 薬	点	円
注 射	点	円
処 置	点	円
手 術	点	円
麻 酔	点	円
検 査	点	円
画 像 診 断	点	円
リハビリテーション	点	円
精神科専門療法	点	円
放 射 線 治 療	点	円
病 理 診 断	点	円
入 院 料 等	点	円
療養担当手当	点	円
合 計 点 数	点	

放射線治療の次に “ 病理診断 ” を追加しました。

(2) 一部負担金欄より薬剤一部負担金と老人一部負担金を削除しました。

20-2 画面の変更

以下の画面に “ 病理診断 ” の項目を追加しました。

- ・ 診療行為入力—請求確認画面
- ・ 診療行為入力—診療行為確認画面
- ・ 収納登録—請求確認画面
- ・ 入退院登録—請求確認画面
- ・ 定期請求—請求確認画面

20-3 ユーザー点数マスタの登録

病理診断の自費分（保険適用外）として金額を計上するには、以下の方法で点数マスタを作成します。

病理診断の診療区分を 6 4 としました。ユーザー点数マスタを作成する場合は、下表の範囲で作成します。

診療行為コード		内 容
開 始	終 了	
095xx0001 (095640001)	095xx9999 (095649999)	xx:64 病理診断

2 1 診療費明細書

21-1 診療区分の追加

第 1 3 部病理診断が新設されました。これにより診療費明細書の診療区分に“病理診断”を追加しました。

診療区分	名 称 (単位)	数量	日・回	金額(円)
初・再診料	再診(診療所)		1	710
	外来管理加算		1	520
病理診断	エストロゲンレセプター		1	7,200

2 2 処方せん

22-1 様式変更

- (1) 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号欄の拡張

記号、番号それぞれ 15 文字まで編集可能とします。

(記号)・(番号) の編集を行った場合に文字列長が 16 文字以内の場合は、(記号)・(番号) の編集を行います。16 文字を超えた場合は、診療報酬明細書 (レセプト) のように上段が記号、下段が番号と編集します。

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	記号 ○ ○ ○ - 最大 15 文字 - ○ ○ 番号 ○ ○ ○ - 最大 15 文字 - ○ ○
--------------------	--

- (2) 後発医薬品への変更可欄の変更

備考欄の後発医薬品への変更可欄を “ 後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更可の時、以下に署名 ” と名称を変更します。

後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更可の時、以下に署名
保険医署名

22-2 点数マスタ

システム予約マスタを追加します。

診療行為コード	名称
099209904	後発医薬品への変更可署名

マスタは提供します。

22-3 システム管理マスタ

システム管理の管理番号 1030「帳票編集区分情報」の「後発医薬品への変更可署名」の名称を「後発医薬品変更可署名」に変更します。

区分の表示名を以下のように変更します。

現行	変更後
0 記載しない	0 変更不可
1 記載する	1 変更可
2 記載する (後発)	2 変更可 (後発)

変更後の「1」と「2」は、現行の区分に合わせて必要となりますので名称が異なりますが、同様の機能となります。

現行の運用形態を改定後も継続することを考慮するため、区分はそのまま内容を改定前後で同様となるように変更します。

区分	2008 年 3 月 31 日まで	2008 年 4 月 1 日から
0 変更不可	署名しません。	署名します。
1 変更可	後発品のある先発医薬品が 1 つ以上ある場合に署名します。	署名しません。
2 変更可 (後発)	後発品のある先発医薬品が 1 つ以上あるか、または後発医薬品が 1 つ以上ある場合に記載します。(後発品から別の後発品への変更可の署名もし	署名しません。

	ます)	
--	-----	--

1030 マスタが未設定（データがない）の場合は、デフォルトの表示を空白とします。この場合、改定前は「0 変更不可」、改定後は「1 変更不可」とみなして動作します。

改定前後で運用形態を変更する場合

例えば、改定前は変更不可を常態とし改定後からは変更可を常態とする場合など、改定前後で運用形態を変更する場合は、以下の方法により必ず設定を行います。

1. (W01)システム管理情報設定画面で管理コードに「1030 帳票編集区分情報」を選択します。

2. 有効年月日が空白の場合

1030 マスタは未設定ということですので、有効年月日の開始日を「H20.4.1」、終了年月日を「99999999」として確定ボタンをクリックします。

有効年月日が表示された場合

表示された有効年月日の終了日を「H20.3.31」として確定ボタンをクリックします。表示された内容はそのまま確定ボタンにより登録します。元の(W01)システム管理情報設定画面に戻りますので管理コードに「1030 帳票編集区分情報」を選択します。表示された有効年月日の開始日を「H20.4.1」、終了年月日を「99999999」として確定ボタンをクリックします。

