

「日医標準レセプトソフト」

平成 26 年 4 月診療報酬改定対応

2014 年 10 月 27 日

(五版)

公益社団法人 日本医師会

目 次

1	マスタ更新について	1
2	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段階的見直しについて	1

診療報酬点数改定

3	第1部 初・再診料	3
4	第1部 医学管理等	9
5	第2部 在宅医療	20
6	第3部 検査	39
7	第4部 画像診断	46
8	第5部 投薬	49
9	第6部 注射	55
10	第7部 リハビリテーション	56
11	第8部 精神科専門療法	65
12	第9部 処置	75
13	第10部 手術	81
14	第11部 麻酔	106
15	第12部 放射線治療	108
16	第13部 病理診断	109
17	改定対応実施日が平成26年4月1日でないものについて	110

その他

18	消費税税率改正について（消費税8%対応）	110
19	向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）	118

改版履歴

初版 2014年5月20日

二版 2014年6月25日

“19 向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）”を追加しました。

三版 2014年9月24日

2014年10月実施分の改定対応を追加しました。

・第2部 在宅医療 在宅患者訪問診療料 別紙様式14対応

・第5部 投薬 処方料 向精神薬多剤投与

・第8部 精神科専門療法 精神科継続外来支援・指導料 向精神薬多剤投与

四版 2014年10月2日

・第5部 投薬 処方料 向精神薬多剤投与

五版 2014年10月27日

・第5部 投薬 処方料 向精神薬多剤投与（頓服臨時投薬を追加）

・19 向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）

向精神薬の対象医薬品と種類を訂正しました。

1 マスタ更新について

本資料で説明しているマスタに係る内容は、マスタ更新処理により追加及び変更されます。よって、ユーザにより作成または変更を行わないでください。

ユーザにより作成または変更が必要なケースは、その旨を朱書きにより補足します。

また、特定器材マスタなど都道府県購入価格となるマスタについては見直しをお願いします。

今回の改定対応により点数マスタは項目の新設を行いました。

プログラム更新処理により点数テーブルのスキーマ変更を行います。よって、プログラム更新処理を実施、その後、マスタ更新処理を行います。

なお、改定対応前のデータベースバックアップより復元する場合は、以下の手順で行ってください。

- ① データベースを復元（リストア）
- ② 日レセ起動
- ③ プログラム更新
- ④ マスタ更新

2 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段階的見直しについて

見直しの内容	
1	70歳から74歳までの被保険者等に係る一部負担金割合
(1)	平成26年4月1日以降に70歳に達する被保険者等（誕生日が昭和19年4月2日以降の者）について、70歳に達する日の属する月の翌月以後の診療分から、療養に係る一部負担金等の割合を医療保険各法本則の規定通り2割とする（平成26年4月中に70歳に達する被保険者等は、同年5月の診療分から2割負担となる）。
(2)	平成26年3月31日以前に70歳に達した被保険者等（誕生日が昭和14年4月2日から昭和19年4月1日までの者）については、引き続き一部負担金等の軽減特例措置の対象とし、平成26年4月1日以降の療養に係る一部負担金等の割合は1割とする。
2	70歳から74歳までの被保険者等に係る高額療養費算定基準額
	高額療養費算定基準額について、変更しないこととする。

1. 患者登録の対応について

平成26年4月1日以降に70歳に達する被保険者等で、保険開始日が平成26年5月1日以降の場合は、補助区分は「2割」又は「3割」の選択となります（「1割」は表示しません）。船員保険又は共済保険の下船等に該当する場合の補助区分についても同様です。国保の補助区分については、従来どおり「1割」も表示します。

※平成26年4月1日以降に70歳に達する被保険者等の登録ボタン押下時のチェック（環境設定日が前期高齢該当月の場合）

ア) 前期高齢該当月に前期高齢の保険が登録されてあるかチェックを行います。

【保険未登録の場合】

<社保>

「協会を老人負担割合へ追加変更します。よろしいですか？」のメッセージを表示します。選択画面でOKが選択された場合、前期高齢の保険を追加します。登録ボタン押下で、前期高齢の保険が登録されます。

<国保>

「警告！！前期高齢者となりました。保険を確認して下さい。」の警告メッセージを表示します。前期高齢の補助区分が今までの補助区分と異なる場合は、新たに前期高齢の保険を追加入力し登録してください。

イ) 前期高齢の保険の補助区分チェックを行います。

【平成26年度診療報酬改定対応パッチ適用以前に、前期高齢の保険を「1割」で登録済みの場合】

<社保>

「補助区分がありません。」のエラーメッセージを表示します。正しい補助区分に変更し登録しなおしてください。

<国保>

「補助区分1割は前期高齢者の補助区分ではありません。変更して下さい」のエラーメッセージを表示します。正しい補助区分に変更し登録しなおしてください。

2. 診療行為入力に対応について

※平成26年4月1日以降に70歳に達する被保険者等の診療行為入力時のチェック
(診療日が前期高齢該当月の場合)

ア) 前期高齢該当月に前期高齢の保険が登録されてあるかチェックを行います。

【保険未登録の場合】

<社保>

「老人の保険割合が設定されていません。保険を登録し直して下さい。」のエラーメッセージを表示します。患者登録で新たに前期高齢の保険を追加入力し登録してください。

<国保>

「警告！！前期高齢者到達日以降に保険確認がしてありません。確認して下さい。」の警告メッセージを表示します。前期高齢の補助区分が今までの補助区分と異なる場合は、患者登録で新たに前期高齢の保険を追加入力し登録してください。

イ) 前期高齢の保険の補助区分チェックを行います。

【平成26年度診療報酬改定対応パッチ適用以前に、前期高齢の保険を「1割」で登録済みの場合】

<社保>

「老人の保険割合が違います。保険を登録し直して下さい。」のエラーメッセージを表示します。患者登録で正しい補助区分に変更し登録しなおしてください。

<国保>

「老人の保険割合が違います。保険を登録し直して下さい。」のエラーメッセージを表示します。患者登録で正しい補助区分に変更し登録しなおしてください。

3. 負担金計算の対応について

平成26年4月1日以降に70歳に達する被保険者等

(誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以降の者)

・・・平成 26 年 5 月診療以降、75 歳に到達するまで「2 割」又は「3 割」負担となります。

平成 26 年 3 月 31 日以前に 70 歳に達した被保険者等

(誕生日が昭和 14 年 4 月 2 日から昭和 19 年 4 月 1 日までの者)

・・・引き続き、75 歳に到達するまで「1 割」又は「3 割」負担となります。

4. 70 歳代前半の特例措置 (1 割据え置き) 延長対応について

平成 26 年 3 月 31 日以前に 70 歳に達した被保険者等 (誕生日が昭和 14 年 4 月 2 日から昭和 19 年 4 月 1 日までの者) については、引き続き一部負担金等の軽減特例措置の対象となる事から、プログラムによる特例措置の計算等対象期間を平成 31 年 3 月診療まで延長します。又、点数マスタ「099990120 (特記事項 20 二割)」の有効期間を平成 31 年 3 月 31 日まで延長します。(マスタ更新データ提供)

3 第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A000 初診料

【点数の見直し】

現 行	改 正
270 点	282 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。))のうち同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 500 以上である地域医療支援病院(同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、200 点を算定する。	注 2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。))の数が 500 以上である同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209 点を算定する。

改定内容

ORCA Project

Copyright(C)2014 Japan Medical Association. All rights reserved.

- ① 地域医療支援病院については、「許可病床のうち一般病床数が 500 床以上」から「許可病床数が 500 床以上」に拡大されました。
- ② 紹介率、逆紹介率がそれぞれ 50%未満の場合に算定することになりました。
- ※投薬の減算規定については F 1 0 0 処方料を参照してください。

経過措置

改定内容については、平成 27 年 4 月 1 日から実施となります。平成 27 年 3 月 31 日まで従前の取り扱いとなります。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 3 病院である保険医療機関（許可病床数が 500 床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 200 未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、209 点を算定する。

改定実施日

平成 27 年 4 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 27 年 3 月を予定しています。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 当該保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 495 号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が 5 割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわら

	ず、209 点を算定する。
--	---------------

改定内容

- ① 許可病床数が 200 床以上の病院において、毎年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの医薬品卸売販売業者との納入価妥結率が 50% 以下の場合に算定することになりました。
- ② 妥結率の割合を毎年 10 月に報告します。
- ③ 妥結率が低い場合は 11 月 1 日から翌年 10 月 31 日までの間当該点数を算定します。
なお、最初の報告は平成 26 年 10 月に行い、平成 27 年 1 月 1 日から適用となります。

改定実施日

改定内容については、平成 27 年 1 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 26 年 12 月を予定しています。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 3 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、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2 つ目の診療科に限り 135 点（注 2 に規定する場合にあっては、100 点）を算定できる。ただし書の場合においては、注 4 から注 7 までに規定する加算は算定しない。	注 5 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、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2 つ目の診療科に限り 141 点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあっては、104 点）を算定できる。ただし書の場合においては、注 6 から注 9 までに規定する加算は算定しない。

第 2 節 再診料

A001 再診料

【点数の見直し】

現 行	改 正
69 点	72 点

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 2 当該保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、53 点を算定する。

改定内容

- ① 許可病床数が 200 床以上の病院において、毎年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの医薬品

卸売販売業者との納入価妥結率が 50%以下の場合に算定することになりました。

- ② 妥結率の割合を毎年 10 月に報告します。
- ③ 妥結率が低い場合は 11 月 1 日から翌年 10 月 31 日までの間当該点数を算定します。
なお、最初の報告は平成 26 年 10 月に行い、平成 27 年 1 月 1 日から適用となります。

改定実施日

改定内容については、平成 27 年 1 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 26 年 12 月を予定しています。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、34 点を算定する。この場合において、注 3 から注 7 まで、注 9 及び注 10 に規定する加算は算定しない。	注 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、36 点(注 2 に規定する場合にあっては、26 点)を算定する。この場合において、注 4 から注 8 まで、注 10 から注 12 までに規定する加算は算定しない。
注 8 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 7 の外来管理加算は算定しない。	注 9 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 8 の外来管理加算及び注 12 の地域包括診療加算は算定しない。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

112017270	地域包括診療加算	20 点
-----------	----------	------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3195	地域包括診療加算
------	----------

※3339：地域包括診療料とはどちらか一方しか届出ができませんが、設定済のチェックはしません。

- ② 算定する患者については、患者登録で地域包括診療対象疾病の設定をします。
患者登録の「その他」タブ画面に項目を新設しました。

The screenshot shows the 'Other' tab in the patient registration software. The '地域包括診療対象疾病' (Regional Comprehensive Medical Service Target Diseases) section is highlighted with a red box. It contains four checkboxes: '高血圧症' (Hypertension), '糖尿病' (Diabetes), '脂質異常症' (Dyslipidemia), and '認知症' (Dementia). The '高血圧症' checkbox is checked.

- ③ 再診料の算定に併せて自動発生します。
※同一剤として算定する
※時間外対応加算等と同様
- ④ 同一日複数受診、電話再診の場合は自動発生はしません。

点数算定ルール

- ① 多剤投与の減算規定の対象外とします。
地域包括診療加算を算定した会計内では、7種類以上の内服薬の投薬における減算を行いません。
- ・薬剤料 100 分の 90 減算をしない
 - ・処方料「2 1 以外の場合」を自動算定
 - ・処方せん料「2 1 以外の場合」を自動算定

A002 外来診療料

【点数の見直し】

現 行	改 正
70 点	73 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床のうち医療法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 500 以上である地域医療支援病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、52 点を算定する。	注 2 病院である保険医療機関(特定機能病院及び許可病床数が 500 床以上である地域医療支援病院に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54 点を算定する。

改定内容

- ① 地域医療支援病院については、「許可病床のうち一般病床数が 500 床以上」から「許可病床数が 500 床以上」に拡大されました。
- ② 紹介率、逆紹介率がそれぞれ 50%未満の場合に算定することになりました。

経過措置

改定内容については、平成 27 年 4 月 1 日から実施となります。平成 27 年 3 月 31 日まで従前の取り扱いとなります。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 3 病院である保険医療機関(許可病床数が 500 床以上である病院(特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。))に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54 点を算定する。

改定実施日

平成 27 年 4 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 27 年 3 月を予定しています。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、54 点を算定する。

改定内容

- ① 許可病床数が 200 床以上の病院において、毎年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの医薬品卸売販売業者との納入価妥結率が 50% 以下の場合に算定することになりました。
- ② 妥結率の割合を毎年 10 月に報告します。
- ③ 妥結率が低い場合は 11 月 1 日から翌年 10 月 31 日までの間当該点数を算定します。
なお、最初の報告は平成 26 年 10 月に行い、平成 27 年 1 月 1 日から適用となります。

改定実施日

改定内容については、平成 27 年 1 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 26 年 12 月を予定しています。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り 34 点（注 2 に規定する場合にあっては、25 点）を算定する。この場合において、注 4 のただし書及び注 5 から注 7 までに規定する加算は算定しない。	注 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り 36 点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあっては、26 点）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 9 までに規定する加算は算定しない。

4 第 1 部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

10 入院栄養食事指導料

【名称・項目の見直し】

現 行	改 正
10 入院栄養食事指導料 130 点	10 入院栄養食事指導料（週 1 回） イ 入院栄養食事指導料 1 130 点 ロ 入院栄養食事指導料 2 125 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。	注 1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。

【注の追加】

現 行	改 正
（追加）	注 2 ロについては、別に厚生労働大臣が定

	める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。
--	--

点数マスタ

113014810	入院栄養食事指導料 1	130 点
113014910	入院栄養食事指導料 2	125 点

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【項目の見直し】

現 行	改 正
12 心臓ペースメーカー指導管理料 イ 遠隔モニタリングによる場合 550 点 ロ イ以外の場合 360 点	12 心臓ペースメーカー指導管理料 イ 遠隔モニタリングによる場合 550 点 ロ 着用型自動除細動器による場合 360 点 ハ イ又はロ以外の場合 360 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては 4 月に 1 回に限り、ロにあつては 1 月に 1 回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1 月に 1 回に限りロを算定する。	注 1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては 4 月に 1 回に限り、ロ及びハにあつては 1 月に 1 回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1 月に 1 回に限りハを算定する。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者（ロを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起

	算して 3 月を限度として、月 1 回に限り、植込型除細動器移行期加算として、23,830 点を所定点数に加算する。
--	--

点数マスタ

113015010	心臓ペースメーカー指導管理料（着用型自動除細動器）	360 点
113015130	心臓ペースメーカー指導管理料（口・植込型除細動器移行期加算含む）	24,190 点

算定方法

- ① 植込型除細動器移行期加算を算定する場合は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3331	植込型除細動器移行期加算
------	--------------

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【点数の見直し】

現 行	改 正
2,305 点	2,250 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 第 3 部検査及び第 4 部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号 D 0 2 6 に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料、生化学的検査 (II) 判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ハ (略) ニ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度 (ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法) ホ (略) ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、ク	注 2 第 3 部検査及び第 4 部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号 D 0 2 6 に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料、生化学的検査 (II) 判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ハ (略) ニ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度 (ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビン A 1 c (HbA 1 c) ホ (略) ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)、アルカリホスファターゼ (ALP)、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)、ロイシ

