

「日医標準レセプトソフト」

平成 2 8 年 4 月診療報酬改定対応

2017 年 4 月 3 日
(五版)

日本医師会 O R C A 管理機構

目 次

1	プログラム更新について	1
2	マスタ更新について	1

診療報酬点数改定

3	第1部 初・再診料	2
4	第2部 入院料等	4
5	第1部 医学管理等	4
6	第2部 在宅医療	17
7	第3部 検査	38
8	第4部 画像診断	53
9	第5部 投薬	57
10	第6部 注射	67
11	第7部 リハビリテーション	68
12	第8部 精神科専門療法	85
13	第9部 処置	96
14	第10部 手術	101
15	第11部 麻酔	129
16	第12部 放射線治療	130
17	第13部 病理診断	131

その他

18	改定対応実施日が平成28年4月1日でないものについて	133
19	処方せん	134
20	向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）	139
21	後発医薬品数量シェア（置換え率）（様式38の3対応）	141
22	点数付加情報引き継ぎについて	143
23	訪問診療等の状況について	145

改版履歴

初版 2016 年 3 月 28 日

二版 2016 年 6 月 27 日

- ・ 2 1 後発医薬品数量シェア（置換え率）（様式 3 8 の 3 対応）を訂正しました。
- ・ 第 5 部 投薬
湿布薬
〔算定方法〕の⑥に追記しました。
湿布薬のレセプト記載対応と入力方法の見直しを追加しました。
- ・ 第 1 部 医学管理等
B 0 0 1－2－1 1 小児かかりつけ診療料（1 日につき）
〔算定方法〕の②の特記事項を削除しました。
- ・ 第 8 部 精神科専門療法
I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1 回につき）
〔平成 28 年 7 月 1 日実施〕（「注 6」の減算規定）を追加しました。
I 0 0 2－2 精神科継続外来支援・指導料（1 日につき）
〔平成 28 年 7 月 1 日実施〕（「注 5」の減算規定）を追加しました。
I 0 0 6－2 依存症集団療法（1 回につき）
〔起債要領〕と〔算定方法〕の②を追加しました。
- ・ 第 7 部 リハビリテーション
リハビリテーション算定日（追補）の内容を追加しました。
- ・ 1 9 処方せん
3 湿布薬の処方に対するコメント、4 後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合の内容を訂正しました。
5 地域包括診療料等の算定確認のための記載を追加しました。

三版 2016 年 9 月 26 日

- ・ 第 7 部 リハビリテーション
目標設定等支援・管理料の経過措置（対象リハビリテーション料の減算規定）の内容を追加しました。

四版 2017 年 3 月 27 日

- ・ 第 2 部 在宅医療
C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）
〔平成 29 年 4 月 1 日実施〕（「注 8」の減算規定）を追加しました。
C 0 0 2－2 施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）
〔平成 29 年 4 月 1 日実施〕（「注 8」の減算規定）を追加しました。
- ・ 第 5 部 投薬
一般名処方加算
〔算定方法〕の①一般名処方加算の算定方法に疑義解釈（その 4）問 22 の対応を追加しました。
- ・ 2 3 訪問診療等の状況についてを追加しました。

五版 2017 年 4 月 3 日

- ・ 第 3 部 検査
D 2 8 2－3 コンタクトレンズ検査料
コンタクトレンズ検査料 3 の施設基準を追加しました。

1 プログラム更新について

2016 年 4 月診療報酬改定対応（窓口業務）について「パッチ提供（第 3 1 回）」として平成 28 年 3 月 24 日に提供を開始しました。

第 3 1 回では点数テーブル、食事療養費に係る収納関係テーブル、その他複数のマスタ関係テーブルについてスキーマを変更しました。

よって、データの件数にもよりますがデータベースの変更処理に少々時間がかかります。（数分から十数分とみています）

プログラム更新処理を開始してから処理中の表示が長いとキャンセルされる可能性があります。終了するまでしばらくお待ちください。

処理が終了しましたらスキーマチェックを行ってください。

スキーマチェックは最新版を準備しましたので改めてダウンロードしてからお使いください。

2 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、特定器材マスタについては、都道府県購入価格となるマスタ及び酸素に係るマスタについては見直しをお願いします。