3. 改定後の後発医薬品変更可否署名を設定し確定ボタンにより登録します。

22-4 診療行為

(1) 医薬品（先発品、後発品は問わない）に 099209903（後発変更不可）を入力した場合は、変更不可の署名は行いません。

入力コード	名称
611140694 2	*【先】ロキソニン錠 60mg
099209903	後発変更不可
611140426 2	【先】ボルタレン錠 25mg
Y03001*5	【1日2回朝夕食後に】

処方	1) ロキソニン錠 60mg 変更不可 2 錠 ボルタレン錠 25mg 2 錠 【1日2回朝夕食後に】 (5日分)
備考	後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更不可の時、以下に署名 保険医署名

(2) 099209902（後発医薬品への変更可署名）を入力した場合は、変更不可の署名は行いません。

入力コード	名称
611140694 2	*【先】ロキソニン錠 60mg
611140426 2	【先】ボルタレン錠 25mg
Y03001*5	【1日2回朝夕食後に】
099209902	* 後発医薬品への変更可署名

処方	1) ロキソニン錠 60mg ボルタレン錠 25mg 【1日2回朝夕食後に】	2 錠 2 錠 (5日分)
備考		
	後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更不可の時、以下に署名	
	保険医署名	

(3) 099209904（後発医薬品への変更不可署名）を入力した場合、あるいは、システム管理で後発医薬品変更可否署名が“0 変更不可”に設定されていれば変更不可の署名を行います。

入力コード	名称
611140694 2	* 【先】ロキソニン錠 60mg
611140426 2	【先】ボルタレン錠 25mg
Y03001*5	【1日2回朝夕食後に】
099209904	* 後発医薬品への変更不可署名

処方	1) ロキソニン錠 60mg ボルタレン錠 25mg 【1日2回朝夕食後に】	2 錠 2 錠 (5日分)
備考		
	後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更不可の時、以下に署名	
	保険医署名 日医 太郎	

22-5 後期高齢者医療の場合の被保険者番号の記載

後期高齢者医療制度では通常の場合、記号番号ではなく被保険者番号（8桁）となります。被保険者番号は、患者登録画面の「番号」欄へ全角文字で入力します。これを、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に全角文字のまま記載します。

22-6 備考欄の記載

(1) 3歳未満の場合“(3歳)”と記載していますが、これを廃止し、義務教育就学前の場合“(6歳)”を記載します。

(2) 高齢者の場合、一部負担割合を以下のように記載します。

1割の場合 “(高一)”

3割の場合 “(高7)”

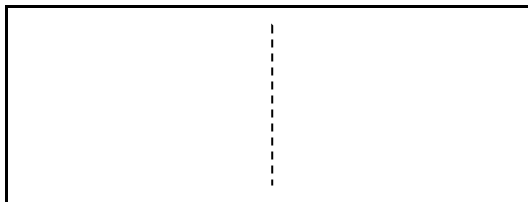
70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置に該当する場合は、1割負担として上記のとおり記載します。

2 3 お薬手帳

23-1 様式

(1) サイズ

A 5 サイズ用紙を横方向に左右 2 分割 (A 6 × 2) することによりお薬手帳に貼る大きさに近づけます。



(2) レイアウト

(患者氏名) 様	(n 頁)
処方日 (yy/mm/dd)	保険医名 (NNNNNNNN)
(rp) (薬剤名	)(用量・単位)
(用法	)(日数)
(rp) (薬剤名	)(用量・単位)
(用法	)(日数)
薬剤情報が終了した場合	
(医療機関名)	
(電話番号)	

項目	内容
患者氏名	患者氏名（漢字）を印字します。フリガナはふりません。患者氏名（漢字）が登録されていない場合は、患者氏名（カナ）を印字します。
頁	現在頁の編集を行い印字します。
処方日	システム日付を印字します。環境設定で変更された場合はその日付となります。
保険医名	請求確認画面のドクターで指定された内容を印字します。
薬剤情報	処方せんとほぼ同様の編集を行い印字します。 処方番号、薬剤名、用量、単位、用法、日数を編集します。
医療機関名	システム管理の医療機関編集情報で設定を行っていればその名称を、そうでなければ医療機関情報 - 基本で登録されている名称を印字します。薬剤情報が終了した後で印字行があればその頁に印字します。
電話番号	システム管理の医療機関編集情報で設定を行っていればその電話番号を、そうでなければ医療機関情報 - 基本で登録されている電話番号を印字します。医療機関名を印字した後で印字行があればその頁に印字します。