レアチンキナーゼ（CK）、中性脂肪、 ナトリウム及びクロール、カリウム、 カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、 無機リン及びリン酸、総コレステロール、 アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、1，25－ジヒドロキシビタミンD3、HDL－コレステロール、LDL－コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）、総鉄結合能（TIBC）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン ト （略） チ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS） リ～ワ （略）	ンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、中性脂肪、 ナトリウム及びクロール、カリウム、 カルシウム、鉄（Fe）、マグネシウム、 無機リン及びリン酸、総コレステロール、 アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、1，25－ジヒドロキシビタミンD3、HDL－コレステロール、LDL－コレステロール、不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Al）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン ト （略） チ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量 リ～ワ （略）
---	---

23 がん患者カウンセリング料

【名称・項目の見直し】

現 行	改 正
23 がん患者カウンセリング料 500 点	23 がん患者指導管理料 1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500 点 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200 点 3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200 点

【注の見直し】

現 行	改 正
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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続し	注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者で

て治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回（当該患者について区分番号 B 0 0 5－6 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号 B 0 0 5－6－2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回）に限り算定する。	あって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回（当該患者について区分番号 B 0 0 5－6 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号 B 0 0 5－6－2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回）に限り算定する。
--	---

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 2 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者 1 人につき 6 回に限り算定する。
(追加)	注 3 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者 1 人につき 6 回に限り算定する。
(追加)	注 4 2 については、区分番号 A 2 2 6－2 に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号 B 0 0 1 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

(追加)	注 5 3 について、区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号 B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料の注 7 に規定する加算又は区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方せん料の注 6 に規定する加算は、別に算定できない。
------	---

点数マスタ

113015210	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）	500 点
113015310	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）	200 点
113015410	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）	200 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3332	がん患者指導管理料 1
3333	がん患者指導管理料 2
3334	がん患者指導管理料 3

24 外来緩和ケア管理料

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150 点を算定する。

点数マスタ

113015510	外来緩和ケア管理料（特定地域）	150 点
-----------	-----------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3335	外来緩和ケア管理料（特定地域）
------	-----------------

25 移植後患者指導管理料

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3336	移植後患者指導管理料（臓器移植後）
3337	移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）

27 糖尿病透析予防指導管理料**【注の追加】**

現 行	改 正
(追加)	注 4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175 点を算定する。

点数マスタ

113015610	糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	175 点
-----------	--------------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3338	糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）
------	--------------------

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）**【点数の見直し】**

現 行	改 正
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 初診時 560 点	572 点
ロ 再診時 380 点	383 点
2 1 以外の場合	
イ 初診時 670 点	682 点
ロ 再診時 490 点	493 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 区分番号 A001 に掲げる再診料の注 8 に規定する場合又は第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。	注 2 区分番号 A001 に掲げる再診料の注 9 に規定する場合、第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

算定要件

- ① 在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を

含む。)については、算定対象となりません。

- ② パリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象となりません。

算定方法

- ① 自動発生した小児科外来診療料の下に「. 123」を入力すると
 “小児科外来診療料を再診料へ変更します。よろしいですか？”とメッセージを表示しますので「OK」ボタンをクリックします。再診料の診療コードを発生しますので、これで出来高算定となります。
 小児科外来診療料の算定に戻す場合は、「. 12」を入力してください。
 初診料の場合は、同様に「. 113」と「. 11」となります。

- ・訂正時は診療区分を入力しても変換できません。
 - ・中途終了データを展開した時に自動発生する診察料は、小児科外来診療料が算定可能であれば、初・再診料が登録されていたとしても小児科外来診療料を自動発生します。
 - ・同一月に小児科外来診療料と出来高算定を行う場合、併算定チェックでエラーとなる組合せがある場合、診察料を正しく発生できない場合があります。提供したチェックマスタでは、小児科外来診療料と薬剤情報提供料の組合せを警告扱いに変更しました。
- 出来高算定を行う診療で小児科外来診療料と併算定エラーとなる項目を算定している場合は、次の受診の時に小児科外来診療料が自動発生しない場合はチェックマスタを確認して設定を警告に変更してください。

チェック

- ① パリビズマブ製剤を入力された場合等のチェックは行いません。

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

点数マスタ

113015770	精神科疾患患者等受入加算	400 点
-----------	--------------	-------

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 外来リハビリテーション診療料1 69 点	72 点
2 外来リハビリテーション診療料2	

104 点	109 点
-------	-------

B 0 0 1 - 2 - 8 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

現 行	改 正
280 点	292 点

B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料（月 1 回）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料（月 1 回） 1,503 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厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5 から注 8 までに規定する加算、区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、第 2 章第 2 部在宅医療（区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第 5 部投薬（区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料及び区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の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、所定点数が 550 点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

点数マスタ

113015810	地域包括診療料	1,503 点
113016270	地域包括診療料（時間外）加算	65 点
113016370	地域包括診療料（休日）加算	190 点
113016470	地域包括診療料（深夜）加算	420 点
113016570	地域包括診療料（乳幼児時間外）加算	135 点
113016670	地域包括診療料（乳幼児休日）加算	260 点
113016770	地域包括診療料（乳幼児深夜）加算	590 点
113016870	地域包括診療料（時間外特例医療機関）加算	180 点
113016970	地域包括診療料（乳幼児時間外特例医療機関）加算	250 点
113017070	小児科地域包括診療料（乳幼児夜間）加算（6 歳未満）	135 点
113017170	小児科地域包括診療料（乳幼児休日）加算（6 歳未満）	260 点
113017270	小児科地域包括診療料（乳幼児深夜）加算（6 歳未満）	590 点
113017370	地域包括診療料（夜間・早朝等）加算	50 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3339	地域包括診療料
------	---------

※3195：地域包括診療加算とはどちらか一方しか届出ができませんが、設定済のチェックはしません。

- ② システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」から「207 地域包括診療料」を設定します。

包括算定方法を「1 包括算定する（会計データ作成）」で設定します。

- ③ 診療コードを入力して算定します。また、時間外加算等は時間加算区分の入力により該当コードを自動発生します。
- ④ 再診料が算定された状態で、当該診療コードを入力すると再診料、外来管理加算及び時間外対応加算等は自動消去します。
- ⑤ 同月内に初診料を算定（指導料より前）した会計は出来高算定が可能なため、訂正により、「099999905 出来高算定（合計）」を入力して下さい。
- ※自動で出来高算定とすることはできません。

チェック

- ① 月 1 回の算定チェックを行います。

点数算定ルール

- ① 包括項目については、電子点数表のルールに従って包括算定します。
- ② 多剤投与の減算規定の対象外とします。
- 地域包括診療加算を算定した会計内では、7 種類以上の内服薬の投薬における減算を行いません。
- ・薬剤料 100 分の 90 減算をしない

B001-3 生活習慣病管理料**【注の見直し】**

現 行	改 正
注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100 点 注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

点数マスタ

113015910	臍ヘルニア圧迫指導管理料	100 点
-----------	--------------	-------

チェック

- ① 患者1人につき1回の算定チェックを行います。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500 点 注 入院中の患者以外の患者(区分番号H001の注4又は注5並びに区分番号H002の注4又は注5を算定する者に限。)に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患

	者 1 人につき 1 回を限度として算定する。
--	-------------------------

点数マスタ

113016010	介護保険リハビリテーション移行支援料	500 点
-----------	--------------------	-------

チェック

- ① 患者 1 人につき 1 回の算定チェックを行います。

B009 診療情報提供料（I）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。	注 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

113016170	歯科医療機関連携加算	100 点
-----------	------------	-------

5 第 2 部 在宅医療

第 1 節 在宅患者診療・指導料

C000 往診料

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 6 注 1 の口については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、在宅療養実績加算として、75 点を更に所定点数

	に加算する。
--	--------

点数マスタ

114022970	在宅療養実績加算（往診）	75 点
-----------	--------------	------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3340	在宅療養実績加算（診療所）
3341	在宅療養実績加算（病院）

- ② 診療コードを入力して算定します。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 同一建物居住者以外の場合 830 点	833 点
2 同一建物居住者の場合	
イ 特定施設等に入居する者の場合 400 点	203 点
ロ イ以外の場合 200 点	103 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前 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には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。	注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前 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には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、750 点を更に所定点数に加算する。
イ～ハ（略）	イ～ハ（略）

点数マスタ

114023070	在宅療養実績加算（在宅患者訪問診療料）	750 点
-----------	---------------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3340	在宅療養実績加算（診療所）
3341	在宅療養実績加算（病院）

- ② 診療コードを入力して算定します。

【別紙様式 14 対応】

通 知
また、「在宅患者訪問診療料 2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式 14 に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること。

↓

疑義解釈（その 9）
（問 9）在宅患者訪問診療料 2 を算定する場合に記載する「別紙様式 14」について、平成 26 年 9 月診療分までは添付を省略してもやむを得ないものとされたが、10 月以降どのような取扱いになるのか。
（答）平成 26 年 10 月診療分以降の取扱いについては、電子請求事務の対応状況等を考慮し、原則として、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載することとし、以下の内容が含まれていれば差し支えないものとする。 <患者ごとに記載する事項> ※「要介護度」 ※「認知症の日常生活自立度」 ※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○○○ （要介護 4 以上又は認知症の日常生活自立度 IV 以上の場合には不要。） <算定日ごとに記載する事項> ※「訪問診療を行った日」 ※「診療人数合計」 （同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料 2 の対象となる訪問診療を行った人数の合計。）
〔記載例 1〕 訪問診療にかかる記録書 要介護 3 認知症の日常生活自立度 3 a 理由：○○○○○○○○○○○○○のため ○日（○人）、○日（○人）
〔記載例 2〕 訪問診療にかかる記録書 要介護 4 認知症の日常生活自立度 4 ○日（○人）、○日（○人）

点数マスタ（システム予約）

099140011	訪問診療にかかる記録書	0 点
099140012	診療人数合計	0 点

入力方法

例 要介護度：3

認知症の日常生活自立度：3 a

理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難

訪問日：10 日（6 人）、27 日（8 人）

① 診療行為入力でコメント入力を行います。

当月初回訪問の場合は、要介護度等と診療人数合計を別剤で入力します。

10日

入力コード	名称	点数 回数
. 140	* 在宅料	
114012910	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設	203 X 1
099140011	* 訪問診療にかかる記録書	
008300001	要介護度：3	
008300002	認知症の日常生活自立度：3 a	
008300003	理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難	
099140012*6	* 診療人数合計 【10日（6人）】	X 6

診療人数合計については診療人数を剤回数として入力します。

※訪問診療にかかる記録書のコメントは、フリーコメントマスタ又はユーザコメントマスタを作成してセットを組むことを推奨します。

ユーザコメントマスタ作成例

0083nnnnn 要介護度：

0083nnnnn 認知症の日常生活自立度：

0083nnnnn 理由：

翌月以降の初回訪問時は、前月よりDO入力をすると便利です。

訪問診療にかかる記録書のコメントマスタは月1回入力のチェック（警告）を行います。

- ② 当月2回目以降の訪問の場合は、診療人数合計を別剤で入力します。

27日

入力コード	名称	点数 回数
. 140	* 在宅料	
114012910	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設	203 X 1
099140012*8	* 診療人数合計 【27日（8人）】	X 8

診療報酬明細書

- ① 入力方法例による摘要欄編集の内容（摘要欄下部に編集）

14	* 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者） 10日、27日 203 × 2 ～ * 訪問診療にかかる記録書 要介護度：3 認知症の日常生活自立度：3 a 理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難 診療人数：10日（6人） 27日（8人）
----	---

- ② 摘要欄上部に編集したい場合は、診療行為入力でのシステム予約マスタの入力で、診療種別区分. 990（コメント）を指定して入力してください。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (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 5,000 点 (2) 処方せんを交付しない場合 5,300 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 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 4,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 4,900 点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）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 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 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	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (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 ① 同一建物居住者以外の場合 5,000 点 ② 同一建物居住者の場合 1,200 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 5,300 点 ② 同一建物居住者の場合 1,500 点 ロ 病床を有しない場合 (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 ① 同一建物居住者以外の場合 4,600 点 ② 同一建物居住者の場合 1,100 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 4,900 点 ② 同一建物居住者の場合 1,400 点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）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 (1) 同一建物居住者以外の場合 4,200 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 4,500 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,300 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 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 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,150 点 (2) 同一建物居住者の場合 760 点 ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,450 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,060 点
--	--

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 6 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は 300 点、同一建物居住者の場合は 75 点をそれぞれ所定点数に加算する。

項目の見直しにより診療行為コードが再編されました。

点数マスタ

114023110	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）	5,000 点
114023210	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）	1,200 点
114023310	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）	5,300 点
114023410	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）	1,500 点
114023510	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）	4,600 点
114023610	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）	1,100 点
114023710	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）	4,900 点
114023810	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）	1,400 点
114023910	在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者以外）	4,200 点
114024010	在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）	1,000 点
114024110	在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）	4,500 点
114024210	在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）	1,300 点
114024310	在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）	3,150 点
114024410	在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）	760 点
114024510	在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）	3,450 点
114024610	在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）	1,060 点

在宅療養実績加算

点数マスタ

114024770	在宅療養実績加算（在医総管（在支診等）（同一建物居住者以外）	300 点
114024870	在宅療養実績加算（在医総管（在支診等）（同一建物居住者）	75 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3340	在宅療養実績加算（診療所）
3341	在宅療養実績加算（病院）

- ② “2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合”の診療コードを入力すると在宅療養実績加算を自動発生します。

C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (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 3,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,900 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,600 点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）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 3,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 3,300 点 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500 点 ロ 処方せんを交付しない場合 1,800 点	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (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 ① 同一建物居住者以外の場合 3,600 点 ② 同一建物居住者の場合 870 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 3,900 点 ② 同一建物居住者の場合 1,170 点 ロ 病床を有しない場合 (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 ① 同一建物居住者以外の場合 3,300 点 ② 同一建物居住者の場合 800 点 (2) 処方せんを交付しない場合 ① 同一建物居住者以外の場合 3,600 点 ② 同一建物居住者の場合 1,100 点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）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 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000 点

	(2) 同一建物居住者の場合	720 点
	□ 処方せんを交付しない場合	
	(1) 同一建物居住者以外の場合	3,300 点
	(2) 同一建物居住者の場合	1,020 点
3	1 及び 2 に掲げるもの以外の場合	
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	
	(1) 同一建物居住者以外の場合	2,250 点
	(2) 同一建物居住者の場合	540 点
	□ 処方せんを交付しない場合	
	(1) 同一建物居住者以外の場合	2,550 点
	(2) 同一建物居住者の場合	840 点

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 6 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は 225 点、同一建物居住者の場合は 56 点をそれぞれ所定点数に加算する。

項目の見直しにより診療行為コードが再編されました。

点数マスタ

114024910	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）	3,600 点
114025010	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）	870 点
114025110	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）	3,900 点
114025210	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）	1,170 点
114025310	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）	3,300 点
114025410	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）	800 点
114025510	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）	3,600 点
114025610	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）	1,100 点
114025710	特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居	3,000 点

	住者以外)	
114025810	特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）	720 点
114025910	特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）	3,300 点
114026010	特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）	1,020 点
114026110	特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）	2,250 点
114026210	特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）	540 点
114026310	特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）	2,550 点
114026410	特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）	840 点