また、経過措置が延長された医薬品に係る確認事項がありますので「[点数付加情報引き継ぎについて](#)」の項もご参照ください。

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（必ずマスタ更新より前に実施してください）
- ④ マスタ更新

3 第 1 部 初・再診料

救急患者の受入れ体制の充実

通則

[改定内容]

時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合、又は入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合、時間外、休日及び深夜加算が算定可能となります。

[点数マスタ] (新設)

112017790	再診（時間外）加算（入院）	65 点
112017890	再診（休日）加算（入院）	190 点
112017990	再診（深夜）加算（入院）	420 点
112018090	再診（乳幼児時間外）加算（入院）	135 点
112018190	再診（乳幼児休日）加算（入院）	260 点
112018290	再診（乳幼児深夜）加算（入院）	590 点
112018390	再診（時間外特例医療機関）加算（入院）	180 点
112018490	再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院）	250 点
112018590	小児科再診（乳幼児夜間）加算（6 歳未満）（入院）	135 点
112018690	小児科再診（乳幼児休日）加算（6 歳未満）（入院）	260 点
112018790	小児科再診（乳幼児深夜）加算（6 歳未満）（入院）	590 点
112018890	外来診療料（時間外）加算（入院）	65 点
112018990	外来診療料（休日）加算（入院）	190 点
112019090	外来診療料（深夜）加算（入院）	420 点
112019190	外来診療料（乳幼児時間外）加算（入院）	135 点
112019290	外来診療料（乳幼児休日）加算（入院）	260 点
112019490	外来診療料（乳幼児深夜）加算（入院）	590 点
112019390	外来診療料（時間外特例医療機関）加算（入院）	180 点
112019590	外来診療料（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院）	250 点
112019690	外来診療料（小児科・乳幼児夜間）加算（6 歳未満）（入院）	135 点
112019790	外来診療料（小児科・乳幼児休日）加算（6 歳未満）（入院）	260 点
112019890	外来診療料（小児科・乳幼児深夜）加算（6 歳未満）（入院）	590 点

[算定方法]

診療行為入力（入院）から算定するコードを入力します。

算定コードに対する年齢チェックは行いますが、その他の入力チェックは行いません。

[領収書、診療報酬明細書]

領収書では初・再診欄に計上します。

診療報酬明細書（レセプト）（入院）の記載方法は未定です。

A001 再診料

[改定内容]

認知症地域包括診療加算が新設されます。

[算定要件]

認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30 点を再診料に加算する。

(1) 認知症以外に 1 以上の疾患（疑いは除く。）を有すること。

(2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。

① 1 処方につき 5 種類を超える内服薬があるもの。

② 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて含むもの。

(3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

[点数マスタ]（新設）

112017570	認知症地域包括診療加算	30 点
-----------	-------------	------

[算定方法]

①地域包括診療加算の届出が必要です。

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。

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、患者登録で認知症地域包括診療料算定の設定をします。

患者登録の「その他」タブ画面に項目を新設しました。

地域包括診療対象疾病	
☐ 高血圧症	☐ 糖尿病
☐ 脂質異常症	☐ 認知症
☐ 認知症地域包括診療料算定	
☐ 小児かかりつけ診療料算定	

③診療行為入力で再診料の算定に併せて自動発生します。

※同一剤として算定します

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。

⑤投薬の種類数に係る算定要件のチェックは行いません。

A002 外来診療料

[改定内容]

尿沈渣（フローサイトメトリー法）が包括項目に追加されます。

[算定方法]

包括算定の設定があれば包括算定されます。※電子点数表マスタ

その他（新設されたマスタ）

改定内容ではありませんが新設されたマスタがあります。

[点数マスタ] (新設)

111012810	初診（同一日複数科受診時の 2 科目・妥結率 5 割以下）	104 点
112017610	外来診療料（同一日複数科受診時の 2 科目・妥結率 5 割以下）	26 点

4 第 2 部 入院料等

「平成 28 年 4 月診療報酬改定対応（入院）」（別資料）を参照してください。

5 第 1 部 医学管理等

点数の見直し

区分 番号	項 目	点数		備考
		旧	新	
B001 5	小児科療養指導料	250	270	
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	200	600	
B004	退院時共同指導料 1（在宅療養支援診療所）	1,000	1,500	
B004	退院時共同指導料 1（1 以外）	600	900	
B005	退院時共同指導料 2	300	400	
B005-1-2	介護支援連携指導料	300	400	
B007	退院前訪問指導料	555	580	