23-2 システム管理

管理番号 1001「医療機関情報 - 基本」で「お薬手帳発行フラグ」を設定します。診療行為の請求確認画面の発行指示の標準動作を決定するための設定となります。よって、発行しないとしていた場合でも請求確認画面で発行するに変更すれば発行はできます。ただし、発行すると設定した場合でも会計内容に院内処方がない場合は発行しません。

お薬手帳発行フラグ

0 発行しない	発行しません。
1 発行する（後期高齢）	後期高齢者の場合は発行します。 訂正時も発行します。
2 発行する（後期高齢）（訂正時なし）	後期高齢者の場合は発行します。 ただし、訂正時は発行しません。
3 発行する	全患者発行します。 訂正時も発行します。
4 発行する（訂正時なし）	全患者発行します。 ただし、訂正時は発行しません。

管理番号 1031「出力先プリンタ割り当て情報」で「お薬手帳」のプリンタ名を設定します。出力するプリンタ名は A 5 サイズを印刷できる設定のものを設定します。
また、標準プログラムとは別に独自開発プログラムの登録も可能とします。

23-3 運用

(1)発行指示

請求確認画面でお薬手帳の発行指示をします。初期表示は管理番号 1001 のお薬手帳発行フラグ、会計内の投薬有無により決定します。また、処方せん料を算定している場合（院外処方）は発行しないとします。

診療行為の中途終了では、「F6 お薬手帳」、「F7 薬情・手帳」を追加しました。

2 4 合成コードの廃止

24-1 概要

きざみ値計算による診療行為コードが別に設定されている合成コードは廃止されました。

また、現在きざみ値計算による診療行為コードがなく、合成コードのみの診療行為コード（自動縫合器加算等）各検体について診療行為が別に設定されている合成コード及び「片側」ごとに算定可能である診療行為について「両側」の診療行為コードが別に設定されている合成コードについては、一定の猶予期間を設け、合成コードを廃止する予定としています。

24-2 きざみ値コード・合成コード

きざみ値コード			合成コード（廃止）	
診療行為コード	名称	点数	診療行為コード	名称
160038610	アミノ酸定量	320	160126130	アミノ酸定量（１種類）
			160126230	アミノ酸定量（２種類）
			160126330	アミノ酸定量（３種類）
			160126430	アミノ酸定量（４種類）
160056110	特異的 I g E	320	160126530	特異的 I g E（１種類）
			160126630	特異的 I g E（２種類）
			160126730	特異的 I g E（３種類）
			160126830	特異的 I g E（４種類）
			160126930	特異的 I g E（５種類）
			160127030	特異的 I g E（６種類）
			160127130	特異的 I g E（７種類）
			160127230	特異的 I g E（８種類）
			160127330	特異的 I g E（９種類）
			160127430	特異的 I g E（１０種類）
			160166330	特異的 I g E（１１種類）
			160171530	特異的 I g E（１２種類）
			160171630	特異的 I g E（１３種類以上）
160060010	T - M	880	160127530	T - M（１臓器）
			160127630	T - M（２臓器）
			160127730	T - M（３臓器）
160060270	免疫抗体法加算	350	160127870	免疫抗体法加算（１臓器）
			160127970	免疫抗体法加算（２臓器）
			160128070	免疫抗体法加算（３臓器）
160069510	ホルター型心電図	90	160128430	ホルター型心電図（３０分まで）
			160128530	ホルター型心電図（３０分超１時間）
			160128630	ホルター型心電図（１時間超１時間３０分）
			160128730	ホルター型心電図（１時間３０分超２時間）
			160128830	ホルター型心電図（２時間超２時間３０分）