在宅療養実績加算

点数マスタ

114026570	在宅療養実績加算（特医総管（在支診等））（同一建物居住者以外）	225 点
114026670	在宅療養実績加算（特医総管（在支診等））（同一建物居住者）	56 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3340	在宅療養実績加算（診療所）
3341	在宅療養実績加算（病院）

- ② “2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合”の診療コードを入力すると在宅療養実績加算を自動発生します。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注5 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、在宅療養実績加算として、110点を所定点数に加算する。

点数マスタ

114026770	在宅療養実績加算（在宅がん医総（在支診等））	110 点
-----------	------------------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3340	在宅療養実績加算（診療所）
------	---------------

3341 在宅療養実績加算（病院）

- ② “2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合” の診療コードを入力すると在宅療養実績加算を自動発生します。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。 注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。	注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。 注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ所定点数に450点又は800点を加算する。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ 週３日目まで 430 点 ロ 週４日目以降 530 点 2 准看護師による場合 イ 週３日目まで 380 点 ロ 週４日目以降 480 点 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点	1 保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ 同一日に２人 (1) 週３日目まで 555 点 (2) 週４日目以降 655 点 ロ 同一日に３人以上 (1) 週３日目まで 278 点 (2) 週４日目以降 328 点 2 准看護師による場合 イ 同一日に２人 (1) 週３日目まで 505 点 (2) 週４日目以降 605 点 ロ 同一日に３人以上 (1) 週３日目まで 253 点 (2) 週４日目以降 303 点 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 １及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号 I012 に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回に限り、週７日（当該診療の日から起算して１４日以内の期間に行われる場合に限る。))を限	注 1 １及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号 I012 に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算し

度とする。	て 14 日以内の期間に行われる場合に限る。)) を限度とする。
-------	----------------------------------

点数マスタ

114026810	同一建物居住者訪問看護・指導料（保健師等 1 日 2 人週 3 日まで）	555 点
114026910	同一建物居住者訪問看護・指導料（保健師等 1 日 2 人週 4 日以降）	655 点
114027010	同一建物居住者訪問看護・指導料（保健師等 1 日 3 人以上週 3 日まで）	278 点
114027110	同一建物居住者訪問看護・指導料（保健師等 1 日 3 人以上週 4 日以降）	328 点
114027210	同一建物居住者訪問看護・指導料（准看護師 1 日 2 人週 3 日まで）	505 点
114027310	同一建物居住者訪問看護・指導料（准看護師 1 日 2 人週 4 日以降）	605 点
114027410	同一建物居住者訪問看護・指導料（准看護師 1 日 3 人以上週 3 日まで）	253 点
114027510	同一建物居住者訪問看護・指導料（准看護師 1 日 3 人以上週 4 日以降）	303 点

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1 週につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号 C005-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者 1 人につき週 1 回に限り算定する。	注 区分番号 C005 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号 C005-1-2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第 41 条第 1 項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法 42 条の 2 第 1 項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第 53 条第 1 項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導

	を行った場合に、患者 1 人につき週 1 回に限り算定する。
--	--------------------------------

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料**【点数の見直し】**

現 行	改 正
1 同一建物居住者以外の場合 550 点	650 点
2 同一建物居住者の場合 385 点	300 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。	注 1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。

C012 在宅患者共同診療料**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	C012 在宅患者共同診療料 1 往診の場合 1,500 点 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000 点 3 訪問診療の場合（同一建物居住者） イ 特定施設等に入居する者の場合 240 点 ロ イ以外の場合 120 点 注 1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、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厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。) (許可病床数が 500 床未満の病院に限る。) が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの (当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。) に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 2 2については、在宅療養後方支援病院 (許可病床数が 500 床未満の病院に限る。) が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者 (当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者 (以下この区分番号において「同一建物居住者」という。) を除く。) であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 3 3のイについては、在宅療養後方支援病院 (許可病床数が 500 床未満の病院に限る。) が、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者 (同一建物居住者に限る。) であって、通院が困難なものに対して、3 のロについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定め
--	--

	る疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの（３のイを算定するものを除く。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。 ４ 注１から注３までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて１２回に限り算定する。 ５ 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。
--	---

点数マスタ

114027610	在宅患者共同診療料（往診）	1,500 点
114027710	在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外）	1,000 点
114027810	在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者・特定施設等）	240 点
114027910	在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者・特定施設等以外）	120 点

記載要領

- ① 初回算定日を「摘要」欄に記載することとされました。

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3342	在宅療養後方支援病院
------	------------

- ② 初回算定日（起算日）をレセプトに記載するため、初回に算定した日又は初回に算定した日から１年経過後に初めて算定した日には新たな初回算定日（起算日）として以下を入力します。

システム予約

099140004	在宅患者共同診療料開始日
-----------	--------------

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

【新設】

現 行	改 正
(新設)	C 0 1 3 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して 6 月以内に限り、当該患者 1 人につき 2 回に限り所定点数を算定する。 2 区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号 C 0 0 9 に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

点数マスタ

114028010	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	750 点
-----------	---------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3343	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
------	---------------

第 2 節 在宅療養指導管理料

第 1 款 在宅療養指導管理料

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C 1 0 2 に規定する指導管理と C 1 0 2 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 3 に規定する指導管理と C 1 0 7 に規定する指導管理又は C 1 0 7 - 2 に規定する指導管理、C 1 0	3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理

4に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。	を行った場合(C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
--	---

C101 在宅自己注射指導管理料

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 複雑な場合 1,230 点	1 複雑な場合 1,230 点
2 1 以外の場合 820 点	2 1 以外の場合
	イ 月3回以下の場合 100 点
	ロ 月4回以上の場合 190 点
	ハ 月8回以上の場合 290 点
	ニ 月28回以上の場合 810 点

【注の見直し】

現 行	改 正
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、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則6に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

【注の追加】

現 行	改 正
-----	-----

(追加)	注 2 初回の指導を行った日の属する月から起算して 3 月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3 月を限度として、500 点を所定点数に加算する。 注 3 処方内容に変更があった場合には、注 2 の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して 1 月を限度として、1 回に限り導入初期加算を算定できる。
------	---

点数マスタ

114028110	在宅自己注射指導管理料（1 以外の場合）（月 3 回以下）	100 点
114028210	在宅自己注射指導管理料（1 以外の場合）（月 4 回以上）	190 点
114028310	在宅自己注射指導管理料（1 以外の場合）（月 8 回以上）	290 点
114028410	在宅自己注射指導管理料（1 以外の場合）（月 2 8 回以上）	810 点
114028570	導入期初期加算（在宅自己注射指導管理料）	500 点

C 1 1 0 - 4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

【新設】

現 行	改 正
(新設)	C 1 1 0 - 4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810 点 注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

点数マスタ

114028610	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810 点
-----------	-----------------	-------

第 2 款 在宅療養指導管理材料加算

C 1 5 2 間歇注入シリンジポンプ加算

【注の見直し】

現 行	改 正
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、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	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、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、2 月に 2 回に限り第 1 款

する。	の所定点数に加算する。
-----	-------------

C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算 1 2 個以下の場合 1, 320 点 2 4 個以下の場合 2, 640 点 3 5 個以上の場合 3, 300 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厚生局長等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、持続血糖測定器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。 2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第 1 款の所定点数にそれぞれ 3, 230 点又は 2, 230 点を加算する。ただし、この場合において、区分番号 C 1 5 2 に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

点数マスタ

114028770	持続血糖測定器加算（2 個以下）	1, 320 点
114028870	持続血糖測定器加算（4 個以下）	2, 640 点
114028970	持続血糖測定器加算（5 個以上）	3, 300 点
114029070	持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ）	3, 230 点
114029170	持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ以外）	2, 230 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3344	持続血糖測定器加算
------	-----------

6 第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
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、同一日に第3号の加算は別に算定できない。	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200点を加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。

D004-2 悪性腫瘍遺伝子検査

【項目の分割】

E G F R遺伝子検査 → リアルタイムPCR法とそれ以外
点数マスタ

160202910	E G F R遺伝子検査（リアルタイムPCR法）	2,500点
-----------	--------------------------	--------

D006 出血・凝固検査

【注の見直し】

現 行	改 正
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から26までに掲げる検査を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。	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から31までに掲げる検査を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 530点	イ 3項目又は4項目 530点
ロ 5項目以上 744点	ロ 5項目以上 722点

D008 内分泌学的検査

【注の見直し】

現 行	改 正
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の11から29までに掲げる検査を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。	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から41までに掲げる検査を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項目以上5項目以下 410点	イ 3項目以上5項目以下 410点
ロ 6項目又は7項目 630点	ロ 6項目又は7項目 623点
ハ 8項目以上 900点	ハ 8項目以上 900点

D 0 0 9 腫瘍マーカー**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 2 患者から 1 回に採取した血液等を用いて本区分の 2 から 15 までに掲げる検査を 2 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。	注 2 患者から 1 回に採取した血液等を用いて本区分の 2 から 21 までに掲げる検査を 2 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 2 項目 230 点	イ 2 項目 230 点
ロ 3 項目 290 点	ロ 3 項目 290 点
ハ 4 項目以上 420 点	ハ 4 項目以上 420 点

D 0 1 0 特殊分析**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 当該保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。	注 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

D 0 1 2 感染症免疫学的検査**【項目の分割】**

梅毒血清反応 (S T S) → 半定量と定量

梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S 試験) → 定性と半定量

ブルセラ抗体 → 定性と半定量

点数マスタ

160203010	S T S 半定量	34 点
160203110	F T A - A B S 半定量	146 点
160203210	ブルセラ抗体半定量	210 点
160204610	グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (水痘・帯状疱疹ウイルス)	223 点

D 0 1 4 自己抗体検査**【項目の分割】**

抗ミトコンドリア抗体訂正 → 定性と半定量

点数マスタ

160203310	抗ミトコンドリア抗体半定量	200 点
-----------	---------------	-------

【注の見直し】

現 行	改 正
注 本区分の 9 から 11 までに掲げる検査を 2 項目又は 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 320 点又は 490 点を算定する。	注 本区分の 9 から 12 まで及び 16 (抗 A R S 抗体に限る。) に掲げる検査を 2 項目又は 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 320 点又は 490 点を算定する。

D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査**【注の見直し】**

現 行	改 正
7 注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。	7 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

算定方法

- ① HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）を算定する場合は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3345	HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ測定）
------	---------------------

D 0 2 5 基本的検体検査実施料（1日につき）**【注の見直し】**

現 行	改 正
注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ヌ（略） ル 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（STS）、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体 ヲ～ヨ（略）	注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ヌ（略） ル 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体 ヲ～ヨ（略）

第3節 生体検査料**D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）****【注の見直し】**

現 行	改 正
注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算す	注3 血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、400点を所定点数に加算する。

る。	4 冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、600 点を所定点数に加算する。
----	---

D 2 0 8 心電図検査**【項目の削除】**

現 行	改 正
4 バリストカルジオグラフ 注 2 方向以上の記録による場合は所定点数に 90 点を加算する。	(削除)

D 2 1 1－3 時間内歩行試験**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 2 区分番号 D 0 0 7 の 35 に掲げる血液ガス分析、区分番号 D 2 0 0 に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号 D 2 2 0 から D 2 2 3－2 までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。	注 2 区分番号 D 2 0 0 に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号 D 2 2 0 から D 2 2 3－2 までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

D 2 3 6－2 光トポグラフィー**【項目の見直し】**

現 行	改 正
光トポグラフィー 670 点	光トポグラフィー 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの 670 点 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 400 点 ロ イ以外の場合 200 点

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 1 2 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

点数マスタ

160203410	光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断）（精神保健指定医）	400 点
-----------	-------------------------------	-------

160203510	光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断）（イ以外の場合）	200 点
-----------	------------------------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3346	光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの）
3426	光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの（イ以外の場合））

- ② 施設基準不適合ではない場合（減算をしない場合）は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0234	光トポグラフィー（施設共同利用率 20%以上）
------	-------------------------

- ③ ②の設定がない場合は診療コードを入力すると施設基準不適合減算マスタを自動発生します。

D 2 3 9 - 4 全身温熱発汗試験

点数マスタ

160203610	全身温熱発汗試験	600 点
-----------	----------	-------

D 2 5 6 眼底カメラ撮影

【項目の見直し】

現 行	改 正
眼底カメラ撮影	眼底カメラ撮影
1 通常の方法の場合 56 点	1 通常の方法の場合
2 蛍光眼底法の場合 400 点	イ アナログ撮影 54 点
3 自発蛍光撮影法の場合 510 点	ロ デジタル撮影 58 点
	2 蛍光眼底法の場合 400 点
	3 自発蛍光撮影法の場合 510 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 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。	注 1 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。（1 のロの場合を除く。）

点数マスタ

160203710	眼底カメラ（アナログ撮影）	54 点
160203810	眼底カメラ（デジタル撮影）	58 点

D 2 8 7 内分泌負荷試験

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれる	注 2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれる

ものとする。	ものとする。ただし、区分番号 D 4 1 9 の 5 に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。
--------	---

D 2 8 9 その他の機能テスト

点数マスタ

160204550	インジゴカルミン使用（E F－膀胱尿道）	100 点
-----------	----------------------	-------

D 2 9 2 体外からの計測によらない諸検査

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号 D 2 9 2 若しくは D 2 9 3 に掲げる検査又は区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1－3 までに掲げる核医学診断のうちいずれか 2 以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。	注 1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号 D 2 9 2 若しくは D 2 9 3 に掲げる検査又は区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1－4 までに掲げる核医学診断のうちいずれか 2 以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

(内視鏡検査)

通則

【通則の追加】

現 行	改 正
(追加)	5 緊急のために休日に内視鏡検査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内視鏡検査（区分番号 D 3 2 4 及び D 3 2 5 に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ 休日加算 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 ロ 時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数 ハ 深夜加算 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 ニ イからハまでにかかわらず、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する

	時間である内視鏡検査を行った場合 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数
--	---

点数マスタ

160203970	休日加算（内視鏡検査）	80%加算
160204070	時間外加算（内視鏡検査）	40%加算
160204170	深夜加算（内視鏡検査）	80%加算
160204270	時間外特例加算（内視鏡検査）	40%加算

算定要件

- ① 時間外加算は外来のみ算定できます。

算定方法

- ① 時間加算区分に対して内視鏡検査の診療コードを入力すると時間外加算コードが自動発生します。
- ② 所定点数は月 2 回目以降の逡減における所定点数の考え方と同様とします。月 2 回目以降の場合は逡減された点数を所定点数とします。

D 3 1 0 小腸内視鏡検査

【項目の見直し】

現 行	改 正
小腸ファイバースコピー	小腸内視鏡検査
1 バルーン内視鏡によるもの 3,000 点	1 ダブルバルーン内視鏡によるもの 7,000 点
2 カプセル型内視鏡によるもの 1,700 点	2 シングルバルーン内視鏡によるもの 3,000 点
3 その他のもの 1,700 点	3 カプセル型内視鏡によるもの 1,700 点
	4 その他のもの 1,700 点

点数マスタ

160204310	小腸内視鏡検査（ダブルバルーン内視鏡）	7,000 点
-----------	---------------------	---------

第 4 節 診断穿刺・検体採取料

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3347	センチネルリンパ節生検（併用）
3348	センチネルリンパ節生検（単独）

D 4 1 9 その他の検体採取

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	5 副腎静脈サンプリング（一連につき） 注 1 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、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。 2 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 E 4 0 0 に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
--	---

点数マスタ

160204410	副腎静脈サンプリング	4,800 点
-----------	------------	---------

7 第 4 部 画像診断

第 2 節 核医学診断料

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号 D 2 9 2 に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号 D 2 9 3 に掲げるシンチグラム(画像を伴わないもの)の項に掲げる検査又は区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1-3 までに掲げる核医学診断のうちいずれか 2 以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。 2 核医学診断の費用は、区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1-3 までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号 E 1 0 2 に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。	1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号 D 2 9 2 に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号 D 2 9 3 に掲げるシンチグラム(画像を伴わないもの)の項に掲げる検査又は区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1-4 までに掲げる核医学診断のうちいずれか 2 以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。 2 核医学診断の費用は、区分番号 E 1 0 0 から E 1 0 1-5 までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号 E 1 0 2 に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。

E 1 0 1-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)

【新設】

現 行	改 正
(新設)	E 1 0 1-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき) 9,160 点 注 1 18 F D G 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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厚生局長等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。
--	--

点数マスタ

170033750	ポジトロン・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（18FDG使用）	9,160 点
-----------	----------------------------------	---------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3349	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
------	---------------------------

- ② 施設基準不適合場合は減算マスタを自動発生します。

- ③ 施設基準不適合ではない場合（減算をしない場合）は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3420	ポジトロン断層撮影（施設共同利用率20%以上又は計算除外対象保険医療機関）
------	---------------------------------------

E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影

【新設】

現 行	改 正
(新設)	E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000 点 注1 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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厚生局長等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。

点数マスタ

170033850	乳房用ポジトロン断層撮影	4,000 点
-----------	--------------	---------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3350	乳房用コンピューター断層複合撮影
------	------------------

- ② 施設基準不適合場合は減算マスタを自動発生します。
- ③ 施設基準不適合ではない場合（減算をしない場合）は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3350	乳房用コンピューター断層複合撮影
------	------------------

E 1 0 2 核医学診断

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 区分番号 E 1 0 1 - 2 に掲げるポジトロン断層撮影及び E 1 0 1 - 3 に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の場合 450 点	1 区分番号 E 1 0 1 - 2 に掲げるポジトロン断層撮影、E 1 0 1 - 3 に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E 1 0 1 - 4 に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及び E 1 0 1 - 5 に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450 点

第 3 節 コンピューター断層撮影診断料

E 2 0 0 コンピューター断層撮影（CT 撮影）（一連につき）

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 CT 撮影 イ 64 列以上のマルチスライス型の機器による場合 950 点	1,000 点
ロ 16 列以上 64 列未満のマルチスライス型の機器による場合 900 点	900 点
ハ 4 列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合 780 点	770 点
ニ イ、ロ又はハ以外の場合 600 点	580 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 7 CT 撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸の CT 撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸 CT 撮影加算として、所定点数に 600 点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	注 7 CT 撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸の CT 撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸 CT 撮影加算として、それぞれ 620 点又は 500 点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

点数マスタ

170033970	大腸ＣＴ撮影加算（６４列以上マルチスライス型機器）	620 点
170034070	大腸ＣＴ撮影加算（１６列以上６４列未満マルチスライス型機器）	500 点

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）（一連につき）

【点数の見直し】

現 行		改 正
1	３テスラ以上の機器による場合 1,400 点	1,600 点
2	1.5 テスラ以上３テスラ未満の機器による場合 1,330 点	1,330 点
3	１又は２以外の場合 950 点	920 点

8 第５部 投薬

第１節 調剤料

F 0 0 0 調剤料

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注２ 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

改定内容

外来患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投薬した場合、調剤料、処方料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料は算定できません。

対応方法の考え方について

改定後はうがい薬のみの投薬を行ってもまったく点数が算定できません。

医療機関ではそのような投薬は控えられ、治療目的としての投薬のみになると考えられます。

よって、点数算定は今まで通りとし、チェックのみの対応とします。

算定方法

- ① 従前通りの入力で薬剤料を算定し、調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料を自動発生します。

チェック

- ① うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤とされたため、薬価基準コードの先頭３桁が「２２６（含嗽剤）」である医薬品として判定をします。
- ② 院内処方の場合で１処方内にうがい薬があり、うがい薬以外の医薬品がない場合は「登録」ボタンクリック時に警告とします。



第2節 処方料

F100 処方料

【項目の見直し】

現 行	改 正
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 29点	1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20点
2 1以外の場合 42点	2 1以外の場合であって、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週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点
	3 1及び2以外の場合 42点

点数マスタ

120003610	処方料（向精神薬多剤投与）	20点
120003710	処方せん料（向精神薬多剤投与）	30点
630010005	薬剤料逡減（80／100）（向精神薬多剤投与）	

改定内容

- ① 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）（以下、向精神薬多剤投与）を行った場合、処方料、薬剤料、処方せん料にそれぞれ減算規定が導入されました。
- ② 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、それぞれの種類については別紙36を参考にする。
- ③ 抗不安薬及び睡眠薬については臨時に投与する場合であっても種類数に含める。
- ④ 地域包括診療加算を算定している場合、処方料、薬剤料、処方せん料については、多剤投与の減算規定の対象外となります。

算定方法

- ① 改定内容①について
入力された薬剤から向精神薬多剤投与に該当する場合は「登録」ボタンクリック時に逡減算定の確認をします。

(KID1)確認画面

2006

向精神薬多剤投与となります。通減しますか？

NO OK

通減算定をする場合は「OK」ボタンをクリックします。

通減算定とした場合は投薬の剤には先頭に“(精減)”コメントを自動で挿入します。
処方料又は処方せん料は向精神薬多剤投与の点数を自動発生します。※確認画面で自動発生

通減する点数を計算し、“薬剤料通減(80/100)(向精神薬多剤投与)”の剤を自動発生します。※確認画面で自動発生

- ② 向精神薬多剤投与ではあるが理由があり通減算定しない場合は「NO」ボタンをクリックします。

理由についてはコメントコードにより入力します。

通減しない場合は、内服薬多剤投与のチェックを行い該当する場合は従前通りの確認画面を表示します。

- ③ 外用、頓服の臨時投薬指定(診療種別区分の新設)を可能としました。

新設の診療種別区分

293	外用薬剤(臨時投薬)
294	外用薬剤(臨時投薬)(院内)
295	外用薬剤(臨時投薬)(院外)
296	頓服薬剤(臨時投薬)
297	頓服薬剤(臨時投薬)(院内)
298	頓服薬剤(臨時投薬)(院外)

取扱いは内服薬剤の臨時投薬と同様となります。

なお、頓用は通常の入力で臨時投薬とみなします。

~~※頓用は常態扱いとしますので種類数のカウントを行います。臨時投薬の入力は10月中に対応を行います。それまでは、頓用で向精神薬の入力を行い、向精神薬多剤投与の通減確認が表示された場合は確認していただき、向精神薬多剤投与に該当しないと判断された時には「NO」ボタンをクリックしてください。~~

- ④ 改定内容②(地域包括診療加算)の場合についてはA001再診料を参照してください。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当

	する点数により算定する。
--	--------------

改定内容

紹介率・逆紹介率の低い大病院において、一部薬剤を除き、1処方につき30日以上の投薬を行った場合、処方料、薬剤料、処方せん料にそれぞれ減算規定が導入されました。地域包括診療料、地域包括診療加算を算定している場合、処方料、薬剤料、処方せん料は多剤投与の減算規定の対象外となりました。

改定実施日

平成 27 年 4 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 27 年 3 月を予定しています。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 9 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

算定方法

- ① 注 9 については F 0 0 0 調剤料を参照してください。

第 3 節 薬剤料

F 2 0 0 薬剤

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 2 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。

算定方法

- ① 注 2 については F 1 0 0 処方料を参照してください。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 1 処方につき 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。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。	注 3 注 2 以外の場合であって、1 処方につき 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 週間以内のもの及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診療の注 12 に掲げる地域包括診療加算又は区分番号 B 0 0 1 - 2 - 9 に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

改定内容

地域包括診療料、地域包括診療加算を算定している場合、薬剤料は多剤投与の減算規定の対象外となりました。

算定方法

- ① 地域包括診療加算の場合については A 0 0 1 再診料を参照してください。
- ② 地域包括診療料の場合については B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料を参照してください。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。

算定方法

- ① 注 4 については F 1 0 0 処方料を参照してください。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

算定方法

- ① 注 7 については F 0 0 0 調剤料を参照してください。

第 5 節 処方せん料

F 4 0 0 処方せん料

【項目の見直し】

現 行	改 正
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 40 点	1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30 点
2 1 以外の場合 68 点	2 1 以外の場合であって、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 週間以内のもの及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域

	包括診療加算を算定するものを除く。) を行った場合	40 点
3	1 及び 2 以外の場合	68 点

改定内容

- ① 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合、処方料、薬剤料、処方せん料にそれぞれ減算規定が導入されました。
- ② 地域包括診療加算を算定している場合、処方せん料は多剤投与の減算規定の対象外となります。

算定方法

- ① 改定内容①については F 1 0 0 処方料を参照してください。
- ② 改定内容②（地域包括診療加算）については A 0 0 1 再診料を参照してください。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。

算定方法

- ① 注 2 については F 1 0 0 処方料を参照してください。

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

算定方法

- ① 注 8 については F 0 0 0 調剤料を参照してください。

第 6 節 調剤技術基本料

F 5 0 0 調剤技術基本料

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

算定方法

- ① 注5についてはF000調剤料を参照してください。

9 第6部 注射

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。 (略)	6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。 (略)

第1節 注射料

第1款 注射実施料

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

現 行	改 正
植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）	植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

(追加)	注 2 区分番号 C 1 0 8 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C 1 0 8 - 2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
(追加)	注 3 6 歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

130013270	中心静脈注射（植込型カテーテル）（乳幼児）加算	50 点
-----------	-------------------------	------

算定方法

- ① 幼児加算は算定日の年齢から自動発生します。

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【注の見直し】

現 行	改 正
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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。

1 0 第 7 部 リハビリテーション

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
5 区分番号 J 1 1 7 に掲げる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。）、区分番号 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、区分番号 J 1 1 8 - 2 に掲げる矯正固定、区分番号 J 1 1 8 - 3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9 - 2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9 - 3 に掲げる低出力	5 区分番号 J 1 1 7 に掲げる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。）、区分番号 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、区分番号 J 1 1 8 - 2 に掲げる矯正固定、区分番号 J 1 1 8 - 3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9 - 2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9 - 3 に掲げる低出力

レーザー照射又は区分番号 J 1 1 9 - 4 に掲げる肛門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、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。	レーザー照射又は区分番号 J 1 1 9 - 4 に掲げる肛門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、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者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。
--	--

第 1 節 リハビリテーション料**H 0 0 0 心大血管疾患リハビリテーション料****【点数の見直し】**

現 行	改 正
1 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ)(1 単位) 200 点	205 点
2 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ)(1 単位) 100 点	105 点

H 0 0 1 脳血管疾患等リハビリテーション料**【点数の見直し】**

現 行	改 正
1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ)(1 単位)	
イ ロ以外の場合 245 点	245 点
ロ 廃用症候群の場合 235 点	180 点
2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ)(1 単位)	
イ ロ以外の場合 200 点	200 点
ロ 廃用症候群の場合 190 点	146 点
3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)(1 単位)	
イ ロ以外の場合 100 点	100 点
ロ 廃用症候群の場合 100 点	77 点

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。	注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 14 日に限り、初期加算として、1 単位につき 45 点を更に所定点数に加算する。 注 4 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注 1 に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>221 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>212 点</td> </tr> </table> ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>180 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>171 点</td> </tr> </table> ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>90 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>90 点</td> </tr> </table>	(1) (2) 以外の場合	221 点	(2) 廃用症候群の場合	212 点	(1) (2) 以外の場合	180 点	(2) 廃用症候群の場合	171 点	(1) (2) 以外の場合	90 点	(2) 廃用症候群の場合	90 点	計画退院時指導料を算定した患者に限る。) に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの(区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。) に限る。) に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 14 日に限り、初期加算として、1 単位につき 45 点を更に所定点数に加算する。 注 4 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注 1 に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>221 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>162 点</td> </tr> </table> ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>180 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>131 点</td> </tr> </table> ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1 単位) <table> <tr> <td>(1) (2) 以外の場合</td> <td>90 点</td> </tr> <tr> <td>(2) 廃用症候群の場合</td> <td>69 点</td> </tr> </table>	(1) (2) 以外の場合	221 点	(2) 廃用症候群の場合	162 点	(1) (2) 以外の場合	180 点	(2) 廃用症候群の場合	131 点	(1) (2) 以外の場合	90 点	(2) 廃用症候群の場合	69 点
(1) (2) 以外の場合	221 点																								
(2) 廃用症候群の場合	212 点																								
(1) (2) 以外の場合	180 点																								
(2) 廃用症候群の場合	171 点																								
(1) (2) 以外の場合	90 点																								
(2) 廃用症候群の場合	90 点																								
(1) (2) 以外の場合	221 点																								
(2) 廃用症候群の場合	162 点																								
(1) (2) 以外の場合	180 点																								
(2) 廃用症候群の場合	131 点																								
(1) (2) 以外の場合	90 点																								
(2) 廃用症候群の場合	69 点																								

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

点数マスタ

点数を100分の90した点数マスタ

180043430	脳血管疾患等リハビリテーション料1（要介・廃用症以外）基準不適合	199 点
180043530	脳血管疾患等リハビリテーション料1（要介・廃用症）基準不適合	146 点
180043630	脳血管疾患等リハビリテーション料2（要介・廃用症以外）基準不適合	162 点
180043730	脳血管疾患等リハビリテーション料2（要介・廃用症）基準不適合	118 点
180043830	脳血管疾患等リハビリテーション料3（要介・廃用症以外）基準不適合	81 点
180043930	脳血管疾患等リハビリテーション料3（要介・廃用症）基準不適合	62 点

算定方法

- ① 施設基準不適合の場合は、点数を100分の90した点数マスタにより算定します。
システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0732	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）
0733	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）
0734	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）

- ② 施設基準不適合ではない場合（減算をしない場合）は、基本点数（施設基準不適合でない）の点数マスタにより算定します。また、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3351	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（注5に規定する施設基準）
3352	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（注5に規定する施設基準）
8008	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）又は（3）の（注5に規定する施設基準）（名寄せコード）

H002 運動器リハビリテーション料

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1 単位） 175 点	180 点
2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1 単位） 165 点	170 点
3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1 単位） 80 点	85 点

【注の削除】

現 行	改 正
注 2 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っ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は、注 1 の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する。	（削除）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 3 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。	注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。
注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 14 日に限り、初期加算として、1 単位につき 45 点を更に所定点数に加算する。	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から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、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 158点 ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 149点 ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 80点	区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。 注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から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、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 163点 ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 154点 ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 85点
--	--

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

点数マスタ

点数を100分の90した点数マスタ

180044030	運動器リハビリテーション料（1）（要介護）（施設基準不適合）	147点
180044130	運動器リハビリテーション料（2）（要介護）（施設基準不適合）	139点
180044230	運動器リハビリテーション料（3）（要介護）（施設基準不適合）	77点

算定方法

ORCA Project

Copyright(C)2014 Japan Medical Association. All rights reserved.