			160128930	ホルター型心電図（ 2 時間 3 0 分超 3 時間 ）
			160129030	ホルター型心電図（ 3 時間超 3 時間 3 0 分 ）
			160129130	ホルター型心電図（ 3 時間 3 0 分超 4 時間 ）
			160129230	ホルター型心電図（ 4 時間超 4 時間 3 0 分 ）
			160129330	ホルター型心電図（ 4 時間 3 0 分超 5 時間 ）
			160129430	ホルター型心電図（ 5 時間超 5 時間 3 0 分 ）
			160129530	ホルター型心電図（ 5 時間 3 0 分超 6 時間 ）
			160129630	ホルター型心電図（ 6 時間超 6 時間 3 0 分 ）
			160129730	ホルター型心電図（ 6 時間 3 0 分超 7 時間 ）
			160129830	ホルター型心電図（ 7 時間超 7 時間 3 0 分 ）
			160129930	ホルター型心電図（ 7 時間 3 0 分超 8 時間 ）
160075510	呼吸心拍監視	50	160130030	呼吸心拍監視（ 1 時間まで ）
			160130130	呼吸心拍監視（ 1 時間超 2 時間 ）
			160130230	呼吸心拍監視（ 2 時間超 3 時間 ）
160073910	経皮的血液ガス分圧	100	160130530	経皮的血液ガス分圧（ 1 時間まで ）
			160130630	経皮的血液ガス分圧（ 1 時間超 2 時間 ）
			160130730	経皮的血液ガス分圧（ 2 時間超 3 時間 ）
			160130830	経皮的血液ガス分圧（ 3 時間超 4 時間 ）
			160130930	経皮的血液ガス分圧（ 4 時間超 5 時間 ）
160074610	頭蓋内圧持続	100	160131030	頭蓋内圧持続（ 1 時間まで ）
			160131130	頭蓋内圧持続（ 1 時間超 2 時間 ）
			160131230	頭蓋内圧持続（ 2 時間超 3 時間 ）
160076710	筋電図（ 1 肢につき ）	200	160131330	筋電図（ 1 肢 ）
			160131430	筋電図（ 2 肢 ）
			160131530	筋電図（ 3 肢 ）
			160131630	筋電図（ 4 肢 ）
			160131730	筋電図（ 5 肢 ）
			160131830	筋電図（ 6 肢 ）
140009310	人工呼吸	220	140030830	人工呼吸（ 3 0 分まで ）
			140030930	人工呼吸（ 3 0 分超 1 時間 ）

			140031030	人工呼吸（ 1 時間超 1 時間 3 0 分 ）
			140031130	人工呼吸（ 1 時間 3 0 分超 2 時間 ）
			140031230	人工呼吸（ 2 時間超 2 時間 3 0 分 ）
			140031330	人工呼吸（ 2 時間 3 0 分超 3 時間 ）
			140031430	人工呼吸（ 3 時間超 3 時間 3 0 分 ）
			140031530	人工呼吸（ 3 時間 3 0 分超 4 時間 ）
			140031630	人工呼吸（ 4 時間超 4 時間 3 0 分 ）
			140031730	人工呼吸（ 4 時間 3 0 分超 5 時間 ）
150282310	椎弓切除術	12,100	150062410	椎弓切除術（ 2 椎弓まで ）
			150062570	椎弓 3 加算
			150062670	椎弓 4 加算
			150062770	椎弓 5 加算
			150062870	椎弓 6 以上加算
150282410	椎弓形成手術	19,100	150252310	椎弓形成手術（ 2 椎弓まで ）
			150252470	椎弓 3 加算
			150252570	椎弓 4 加算
			150252670	椎弓 5 加算
			150252770	椎弓 6 以上加算

24-3 きざみ値コードのない合成コード（一定の猶予期間後廃止予定）

診療行為コード	名称	点数
160074810	観血的肺動脈圧（ 1 時間以内又は 1 時間につき ）	150
160074930	観血的肺動脈圧（ 1 時間超 2 時間 ）	300
150244570	自動縫合器（ 1 個 ）加算	2,500
150249370	自動縫合器（ 2 個 ）加算	5,000
150249470	自動縫合器（ 3 個 ）加算	7,500
150249570	自動縫合器（ 4 個 ）加算	10,000
150249670	自動縫合器（ 5 個 ）加算	12,500
150249770	自動縫合器（ 6 個 ）加算	15,000
150287070	自動縫合器（ 7 個 ）加算	17,500
150287170	自動縫合器（ 8 個 ）加算	20,000
150287270	自動縫合器（ 9 個 ）加算	22,500
150287370	自動縫合器（ 1 0 個 ）加算	25,000
150304370	自動縫合器（ 1 1 個 ）加算	27,500
150304470	自動縫合器（ 1 2 個 ）加算	30,000
150304570	自動縫合器（ 1 3 個 ）加算	32,500
150304670	自動縫合器（ 1 4 個 ）加算	35,000
150304770	自動縫合器（ 1 5 個 ）加算	37,500
150244870	自動吻合器（ 1 個 ）加算	5,500
150250070	自動吻合器（ 2 個 ）加算	11,000
150283170	自動吻合器（ 3 個 ）加算	16,500
150271350	微小血管自動縫合器（ 1 個 ）加算	2,500
150271450	微小血管自動縫合器（ 2 個 ）加算	5,000