- ① 施設基準不適合の場合は、点数を 100 分の 90 した点数マスタにより算定します。
システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0828	運動器リハビリテーション料（１）
0829	運動器リハビリテーション料（２）
0830	運動器リハビリテーション料（３）

- ② 施設基準不適合ではない場合（減算をしない場合）は、基本点数（施設基準不適合でない）の点数マスタにより算定します。また、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3354	運動器リハビリテーション料（１）（注５に規定する施設基準）
3355	運動器リハビリテーション料（２）（注５に規定する施設基準）
8009	運動器リハビリテーション料（１）、（２）又は（３）（注５に規定する施設基準）（名寄せコード）

H003 呼吸器リハビリテーション料

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 170 点	175 点
2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 80 点	85 点

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

【注の見直し】

現 行	改 正
注 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者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厚生局長等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がん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回を限	注 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者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厚生局長等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、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認

度として算定する。	知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回に限り算定する。
-----------	---

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号 A 3 0 8 に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中 1 回に限り、150 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

180042870	入院時訪問指導加算	150 点
-----------	-----------	-------

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 3 区分番号 H 0 0 3 - 3 に掲げるリハビリテーション総合計画提供料を算定した患者（区分番号 H 0 0 1 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注 2 及び注 3 に規定する加算又は区分番号 H 0 0 2 に掲げる運動器リハビリテーション料の注 2 及び注 3 に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

H 0 0 3 - 3 リハビリテーション総合計画提供料

【新設】

現 行	改 正
(新設)	H 0 0 3 - 3 リハビリテーション総合計画提供料 100 点 注 退院時に区分番号 B 0 0 5 - 2 に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号 B 0 0 5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者（入院中に区分番号 H 0 0 3 - 2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料を算定した場合に限る。）について、患者の同意を得た上

	で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から 14 日以内に退院した場合に限り、退院時に 1 回を限度として算定する。
--	---

点数マスタ

180042910	リハビリテーション総合計画提供料	100 点
-----------	------------------	-------

H004 摂食機能療法（1日につき）

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

180043070	経口摂取回復促進加算	185 点
-----------	------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3357	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）
------	--------------------

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 6歳未満の患者の場合 220 点	225 点
2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190 点	195 点
3 18歳以上の患者の場合 150 点	155 点

H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位）

【点数の見直し】

現 行	改 正
200 点	205 点

H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき） 240 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合に、入院した日から起算して 1 月に限り、週 3 回を限度として算定する。
--	---

点数マスタ

180043110	認知症患者リハビリテーション料	240 点
-----------	-----------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3358	認知症患者リハビリテーション料
------	-----------------

1 1 第 8 部 精神科専門療法

第 1 節 精神科専門療法料

1 0 0 2 通院・在宅精神療法（1 回につき）

【通則の見直し】

現 行	改 正
1 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700 点 2 1 以外の場合 イ 30 分以上の場合 400 点 ロ 30 分未満の場合 330 点	1 通院精神療法 イ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 600 点 ロ イ 以外の場合 (1) 30 分以上の場合 400 点 (2) 30 分未満の場合 330 点 2 在宅精神療法 イ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合 600 点 ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 60 分以上の在宅精神療法を行った場合（イに該当する場合を除く。） 540 点

	ハ イ及びロ以外の場合	
	(1) 30 分以上の場合	400 点
	(2) 30 分未満の場合	330 点

点数マスタ

180040210	在宅精神療法（初診時精神科救急体制精神保健指定医等・60分以上）	540 点
-----------	----------------------------------	-------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 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 B 0 0 0 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。	注 1 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 1 と 2 を合わせて週 2 回を、その他の場合にあっては 1 と 2 を合わせて週 1 回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 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。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 3 20 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して 1 年以内（区分番号 A 3 1 1－4 に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16 歳未満の患者に対して行った場合は 2 年以内）の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に 200 点を加算する。	注 3 20 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から 1 年以内（区分番号 A 3 1 1－4 に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16 歳未満の患者に対して行った場合は 2 年以内）の期間に行った場合に限る。）は、350 点を所定点数に加算する。

算定要件

- ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から 1 年以内とされました。

算定方法

- ① 以下のシステム予約マスタを精神科を最初に受診した日に入力します。

099830102	通院・在宅精神療法開始日
-----------	--------------

算定履歴画面からも登録可能です。

- ② 通院・在宅精神療法を入力すると上記開始日が算定済の場合は、その日より 1 年以内（16 歳未満の患者に対しては 2 年以内）であれば自動発生します。

※上記開始日が未算定の場合は、直近の初診算定日を起算日として自動発生します。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定点数に25点を加算する。	注 4 1のロの(1)、2のロ及び2のハの(1)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号1002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。

チェック

- ① 特定薬剤副作用評価加算（通院・在宅精神療法）と特定薬剤副作用評価加算（精神科継続外来支援・指導料）の同一月の併算定チェックを行います。

1002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	注 2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。

改定内容

- ① 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合、算定できなくなりました。

算定方法

- ① 「登録」ボタンをクリックして、入力された薬剤から向精神薬多剤投与に該当する場合の確認で逡減算定とした場合は確認（警告）をします。



警告扱いですので「閉じる」ボタンをクリックした後で、精神科継続外来支援・指導料を削除してください。削除しない場合は点数算定します。

- ② 向精神薬多剤投与ではあるが理由があり逡減算定しないとした場合は点数を算定し

ます。
理由についてはコメントコードにより入力します。

経過措置

平成 26 年 9 月 30 日までの間は、3 剤以上の抗不安薬又は 3 剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することになります。

点数マスタ

180035770	3 剤以上減算（抗不安薬又は睡眠薬）	20%減算
-----------	--------------------	-------

有効期限を平成 26 年 9 月 30 日とします。

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1 日につき）

算定方法

- ① 施設基準コードが変更されました。
システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3359	認知療法・認知行動療法 1
3360	認知療法・認知行動療法 2

I 0 0 4 心身医学療法（1 回につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
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。	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 200 に相当する点数を加算する。

算定方法

- ① 100 分の 200 加算マスタを自動発生します。

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1 日につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 3 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。	注 3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 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。
注 4 当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に 20 点を加算する。	注 4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20 点を所定点数に加算する。

1009 精神科デイ・ケア（1日につき）**【注の見直し】**

現 行	改 正
注3 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。	注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1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。
注4 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

1010 精神科ナイト・ケア（1日につき）**【注の見直し】**

現 行	改 正
注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。	注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1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。
注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）**【注の見直し】**

現 行	改 正
注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定する。	注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1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。
注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間

	に行われる場合にあっては、早期加算として、50 点を所定点数に加算する。
--	--------------------------------------

I O 1 2 精神科訪問看護・指導料

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 (略)	1 (略)
2 (略)	2 (略)
3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合	イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
(1) 週 3 日目まで 30 分以上の場合 445 点	(1) 同一日に 2 人 ① 週 3 日目まで 30 分以上の場合 575 点
(2) 週 3 日目まで 30 分未満の場合 340 点	② 週 3 日目まで 30 分未満の場合 440 点
(3) 週 4 日目以降 30 分以上の場合 545 点	③ 週 4 日目以降 30 分以上の場合 675 点
(4) 週 4 日目以降 30 分未満の場合 415 点	④ 週 4 日目以降 30 分未満の場合 525 点
	(2) 同一日に 3 人以上 ① 週 3 日目まで 30 分以上の場合 288 点
	② 週 3 日目まで 30 分未満の場合 220 点
	③ 週 4 日目以降 30 分以上の場合 338 点
	④ 週 4 日目以降 30 分未満の場合 263 点
ロ 准看護師による場合	ロ 准看護師による場合
(1) 週 3 日目まで 30 分以上の場合 395 点	(1) 同一日に 2 人 ① 週 3 日目まで 30 分以上の場合 525 点
(2) 週 3 日目まで 30 分未満の場合 300 点	② 週 3 日目まで 30 分未満の場合 400 点
(3) 週 4 日目以降 30 分以上の場合 495 点	③ 週 4 日目以降 30 分以上の場合 625 点
(4) 週 4 日目以降 30 分未満の場合 375 点	④ 週 4 日目以降 30 分未満の場合 485 点
	(2) 同一日に 3 人以上 ① 週 3 日目まで 30 分以上の場合 263 点
	② 週 3 日目まで 30 分未満の場合 200 点
	③ 週 4 日目以降 30 分以上の場合 313 点

	④ 週 4 日目以降 30 分未満の場合 243 点
--	-------------------------------

点数マスタ

180040310	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分以上） （同日２人）	575 点
180040410	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分未満） （同日２人）	440 点
180040510	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分以上） （同日２人）	675 点
180040610	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分未満） （同日２人）	525 点
180040710	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分以上） （同日３人以上）	288 点
180040810	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分未満） （同日３人以上）	220 点
180040910	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分以上） （同日３人以上）	338 点
180041010	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分未満） （同日３人以上）	263 点
180041110	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分以上） （同日２人）	525 点
180041210	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分未満） （同日２人）	400 点
180041310	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分以上） （同日２人）	625 点
180041410	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分未満） （同日２人）	485 点
180041510	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分以上） （同日３人以上）	263 点
180041610	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分未満） （同日３人以上）	200 点
180041710	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分以上） （同日３人以上）	313 点
180041810	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分未満） （同日３人以上）	243 点
180041970	精神科複数回訪問加算（１日に２回）	450 点
180042070	精神科複数回訪問加算（１日に３回以上）	800 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

【注の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

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

【注の追加】

現 行	改 正
（追加）	注 12 1及び3については、区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

点数マスタ

180041970	精神科複数回訪問加算（1日に2回）	450点
180042070	精神科複数回訪問加算（1日に3回以上）	800点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

I O 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	I O 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回） 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 1,800 点 ロ 同一建物居住者の場合 (1) 特定施設等に入居する者の場合 900 点 (2) (1)以外の場合 450 点 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2 イ 同一建物居住者以外の場合 1,480 点 ロ 同一建物居住者の場合 (1) 特定施設等に入居する者の場合 740 点 (2) (1)以外の場合 370 点 注 1 1 のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難な患者に対して、1 のロの(1)については、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 20 項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、1 のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、6 月に限り、当該患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 2 2 のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者

	（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、2の口の（1）については、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、2の口の（2）については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。 3 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、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、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。 4 精神科重症患者早期集中支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。
--	--

180042110	精神科重症患者早期集中支援管理料 1（同一建物 居住以外）	1,800 点
180042210	精神科重症患者早期集中支援管理料 1（同一建物 居・特定施設等）	900 点
180042310	精神科重症患者早期集中支援管理料 1（同一建物 居・特定施設等以外）	450 点
180042410	精神科重症患者早期集中支援管理料 2（同一建物 居住以外）	1,480 点
180042510	精神科重症患者早期集中支援管理料 2（同一建物 居・特定施設等）	740 点
180042610	精神科重症患者早期集中支援管理料 2（同一建物 居・特定施設等以外）	370 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3361	精神科重症患者早期集中支援管理料
------	------------------

チェック

- ① 月 1 回の算定チェックを行います。
② 注 3 について併算定チェックを行います。

12 第 9 部 処置

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置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処置を行った場合において、当該処置の所定点数が 150 点以上のときの処置の費用は、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する。ただし、区分番号 A O O O に掲げる初診料の注 5 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数を加算する。	5 緊急のために休日に処置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処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ 処置の所定点数が 1,000 点以上の場合であって、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合 (1) 休日加算 1 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数 (2) 時間外加算 1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 (3) 深夜加算 1

	所定点数の 100 分の 160 に相当する 点数 (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分 番号 A O O O に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療 機関において、入院中の患者以外の 患者に対して、その開始時間が同注 のただし書に規定する時間である 処置を行った場合 所定点数の 100 分の 80 に相当する 点数 □ 処置の所定点数が 150 点以上の場合で あって、入院中の患者以外の患者に対 して行われる場合（イに該当する場合を除 く。） (1) 休日加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する 点数 (2) 時間外加算 2 所定点数の 100 分の 40 に相当する 点数 (3) 深夜加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する 点数 (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分 番号 A O O O に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療 機関において、その開始時間が同注 のただし書に規定する時間である 処置を行った場合 所定点数の 100 分の 40 に相当する 点数
--	---

時間外加算等 1

点数マスタ

140055290	休日加算 1（1000 点以上）（処置）	160%加算
140055390	時間外加算 1（1000 点以上）（処置）	80%加算
140055490	深夜加算 1（1000 点以上）（処置）	160%加算
140055590	時間外特例加算 1（1000 点以上）（処置）	80%加算

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3362	医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処 置の休日加算 1
3363	医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処

	置の時間外加算 1
3364	医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の深夜加算 1

- ② 時間外加算等 1 を算定する診療科は、システム管理の「1005 診療科目情報」から算定有無の設定をします。

(w05)システム管理情報-診療科目設定 - 医療法人 オルカ医院 [ormaster]

00000000 ~ 99999999

診療科コード 01

診療科名 内科

短縮名 1 内科

短縮名 2 内科

短縮名 3 内

レセ電診療科コード 01 内科

☒ 処置時間外加算等 1 算定

☒ 手術時間外加算等 1 算定

戻る 削除 登録

- ③ 1000 点以上の処置の診療コードを入力すると、時間加算区分、施設基準、診療科の要件をみたす場合は、該当する時間外加算等 1 の加算マスタを自動発生します。要件をみたさない場合は、時間外加算等 2 を自動発生します。
- ④ 150 点以上 1000 点未満の処置の診療コードの場合は、時間外加算等 2 の加算マスタを自動発生します。
- ⑤ 時間外加算等 1 が自動発生した後で、時間外加算等 2（医療機関の都合等の理由による場合など算定要件をみたさない場合）を算定する場合は、時間外加算等 2 の加算コードを入力すると置き換えます。

自動発生した時間外加算等を手入力により変更した場合は、その後で時間加算区分を消去した場合、又は診療科を変更した場合であっても時間外加算等はそのままとなります。

第 1 節 処置料

J000 創傷処置

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 3 5 については、6 歳未満の乳幼児の場合

	合は、50 点を加算する。
--	---------------

6,000 平方センチメートル以上については、6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算します。

算定方法

- ① 算定日の年齢から自動発生します。

J001 熱傷処置

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 4 及び 5 については、6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。

3,000 平方センチメートル以上については、6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算します。

算定方法

- ① 算定日の年齢から自動発生します。

J003 局所陰圧閉鎖処置（1 日につき）

【名称の見直し】

現 行	改 正
局所陰圧閉鎖処置（1 日につき）	局所陰圧閉鎖処置（入院）（1 日につき）

J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1 日につき）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1 日につき） 1 100 平方センチメートル未満 240 点 2 100 平方センチメートル以上 200 平方センチメートル未満 270 点 3 200 平方センチメートル以上 330 点 注 初回の貼付に限り、1 にあつては 1,690 点を、2 にあつては 2,650 点を、3 にあつては 3,300 点を、それぞれ所定点数に加算する。

点数マスタ

140054510	局所陰圧閉鎖処置（入院外）（100cm ² 以上）	270 点
140054610	局所陰圧閉鎖処置（入院外）（200cm ² 以上）	330 点

J007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

【点数の見直し】

現 行	改 正
150 点	220 点

J 0 1 7 - 2 リンパ管腫局所注入**【注の新設】**

現 行	改 正
(新設)	注 6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。

算定方法

- ① 算定日の年齢から自動発生します。

J 0 3 4 - 2 E Dチューブ挿入術**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	J 0 3 4 - 2 E Dチューブ挿入術 180 点

点数マスタ

140054710	E Dチューブ挿入術	180 点
-----------	------------	-------

J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）**【点数の見直し】**

現 行	改 正
1 慢性維持透析を行った場合 イ 4 時間未満の場合 2, 040 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2, 205 点 ハ 5 時間以上の場合 2, 340 点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2, 255 点	1 慢性維持透析を行った場合 イ 4 時間未満の場合 2, 030 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2, 195 点 ハ 5 時間以上の場合 2, 330 点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2, 245 点

J 0 4 2 腹膜灌流（1日につき）**【注の追加】**

現 行	改 正
(追加)	注 2 6 歳未満の乳幼児の場合は、導入期の 14 日の間又は 15 日目以降 30 日目までの間に限り、注 1 の規定にかかわらず、それぞれ 1 日につき 1, 000 点又は 500 点を加算する。

点数マスタ

140054850	腹膜灌流（乳幼児）加算（1 4 日間）	1, 000 点
140054950	腹膜灌流（乳幼児）加算（1 5 日目以降 3 0 日目）	500 点

算定方法

- ① 期間による自動発生及びチェックは行いませんので、加算コードを入力して算定してください。

Ｊ０４３－３ ストーマ処置（１日につき）

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 3 6歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。

算定方法

- ① 算定日の年齢から自動発生します。

Ｊ０４４ 救命のための気管内挿管

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 6歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。

算定方法

- ① 算定日の年齢から自動発生します。

Ｊ０４７－２ 心腔内除細動

【新設】

現 行	改 正
(新設)	Ｊ０４７－２ 心腔内除細動 3,500 点

点数マスタ

140055010	心腔内除細動	3,500 点
-----------	--------	---------

Ｊ０７０－４ 磁気による膀胱等刺激法

【新設】

現 行	改 正
(新設)	７０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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

点数マスタ

140055110	磁気による膀胱等刺激法	70 点
-----------	-------------	------

記載要領

- ① 初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載することとされました。

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3365	磁気による膀胱等刺激法
------	-------------

- ② 初回実施日、初回からの通算実施日をレセプトに記載するため、初回に算定した日又は1クール（6週間／クール）毎に初めて算定した日には新たな初回実施日（起算日）として以下を入力します。

システム予約

099400001	磁気による膀胱等刺激法開始日
-----------	----------------

チェック

- ① 週2回の算定チェックを行います。

13 第10部 手術

通則

【通則の見直し】

現 行	改 正
4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K136-2、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254の1、K280-2、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K800-3、K803-2、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3及びK910-2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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K022の1、K059の4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K280-2、K281-2、K328からK328-3まで、K340-7、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K476-4、K514-4、K514-6、K546、K548、K549、K555-2、K562-2、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-4、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、

	K803-3、K823-5、K841-4、K843-2、K843-3、K879-2、K910-2及びK910-3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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
--	--

【通則の見直し】

現 行	改 正
7 区分番号K138、K142の6、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、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913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。	7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、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K281まで、K282、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、K574からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913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。

【通則の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術(区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置を除く。)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又は100分の50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。	8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術(区分番号K618に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。)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又は100分の50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。
--	--

【通則の見直し】

現 行	改 正
12 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5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5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100分の40に相当する点数を加算する。	12 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及び区分番号K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。)を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合 (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数 (2) 時間外加算1(入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の100分の80に相当する点数 (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数 (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数 ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合

	(1) 休日加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 (2) 時間外加算 2 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数 (3) 深夜加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A O O O に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数
--	--

時間外加算等 1

点数マスタ

150371290	休日加算 1 (手術)	160%加算
150371390	時間外加算 1 (手術)	80%加算
150371490	深夜加算 1 (手術)	160%加算
150371590	時間外特例医療機関加算 1 (手術)	80%加算

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3397	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の休日加算 1
3398	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の時間外加算 1
3399	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の深夜加算 1

- ② 時間外加算等 1 を算定する診療科は、システム管理の「1005 診療科目情報」から算定有無の設定をします。

(w05)システム管理情報-診療科目設定 - 医療法人 オルカ医院 [ormaster]

00000000 ~ 99999999

診療科コード 01

診療科名 内科

短縮名 1 内科

短縮名 2 内科

短縮名 3 内

レセ電診療科コード 01 内科

☒ 処置時間外加算等 1 算定

☒ 手術時間外加算等 1 算定

戻る 削除 登録

- ③ 手術の診療コードを入力すると、時間加算区分、施設基準、診療科の要件をみたす場合は、該当する時間外加算等 1 の加算マスタを自動発生します。要件をみたさない場合は、時間外加算等 2 を自動発生します。
- ④ 時間外加算等 1 が自動発生したが、時間外加算等 2（医療機関の都合等の理由による場合など算定要件をみたさない場合）を算定する場合は、時間外加算等 2 の加算コードを入力すると置き換えます。

自動発生した時間外加算等を手入力により変更した場合は、その後で時間加算区分を消去した場合、又は診療科を変更した場合であっても時間外加算等はそのままとなります。

【通則の追加】

現 行	改 正
(追加)	16 区分番号 K 6 6 4 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厚生局長等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。

経過措置

平成 27 年 4 月 1 日から実施となります。平成 27 年 3 月 31 日までは所定点数を算定でき

ます。

【通則の追加】

現 行	改 正
(追加)	17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に、第 6 款（顔面・口腔・頸部）、第 7 款（胸部）及び第 9 款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150371690	周術期口腔機能管理後手術加算（手術）	100 点
-----------	--------------------	-------

第 1 節 手術料

第 1 款 皮膚・皮下組織

K 0 0 2 デブリードマン

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 4 水圧式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき 1 回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500 点を所定点数に加算する。

K 0 1 7 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

【項目の見直し】

点数マスタ

150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	84,050 点
150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）	84,050 点

K 0 2 2 組織拡張器による再建手術(一連につき)

【項目の見直し】

点数マスタ

150371910	組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））	17,580 点
150372010	組織拡張器による再建手術（その他）	17,580 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3366	組織拡張器による再建手術
------	--------------

第 2 款 筋骨格系・四肢・体幹

K 0 5 4 骨切り術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）	6,000 点
-----------	----------------------	---------

K 0 5 7 変形治癒骨折矯正手術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、6,000 点を所定点数に加算する。

K 0 5 9 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

算定方法

- ① 自家培養軟骨移植術を算定する場合は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3367	骨移植術（軟骨移植術を含む。）
------	-----------------

K 1 4 2 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

【注の見直し】

現 行	改 正
注 椎間又は椎弓が併せて 2 以上の場合は、1 椎間又は 1 椎弓を増すごとに、その術式ごとにそれぞれ所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて 4 を超えないものとする。	注 1 椎間又は椎弓が併せて 2 以上の場合は、1 椎間又は 1 椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて 4 を超えないものとする。 2 2 から 4 までに掲げる手術の所定点数には、注 1 の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る 5 及び 6 に掲げる手術の所定点数が含まれる。

第 3 款 神経系・頭蓋

K 1 5 4 - 3 定位脳腫瘍生検術

【新設】

点数マスタ

150372210	定位脳腫瘍生検術	18,220 点
-----------	----------	----------

K 1 6 4－5 内視鏡下脳内血腫除去術

【新設】

点数マスタ

150372310	内視鏡下脳内血腫除去術	33,820 点
-----------	-------------	----------

K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 1 脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	4,500 点
-----------	---------------	---------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3368	脳腫瘍覚醒下マッピング加算
------	---------------

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対し P D T 半導体レーザを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、10,000 点を所定点数に加算する。

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3369	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
------	------------------

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に 8,030 点を加算する。	注 2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060 点を所定点数に加算する。

K 1 7 8－4 経皮的脳血栓回収術

【新設】

点数マスタ

150372510	経皮的脳血栓回収術	30,230 点
-----------	-----------	----------

K 1 8 3 - 2 空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症に対するもの）

【新設】

点数マスタ

150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）	23,490 点
-----------	----------------------	----------

K 1 9 0 - 6 仙骨神経刺激装置植込術

【新設】

点数マスタ

150372710	仙骨神経刺激装置植込術	40,280 点
-----------	-------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3370	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
------	--------------------------

K 1 9 0 - 7 仙骨神経刺激装置交換術

【新設】

点数マスタ

150372810	仙骨神経刺激装置交換術	13,610 点
-----------	-------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3370	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
------	--------------------------

第 4 款 眼**K 2 6 0 - 2 羊膜移植術**

【新設】

点数マスタ

150372910	羊膜移植術	6,750 点
-----------	-------	---------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3371	羊膜移植術
------	-------

K 2 6 8 緑内障手術

【項目の見直し】

点数マスタ

150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術） （プレートあり）	45,480 点
-----------	------------------------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3372	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
------	-----------------------------------

K 2 8 1 - 2 網膜再建術

【新設】

点数マスタ

150373110	網膜再建術	69,880 点
-----------	-------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3373	網膜再建術
------	-------

第 5 款 耳鼻咽喉

K 3 4 0 - 3 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）

【新設】

点数マスタ

150373210	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）	3,600 点
-----------	--------------------------	---------

K 3 4 0 - 4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 3 4 0 - 4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術） 10,000 点 注 自家腸骨片を充填した場合は 3,150 点を加算する。

点数マスタ

150373310	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）	10,000 点
150380370	自家腸骨片充填加算（内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型）	3,150 点

K 3 4 0 - 5 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）

【新設】

点数マスタ

150373510	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	24,500 点
-----------	------------------------------	----------

K 3 4 0 - 6 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）

【新設】

点数マスタ

150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）	31,990 点
-----------	-----------------------	----------

K 3 4 0 - 7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）

【新設】

点数マスタ

150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術 5 型（拡大副鼻腔手術）	40,000 点
-----------	--------------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3376	内視鏡下鼻・副鼻腔手術 5 型（拡大副鼻腔手術）
------	--------------------------

K 3 5 5 鼻内前頭洞根治手術

点数マスタ

150380470	自家腸骨片充填加算（鼻内前頭洞根治手術）	3,150 点
-----------	----------------------	---------

K 3 5 6 - 2 鼻外前頭洞手術

【新設】

点数マスタ

150373810	鼻外前頭洞手術	16,290 点
-----------	---------	----------

第 6 款 顔面・口腔・頸部**K 4 5 0 唾石摘出術（一連につき）**

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 2 又は 3 の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150373970	唾石摘出術内視鏡加算	1,000 点
-----------	------------	---------

第 7 款 胸部**K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術**

算定方法

- ① 注加算点数を算定する場合は、システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3378	乳がんセンチネルリンパ節加算 1
3379	乳がんセンチネルリンパ節加算 2

K 4 7 6 - 4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)

【新設】

点数マスタ

150374010	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	25,000 点
-----------	--------------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3377	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
------	--------------------------

K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 5 0 2 - 4 拡大胸腺摘出術 31,710 点 注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。

点数マスタ

150374110	拡大胸腺摘出術	31,710 点
-----------	---------	----------

K 5 0 2 - 5 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 5 0 2 - 5 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術 58,950 点 注 重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。

点数マスタ

150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	58,950 点
-----------	-------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 5 0 4 - 2 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術

【新設】

点数マスタ

150374310	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	58,950 点
-----------	--------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 5 0 9 - 4 気管支瘻孔閉鎖術

【新設】

点数マスタ

150374410	気管支瘻孔閉鎖術	4,560 点
-----------	----------	---------

K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術

【項目の追加】

現 行	改 正
(追加)	9 胸膜肺全摘 92,000 点 注 9については、悪性びまん性胸膜中皮腫

	に対して実施した場合に限り算定する。
--	--------------------

点数マスタ

150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）	92,000 点
-----------	----------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 5 2 5－3 非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施するもの）

【新設】

点数マスタ

150374610	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）	69,690 点
-----------	----------------------	----------

K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

【新設】

点数マスタ

150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）	125,240 点
150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）	104,190 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

第 8 款 心・脈管**K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術**

【項目の見直し】

点数マスタ

150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）	32,000 点
150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）	22,000 点
150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）	19,300 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3380	経皮的冠動脈形成術
------	-----------

K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

【項目の見直し】

点数マスタ

150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）	34,380 点
150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）	24,380 点
150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	21,680 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3381	経皮的冠動脈ステント留置術
------	---------------

K 5 5 5 - 2 経皮的大動脈弁置換術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 5 5 5 - 2 経皮的大動脈弁置換術 37,430 点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 5 5 7 - 3 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号 K 5 5 5 弁置換術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150375570	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（1 弁）	42,750 点
150375670	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（2 弁）	50,100 点
150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（3 弁）	57,255 点

K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号 K 5 5 5 弁置換術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（1 弁）	42,750 点
150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（2 弁）	50,100 点
150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（3 弁）	57,255 点

K 5 6 2 - 2 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

【新設】

点数マスタ

150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400 点
-----------	--------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3382	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
------	--------------

K 5 7 1 肺静脈還流異常症手術

【項目の見直し】

点数マスタ

150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）	109,310 点
150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）	129,310 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 5 8 1 肺動脈閉鎖症手術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 2 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）	50%加算
-----------	-----------------------	-------

K 5 8 3 大血管転位症手術

【注の新設】

現 行	改 正
(新設)	注 4 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）	50%加算
-----------	-----------------------	-------

K 5 8 4 修正大血管転位症手術**【注の新設】**

現 行	改 正
(新設)	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）	50%加算
-----------	-------------------------	-------

K 5 8 6 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術**【注の新設】**

現 行	改 正
(新設)	注 2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

点数マスタ

150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）	50%加算
-----------	-----------------------------	-------

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術**【注の追加】**

現 行	改 正
(追加)	注 2 磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、5,000点を所定点数に加算する。

K 6 1 5 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）**【項目の追加】**

点数マスタ

150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	18,220点
-----------	---------------------------------	---------

K 6 1 7 - 5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	K 6 1 7 - 5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 10,200点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

点数マスタ

150376910	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	10,200 点
-----------	-------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3383	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
------	-------------------

K 6 2 7 - 3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 6 2 7 - 3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 26,460 点 注 泌尿器がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

点数マスタ

150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	26,460 点
-----------	--------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3384	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
------	--------------------

K 6 2 7 - 4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 6 2 7 - 4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 39,720 点 注 精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

点数マスタ

150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	39,720 点
-----------	--------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3385	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
------	--------------------

第 9 款 腹部**K 6 4 2 - 3 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術**

【新設】

点数マスタ

150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30,310 点
-----------	-----------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3386	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
------	-----------------

K 6 4 3 - 2 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

【新設】

点数マスタ

150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	50,610 点
-----------	------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3387	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
------	------------------

K 6 4 9 - 2 腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術

【新設】

点数マスタ

150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）	15,900 点
150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術	15,900 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局所切除術

【項目の見直し】

点数マスタ

150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）	26,500 点
150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）	20,400 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 6 5 5 - 5 腹腔鏡下噴門側胃切除術

【新設】

点数マスタ

150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）	44,270 点
150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	75,730 点

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 6 5 6 - 2 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

【新設】

点数マスタ

150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）	36,410 点
-----------	-------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3388	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
------	------------------------

K 6 6 5－2 胃瘻拔去術

【新設】

点数マスタ

150378110	胃瘻拔去術	2,000 点
-----------	-------	---------

K 6 9 7－2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

【項目の見直し】

点数マスタ

150378210	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）	18,710 点
150378310	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）	17,410 点

K 6 9 7－3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

【項目の見直し】

点数マスタ

150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）	16,300 点
150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	15,000 点
150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）	23,260 点
150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	21,960 点

K 6 9 9－2 体外衝撃波膵石破碎術（一連につき）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 6 9 9－2 体外衝撃波膵石破碎術（一連につき） 19,300 点 注 破碎した膵石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的膵石除去加算として、一連につき1回に限り5,640点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150378870	内視鏡的膵石除去加算	5,640 点
-----------	------------	---------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3192	体外衝撃波膵石破碎術
------	------------

第 10 款 尿路系・副腎**K 7 5 5－2 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）**

【新設】

点数マスタ

150378910	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）	47,030 点
-----------	----------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 7 6 9－3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3389	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
------	---------------

K 7 7 2－3 腹腔鏡下小切開腎摘出術

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3390	腹腔鏡下小切開腎摘出術
------	-------------

K 7 7 3－3 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3391	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
------	--------------------

K 7 8 5－2 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術

【新設】

点数マスタ

150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	31,040 点
-----------	----------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3392	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
------	----------------

K 8 0 2－4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術

【新設】

点数マスタ

150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710 点
-----------	----------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3393	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
------	----------------

K 8 0 2 - 5 腹腔鏡下膀胱部分切除術

【新設】

点数マスタ

150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術	14,710 点
-----------	-------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 8 0 2 - 6 腹腔鏡下膀胱脱手術

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 8 0 2 - 6 腹腔鏡下膀胱脱手術 34,980 点 注 メッシュを使用した場合に算定する。

点数マスタ

150379310	腹腔鏡下膀胱脱手術	34,980 点
-----------	-----------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

K 8 0 3 - 3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

【新設】

点数マスタ

150379410	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	87,380 点
-----------	-----------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3394	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
------	-----------------

K 8 0 4 - 2 腹腔鏡下尿膜管摘出術

【新設】

点数マスタ

150379510	腹腔鏡下尿膜管摘出術	15,050 点
-----------	------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3181	手術（医科通則 5・6、歯科通則 4）
------	---------------------

第 11 款 性器**K 8 4 1 経尿道的前立腺手術**

【項目の見直し】

点数マスタ

150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）	20,400 点
150379710	経尿道的前立腺手術（その他）	18,500 点

K 8 7 9－2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

【新設】

点数マスタ

150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がん）	70,200 点
-----------	---------------------	----------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3395	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）
------	-------------------------

K 8 8 5－2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術

【新設】

点数マスタ

150379910	経皮的卵巣嚢腫内容排除術	1,490 点
-----------	--------------	---------

K 9 1 0－3 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 9 1 0－3 胎児胸腔・羊水腔シャント術 (一連につき) 10,800 点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は 算定しない。

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3396	胎児胸腔・羊水腔シャント術
------	---------------

第 2 節 輸血料**K 9 2 0－2 輸血管理料**

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	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厚生局 長等に届け出た保険医療機関において 貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯 血式自己血輸血管理体制加算として、50 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

150380070	貯血式自己血輸血管理体制加算	50 点
-----------	----------------	------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3400	貯血式自己血輸血管理体制加算（輸血管理料）
------	-----------------------

第3節 手術医療機器等加算**K930 脊髄誘発電位測定等加算**

【項目の見直し】

点数マスタ

150380670	脊髄誘発電位測定等加算（脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術）	3,130 点
150380770	脊髄誘発電位測定等加算（甲状腺又は副甲状腺の手術）	2,500 点

チェック

- ① 該当手術に対し算定要件を満たさない場合はエラーとなります。

【注の削除】

現 行	改 正
注 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定等を行った場合に算定する。	（削除）

K934 副鼻腔手術用内視鏡加算

【注の見直し】

現 行	改 正
注 区分番号K349からK365までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。	注 区分番号K350からK352まで、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

チェック

- ① 該当手術に対し算定要件を満たさない場合はエラーとなります。

K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

【注の見直し】

現 行	改 正
注 区分番号K349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。	注 区分番号K340-3からK340-7及びK349からK365までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

チェック

- ① 該当手術に対し算定要件を満たさない場合はエラーとなります。

K936 自動縫合器加算

【注の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

注 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K654-3からK655-2まで、K655-4、K657、K657-2、K702からK703まで、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	注 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K525、K529、K531からK532-2まで、K654-3の2からK655-2まで、K655-4、K657、K657-2、K674、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K695の4からK695の7まで、K696、K702からK703まで、K705、K706、K711-2、K716、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K739、K739-3、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
---	---

K936-2 自動吻合器加算**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 区分番号K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。	注 区分番号K522-3、K525、K529、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K939 画像等手術支援加算**【注の見直し】**

現 行	改 正
1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK36	1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K3

5 まで、K 6 9 5、K 6 9 5－2 及び K 6 9 7－4 に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	4 2、K 3 4 3、K 3 4 9 から K 3 6 5 まで、K 6 9 5、K 6 9 5－2 及び K 6 9 7－4 に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
--	---

【項目の追加】

現 行	改 正
(追加)	3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000 点 注 区分番号 K 0 8 2 及び K 0 8 2－3 に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

点数マスタ

150380170	画像等手術支援加算（患者適合型手術支援ガイド）	2,000 点
-----------	-------------------------	---------

チェック

- ① 該当手術に対し算定要件を満たさない場合はエラーとなります。

K 9 3 9－5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

【新設】

現 行	改 正
(新設)	K 9 3 9－5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 2,500 点 注 1 区分番号 K 6 6 4 に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。 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厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。

点数マスタ

150380510	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500 点
-----------	---------------	---------

改定実施日

施設基準不適合の減算規定については、平成 27 年 4 月 1 日から実施のためシステム対応は平成 27 年 3 月を予定しています。

1 4 第 1 1 部 麻酔

第 1 節 麻酔料

L 0 0 1 - 2 静脈麻酔

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 短時間のもの 120 点	1 短時間のもの 120 点
2 十分な体制で行われる長時間のもの 600 点	2 十分な体制で行われる長時間のもの（単 純な場合） 600 点
	3 十分な体制で行われる長時間のもの（複 雑な場合） 800 点

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	注 1 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対して静 脈麻酔を行った場合は、所定点数にそれ ぞれ所定点数の 100 分の 10 に相当する 点数を加算する。
(追加)	注 2 3 については、静脈麻酔の実施時間が 2 時間を超えた場合は、100 点を所定点 数に加算する。

点数マスタ

150370710	静脈麻酔（十分な体制で行われる長時間のもの） （複雑）	800 点
150370870	幼児加算（静脈麻酔）	10%加算
150370970	静脈麻酔実施時間加算（2 時間を超えた場合）	100 点

算定方法

- ① 幼児加算は算定日の年齢から自動発生します。
- ② 静脈麻酔実施時間加算は静脈麻酔の下に加算コードを入力します。
静脈麻酔
静脈麻酔実施時間加算
年齢加算等（未熟児や 3 歳未満の通則加算、幼児加算）〔自動発生〕
時間外加算等〔自動発生〕
※自動発生した年齢加算等の下に静脈麻酔実施時間加算を入力すると順番が入れ替
わります。
- ③ 幼児加算の点数算定
（所定点数＋（所定点数×年齢加算））×時間外加算
3 歳未満までは
所定点数＋（所定点数×年齢加算）＋（所定点数×時間外加算）

算定ルール

- ① 注 1 の所定点数は注 2 の加算点数を合算した点数とします。

L 0 0 8－3 経皮的体温調節療法（１日につき）**【新設】**

現 行	改 正
(新設)	L 0 0 8－3 経皮的体温調節療法（１日につき） 5,000 点

点数マスタ

150371010	経皮的体温調節療法	5,000 点
-----------	-----------	---------

L 0 0 9 麻酔管理料（Ⅰ）**【注の追加】**

現 行	改 正
(追加)	注 4 区分番号 K 0 1 7、K 0 2 0、K 1 3 6－2、K 1 5 1－2、K 1 7 5 の 2、K 3 7 9－2 の 2、K 3 9 5、K 5 5 8、K 5 6 0 の 3 の イ、K 5 6 0 の 3 の ロ、K 5 6 0 の 3 の ハ、K 5 6 0 の 5、K 5 7 9－2 の 2、K 5 8 1 の 3、K 5 8 2 の 3、K 5 8 4 の 2、K 6 0 5－2、K 6 0 5－4、K 6 4 5、K 6 7 5 の 5、K 6 7 7－2 の 1、K 6 9 7－5、K 6 9 7－7 及び K 8 0 1 の 1 に掲げる手術に当たって、区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が 8 時間を越えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

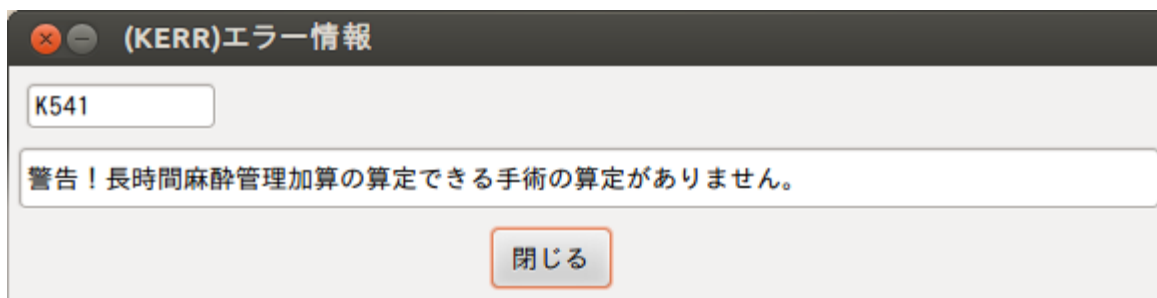
150371170	長時間麻酔管理加算	7,500 点
-----------	-----------	---------

算定方法

- ① 麻酔管理料の下に加算コードを入力します。

チェック

- ① 現在 150279110 麻酔管理料 1（閉鎖循環式全身麻酔）の場合のみ算定可能です。
 ② 同一会計内に長時間麻酔管理加算が算定可能な手術の算定がない場合は警告となります。



15 第12部 放射線治療

MOO1 体外照射

【項目の削除】

現 行	改 正
1 エックス線表在治療 イ～ロ (略)	1 エックス線表在治療 イ～ロ (略)
2 コバルト 60 遠隔大量照射 イ 1回目 250 点 ロ 2回目 75 点	
3 高エネルギー放射線治療 イ～ロ (略)	2 高エネルギー放射線治療 イ～ロ (略)
4 強度変調放射線治療 (IMRT) イ～ロ (略)	3 強度変調放射線治療 (IMRT) イ～ロ (略)

【注の追加】

現 行	改 正
(追加)	2 高エネルギー放射線治療 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1門照射又は対向2門照射により、1回の線量が2Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

点数マスタ

180043270	1回線量増加加算	460点
-----------	----------	------

算定方法

- ① システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3401	1回線量増加加算
------	----------

【注の見直し】

現 行	改 正
注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。	注2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、5,000点を所定点数に加算する。

MOO1-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

【点数の見直し】

現 行	改 正
1 定位放射線治療の場合 63,000点	63,000点

2	1 以外の場合	6,720 点	8,000 点
---	---------	---------	---------

MOO4 密封小線源治療（一連につき）**【項目の削除】**

現 行	改 正
2 腔内照射 イ（略） ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた 場合 500 点 ハ（略）	2 腔内照射 イ（略） ロ（略）

16 第13部 病理診断**第1節 病理標本作製料****NOO2 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製****【項目の追加】**

現 行	改 正
1 エストロゲンレセプター 720 点	1 エストロゲンレセプター 720 点
2 プロジェステロンレセプター 690 点	2 プロジェステロンレセプター 690 点
3 HER2タンパク 690 点	3 HER2タンパク 690 点
4 EGFRタンパク 690 点	4 EGFRタンパク 690 点
5 その他（1臓器につき） 400 点	5 CCR4タンパク 10,000 点
	6 その他（1臓器につき） 400 点

点数マスタ

160200650	CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）	10,000 点
-----------	-----------------------	----------

NOO4 細胞診（1部位につき）**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に 85 点を加算する。	注 1 1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18 点を所定点数に加算する。 2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85 点を所定点数に加算する。

点数マスタ

160202870	婦人科材料等液状化検体細胞診加算	18 点
-----------	------------------	------

算定要件

- ① 「婦人科材料等によるもの」に対する加算
 ② 「液状化検体細胞診加算」は「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」に対する加算

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製

【新設】

現 行	改 正
(新設)	N005-2 ALK融合遺伝子標本作製 6,520 点

点数マスタ

160200750	ALK融合遺伝子標本作製	6,520 点
-----------	--------------	---------

17 改定対応実施日が平成26年4月1日でないものについて

改定内容	実施日	対応予定月
初再 低紹介率大病院の初診料・外来診療料	平成27年4月1日	平成27年3月
低受結率の初診料・再診料、外来診療料	平成27年1月1日	平成26年12月
投薬 向精神薬多剤投与の減算規定	平成26年10月1日	平成26年9月
低紹介率大病院の処方料等の減算規定	平成27年4月1日	平成27年3月
精神 向精神薬多剤投与の減算規定	平成26年10月1日	平成26年9月
手術 胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定	平成27年4月1日	平成27年3月

18 消費税税率改正について（消費税8%対応）

平成26年4月1日以降の消費税8%対応を行いました。

（1）診療行為入力時の自費コードの取り扱いについて

診療行為コード範囲	診療種別区分 ・ 950 宣言時	診療種別区分 ・ 960 宣言時	診療種別区分 宣言なし
095000001～ 095999999 点数マスタ金額設定あり	消費税計算なし	消費税計算あり 【注1】	消費税計算なし
096000001～ 096999999 点数マスタ金額設定あり 金額内容（0：税抜き）	消費税計算なし	消費税計算あり 【注1】	消費税計算あり 【注1】
096000001～ 096999999 点数マスタ金額設定あり 金額内容（4：税込み）	入力不可	消費税計算なし 【注2】	消費税計算なし 【注2】
095000001～ 095999999 096000001～ 096999999 点数マスタ金額設定なし （金額ゼロ円設定）	消費税計算なし	消費税計算なし 【注3】	095xxxxxx 消費税計算なし 096xxxxxx 消費税計算なし 【注3】

※各診療行為コード範囲の取り扱いに変更はありません。(従来通り)

【注 1】平成 26 年 4 月 1 日以降は、税率 8 % で消費税計算を行います。

点数マスタ設定金額 $\times 0.08$ = 消費税

点数マスタ設定金額 + 消費税 = 税込み金額

<重要>

消費税の 1 円未満端数処理は、システム管理 1001「医療機関情報－基本」の消費税端数区分設定に準じて行います。(補足：(※ 1) 参照)

【注 2】「点数マスタに設定された金額」=「消費税を含んだ金額」として取り扱います。

<重要>

事前に、点数マスタの有効期間を「平成 26 年 3 月 31 日まで」と「平成 26 年 4 月 1 日以降」に区切り、平成 26 年 4 月 1 日以降の金額については、【消費税 8 %】を含んだ金額に変更が必要です。(補足：(※ 2) 参照)

【注 3】診療行為入力画面で入力された金額は、「消費税を含んだ金額」として取り扱います。

<重要>

平成 26 年 4 月 1 日以降の金額入力については、【消費税 8 %】を含んだ金額入力が必要です。

補足：

(※１) システム管理 1001「医療機関情報－基本」の消費税端数区分設定について

(W02)システム管理情報-医療機関情報入力 - ORCA病院 [ormaster]

有効期間 H26. 4. 1 ~ 99999999

基本情報 連絡先情報 広告情報 割引率情報 減免事由情報 状態コメント情報 請求書自費名称情報 診療内容情報 入金方法情報 予約内容

都道府県番号 13 東京

点数表 1 医科

医療機関コード 1311111

医療機関種別 1 病院

医療機関ID JPN130123456789

医療機関名称 ORCA病院 短縮医療機関名称

開設者名 日医

管理者氏名(院長) 日医

病床数(許可) 30

病床数(一般) 30

老人支払区分 2 定額

旧総合病院フラグ 0 旧総合病院でない

院外処方区分 0 院内

医療機関コード(漢字) 1311111

分娩機関管理番号

請求書発行フラグ 0 発行しない

院外処方せん発行フラグ 0 発行しない

前回処方表示フラグ 1 表示しない

薬剤情報発行フラグ 0 発行しない

診療費明細書発行フラグ 0 発行しない

お薬手帳発行フラグ 0 発行しない

予約票発行フラグ 0 発行しない

データ収集作成フラグ 0 作成しない

データ収集提出方法区分 0 提出しない

ORCAサーベイランス区分 0 作成しない

減免計算対象区分 1 自費分を含む

請求額端数区分(減免有) 4 10円未満端数処理なし

請求額端数区分医保(減免無・保険分) 4 10円未満端数処理なし

(減免無・自費分) 0 保険分に準ずる

労災(減免無・保険分) 4 10円未満端数処理なし

(減免無・自費分) 0 保険分に準ずる

自賠責(減免無・保険分) 4 10円未満端数処理なし

(減免無・自費分) 0 保険分に準ずる

公害(減免無・自費分) 4 10円未満端数処理なし

第三者行為(減免無・保険分) 4 10円未満端数処理なし

(減免無・自費分) 0 保険分に準ずる

第三者行為(医療費)負担金額計算区分 2 負担金額10円未満端数処理なし

消費税端数区分 3 1円未満切り上げ

自費保険集計先区分

地方公費保険番号タブ区分 1 1円未満四捨五入

更生・育成限度額日割計算 2 1円未満切り捨て

3 1円未満切り上げ

戻る 削除

登録

消費税端数区分

- 1 1円未満四捨五入
- 2 1円未満切り捨て
- 3 1円未満切り上げ(有効開始日が平成26年4月1日以降の場合にコンボに表示を行い、選択を可能とします)

<重要>

平成26年4月1日以降の消費税端数区分を「1円未満切り上げ」で設定したい場合は、システム管理 1001 の有効期間を「平成26年3月31日まで」と「平成26年4月1日以降」に区切り、設定を行ってください。

(※ 2) 点数マスタの有効期間の区切り方について

通常

診療行為コード 096000010

文書料

選択番号 2

有効年月日 H25. 4. 1 ~ 99999999

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
01	H24. 4. 1	H25. 3. 31
02	H25. 4. 1	99999999

戻る クリア 前回CD リスト 期限切置換 検索 確定

※該当の診療行為コードを入力し、最新の有効期間を選択します。

改正

診療行為コード 096000010

文書料

選択番号 2

有効年月日 H26. 4. 1 ~ 99999999

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
01	H24. 4. 1	H25. 3. 31
02	H25. 4. 1	99999999

戻る クリア 前回CD リスト 期限切置換 検索 確定

※上部の【通常】ボタンを押下し、【改正】に切り替えます。有効開始年月日を「平成 26 年 4 月 1 日」に変更し、【確定】（F 1 2）ボタンを押下します。

(Z02)点数マスタ設定 - コメント設定 - ORCA病院 [ormaster]

096000010 文書料 ~

有効年月日 H26. 4. 1 ~ 99999999

カナ名称 プンショリョウ

漢字名称 文書料

正式名称

レセプト編集情報

	1	2	3	4
カラム位置	0	0	0	0
桁数	0	0	0	0

金額 1000

保険適用 2 保険適用外

点数欄集計先識別 (外来) 001 文書料

点数欄集計先識別 (入院) 001 文書料

金額内容 4 税込み

自賠責集計等取扱 (外来)

自賠責集計等取扱 (入院)

入力チェック区分 0

複写元コード

戻る 削除 入力CD 前回複写 検索 登録

※平成 26 年 4 月 1 日以降の金額を【消費税 8 %】を含んだ金額に変更し、【登録】(F 1 2) ボタンを押下します。

(Z01)点数マスタ設定 - ORCA病院 [ormaster]

通 常

診療行為コード 096000010

文書料

選択番号 3

有効年月日 H26. 4. 1 ~ 99999999

番号	有効開始年月日	有効終了年月日
01	H24. 4. 1	H25. 3. 31
02	H25. 4. 1	H26. 3. 31
03	H26. 4. 1	99999999

戻る クリア 前回CD リスト 期限切置換 検索 確定

※点数マスタの有効期間が
「平成 26 年 3 月 3 1 日まで」と「平成 26 年 4 月 1 日以降」に区切られます。

(2) 請求確認画面及び請求書兼領収書の消費税（再掲）について

消費税（再掲）は、課税対象額（消費税含む）から割り戻して求めます。（従来通り）

課税対象額（消費税含む）× 8 ÷ 108 = 消費税（再掲）

（消費税の 1 円未満端数処理は、消費税端数区分設定に準じて行います）

(3) 自賠償の文書料（09591XXXX、09592XXXX）の消費税について

システム管理 4001「労災自賠医療機関情報」の文書料消費税設定

「1 無し」の場合

消費税計算は行いません。

<重要>

「点数マスタに設定された金額」＝「消費税を含んだ金額」の場合、事前に、点数マスタの有効期間を区切り、平成 26 年 4 月 1 日以降の金額については、【消費税 8%】を含んだ金額に変更が必要です。

「2 有り」の場合

平成 26 年 4 月 1 日以降は、税率 8% で消費税計算を行います。

(4) 自賠償の特定器材等（09593XXXX）の消費税について

システム管理 4001「労災自賠医療機関情報」の特定器材等消費税設定

「1 無し」の場合

消費税計算は行いません。

<重要>

「点数マスタに設定された金額」＝「消費税を含んだ金額」の場合、事前に、点数マスタの有効期間を区切り、平成 26 年 4 月 1 日以降の金額については、【消費税 8%】を含んだ金額に変更が必要です。

「2 有り」の場合

平成 26 年 4 月 1 日以降は、税率 8% で消費税計算を行います。

（消費税計算対象外コードを除く）

(5) 請求書兼領収書及び診療費明細書の注意書きについて

厚生労働省の通知（保発 0305 第 2 号）にて、領収証（書）、診療費明細書の枠外に「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。」が追加されています。

これに伴い、請求書兼領収書及び診療費明細書に注意書きを追加しました。

注意書きの内容はプログラムオプションで変更が可能です。

プログラムオプション内容

項目名	内容	初期値
注意書き有効期間開始日	注意書きの表示を行う有効期間の開始日を設定します。	20140401
注意書き有効期間終了日	注意書きの表示を行う有効期間の終了日を設定します。	99999999
注意書き	注意書きの内容を設定します。 オプションの先頭に # をつけると、注意書きを非表示にします。	※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※有効期間の判断は日レセが起動しているサーバのマシン日付で判断します。
(日レセの環境設定のシステム日付ではありません。)

オプション提供時の初期値の設定では、4 月 1 日から
「※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。」の注意書きの表示を行うよう設定しています。

4 月 1 日以降の請求書兼領収書と診療費明細書の印刷イメージを次頁、次々頁に添付しましたので、参照ください。
印刷イメージの枠で囲った部分が今回追加した注意書きとなります。

請求書兼領収書（外来）（ORHC03V03A5）

No.	91	診療費請求書兼領収書	
診療日	平成26年 4月 1日	発行日	平成26年 4月 1日
氏名	日医 一郎	様	保険種類 協会
患者番号	00001	内科	負担割合 3割
	保 険 適 用	保 険 適 用 外	文書料
初・再診料	270点	円	円
医学管理等	点	円	円
在宅医療	点	円	円
投 薬	77点	円	円
注 射	点	円	円
処 置	点	円	円
手 術	点	円	円
麻 酔	点	円	円
検 査	点	円	円
画像診断	点	円	白 費 計
リハビリテーション	点	円	消費税（再掲）
精神科専門療法	点	円	公費一部負担金
放射線治療	点	円	調 整 金
病理診断	点	円	
入院料等	点	円	
	点	円	
合 計 点 数	347点		
保険分負担金額	1,040円	今回請求額	1,040円
保険適用外金額	円	消費税（再掲）	0円
消費税（再掲）	円	前回請求額	0円
		合計請求額	1,040円
		今回入金額	1,040円

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
 ※領収印は必ず捺印して下さい。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込2-28-16
 ORCA病院
 電話 03-1234-5678

領 収 印

MEMO

診療費明細書 (外来) (ORCHC04)

(注意書きオプションの設定及び初期値は請求書兼領収書と同じ内容です。)

[illegible]

19 向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）

改定内容

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に１回、向精神薬多剤投与の状況を別紙様式４０を用いて地方厚生（支）局長に報告する。

向精神薬多剤投与に係る報告書の提出が必要なのは、毎年6月1日～30日に受診した外来患者に対して向精神薬多剤投与を行った医療機関のみである。

平成 26 年度について

平成 26 年度も 6 月に受診した外来患者に関する状況を記載して提出する必要があるが、厚生局への提出は平成 26 年 9 月 30 日までとする。(平成 27 年度以降は、6 月に受診した外来患者に関する状況を記載して、各年 7 月 31 日までに厚生局に提出すること) 疑義解釈資料の送付について(その 7) 問 9 より

向精神薬多剤投与一覧の作成方法

- ① システム管理「3002 統計帳票出力情報(月次)」から統計プログラムを新規登録します。登録画面の「複写」ボタンをクリックし月次統計帳票一覧から“向精神薬投与患者一覧”を選択して登録します。
- ② 「52 月次統計」業務画面から①で登録した“向精神薬投与患者一覧”を選択します。診療年月パラメタは、未指定の場合は、処理月が 6 月以降であれば当年 6 月診療分を対象に処理を行います。CSV 出力パラメタは、“1”を指定すると CSV データを出力できます。

注意事項

向精神薬多剤投与患者一覧には、多剤投与の判定、向精神薬の分類に対する種類数、合計として対象患者数を計上しています。ただし、別紙様式 40 にそのまま転記はしないでください。参考の件数となりますので必ず確認をして使用してください。

向精神薬の対象医薬品と種類

別紙 36 から薬価基準収載医薬品コードの先頭 7 桁に合致する医薬品を対象とします。

【抗不安薬】

オキサゾラム	1124013	メキサゾラム	1124025
クロキサゾラム	1124014	トフィソパム	1124026
クロラゼブ酸二カリウム	1124015	フルトプラゼパム	1124027
ジアゼパム	1124017	クロルジアゼポキシド	1124028
	1124701	ロフラゼブ酸エチル	1124029
フルジアゼパム	1124019	タンドスピロンクエン酸塩	1129008
プロマゼパム	1124020	ヒドロキシジン塩酸塩	1179005
	1124700	クロチアゼパム	1179012
メダゼパム	1124021	ヒドロキシジンプアモ酸塩	1179019
ロラゼパム	1124022	エチゾラム	1179025
アルプラゾラム	1124023	ガンマオリザノール	2900002
フルタゾラム	1124024		

【睡眠薬】

ブロモバレリル尿素	1121001	バルビタール	1125002
抱水クロラール	1123001	フェノバルビタール	1125003
	1123700		1125004
エスタゾラム	1124001	フェノバルビタールナトリウム	1125700
フルラゼパム塩酸塩	1124002	ペントバルビタールカルシウム	1125006

ニトラゼパム	1124003	トリクロホスナトリウム	1129004
ニメタゼパム	1124004	クロルプロマジン・プロメタ	1179100
ハロキサゾラム	1124005	ジン・フェノバルビタール	1179101
トリアゾラム	1124007	リルマザホン塩酸塩水和物	1129006
フルニトラゼパム	1124008	ゾピクロン	1129007
プロチゾラム	1124009	ゾルピデム酒石酸塩	1129009
ロルメタゼパム	1124010	エスゾピクロン	1129010
クアゼパム	1124030	ラメルテオン	1190016
アモバルビタール	1125001		

【抗うつ薬】

クロミプラミン塩酸塩	1174002	ミアンセリン塩酸塩	1179033
ロフェプラミン塩酸塩	1174004	セチプチリンマレイン酸塩	1179034
トリミプラミンマレイン酸塩	1174005	トラゾドン塩酸塩	1179037
イミプラミン塩酸塩	1174006	フルボキサミンマレイン酸塩	1179039
アモキサピン	1179001	ミルナシبران塩酸塩	1179040
アミトリプチリン塩酸塩	1179002	パロキセチン塩酸塩水和物	1179041
ノルトリプチリン塩酸塩	1179004	塩酸セルトラリン	1179046
マプロチリン塩酸塩	1179008	ミルタザピン	1179051
ペモリン	1179023	デュロキセチン塩酸塩	1179052
ドスレピン塩酸塩	1179027	エスシタロプラムシュウ酸塩	1179054

【抗精神病薬】

クロルプロマジン塩酸塩	1171001	ゾテピン	1179024
クロルプロマジンフェノールフ タリン酸塩	1171005	チミペロン	1179026
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	1172004	ブロムペリドール	1179028
ペルフェナジン（塩酸ペルフェ ナジン）	1172006	カルピプラミン塩酸塩水和物	1179029
	1172007	クロカプラミン塩酸塩水和物	1179030
ペルフェナジンマレイン酸塩	1172013	カルピプラミンマレイン酸塩	1179031
プロペリシアジン	1172005	スルトプリド塩酸塩	1179032
トリフロペラジンマレイン酸塩	1172008	モサプラミン塩酸塩	1179035
フルフェナジンマレイン酸塩	1172009	ネモナプリド	1179036
プロクロルペラジンマレイン酸 塩	1172010	モペロン塩酸塩	1179010
レボメプロマジン		レセルピン	2143006
レボメプロマジンマレイン酸塩	1172014	リスペリドン	1179038
ピパンペロン塩酸塩	1179006	クエチアピンフマル酸塩	1179042
オキシペルチン	1179011	ペロスピロン塩酸塩水和物 （ペロスピロン塩酸塩）	1179043
スピペロン	1179015	オランザピン	1179044
スルピリド	1179016	アリピプラゾール	1179045
	2329009	ブロナンセリン	1179048
ハロペリドール	1179020	クロザピン	1179049

ピモジド	1179022	パリペリドン	1179053
------	---------	--------	---------

※ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステル、パリペリドン
パルミチン酸エステルは除外しています。