B001 特定疾患治療管理料

5 小児科療養指導料

[包括範囲]

難病外来指導管理料が追加された。

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

9 外来栄養食事指導料、10 入院栄養食事指導料

[改定内容]

指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

現 行	改 正
【外来栄養食事指導料】 外来栄養食事指導料 130 点 [算定要件] ①当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね 15 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 ②管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、少なくとも熱量・熱量構	【外来栄養食事指導料】 イ 初回 260 点(新) ロ 2 回目以降 200 点(新) [算定要件] ①当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあつては概ね 30 分以上、2 回目以降にあつては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 ②管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、

成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。	脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。
【入院栄養食事指導料】 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 [算定要件] 外来栄養食事指導料と同様	【入院栄養食事指導料】 1 入院栄養食事指導料 1 イ 初回 260 点(新) ロ 2 回目 200 点(新) 2 入院栄養食事指導料 2 イ 初回 250 点(新) ロ 2 回目 190 点(新) [算定要件] 外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う。

[点数マスタ]

113017410	外来栄養食事指導料（初回）	260 点	（新設）
113017510	外来栄養食事指導料（2 回目以降）	200 点	（新設）
113001010	外来栄養食事指導料	130 点	（廃止）
113017610	入院栄養食事指導料 1（初回）	260 点	（新設）
113017710	入院栄養食事指導料 1（2 回目）	200 点	（新設）
113017810	入院栄養食事指導料 2（初回）	250 点	（新設）
113017910	入院栄養食事指導料 2（2 回目）	190 点	（新設）
113014810	入院栄養食事指導料 1	130 点	（廃止）
113014910	入院栄養食事指導料 2	125 点	（廃止）

※現行のマスタが廃止されます。廃止コードの引継ぎは行いません。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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 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 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	イ 着用型自動除細動器による場合 360 点 ロ イ以外の場合 360 点 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（ロ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、1 月に 1 回に限り算定する。 注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患

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。	者（イ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、31,510 点を所定点数に加算する。 注 5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60 点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11 月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。
--	--

[点数マスタ] (新設)

113018070	遠隔モニタリング加算	60 点
-----------	------------	------

16 喘息治療管理料

【項目の見直し、注の追加】

現 行		改 正	
イ	1 月目	75 点	1 喘息治療管理料 1
ロ	2 月目以降	25 点	イ 1 月目 75 点
			ロ 2 月目以降 25 点
			2 喘息治療管理料 2 280 点
			注 3 2 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、入院中の患者以外の喘息の患者（6 歳未満又は 65 歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

[点数マスタ] (新設)

113018110	喘息治療管理料 2（6 歳未満）	280 点
113018210	喘息治療管理料 2（6 5 歳以上）	280 点

27 糖尿病透析予防指導管理料

【注の追加】

現 行	改 正
	注 5 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、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100 点を所定点数に加算する。
--	---

[点数マスタ] (新設)

113018370	腎不全期患者指導加算	100 点
-----------	------------	-------

[算定方法]

①腎不全期患者指導加算の届出が必要です。

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。

3466	腎不全期患者指導加算
------	------------

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

【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、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

【新設】

改 正	
B001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）	1,515 点
注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（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、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、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 認知症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 A001 に掲げる再診料の注 5 から注 7 までに規定する加算、区分番号 B001-2-2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号 B010 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 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号 C002 に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号 C002-2 に掲げる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 F100 に掲げる処方料及び区分番号 F	

400に掲げる処方せん料を除く。)を除く費用は、認知症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。

[算定要件]

認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- (1) 認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。
- (2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
 - ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。
- (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

[点数マスタ]（新設）

113018410	認知症地域包括診療料	1,515 点
113018570	認知症地域包括診療料（再診時時間外）加算	65 点
113018670	認知症地域包括診療料（再診時休日）加算	190 点
113018770	認知症地域包括診療料（再診時深夜）加算	420 点
113018870	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外）加算	135 点
113018970	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算	260 点
113019070	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590 点
113019170	認知症地域包括診療料（再診時時間外特例医療機関）加算	180 点
113019270	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外特例医療機関）加算	250 点
113019370	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児夜間）加算	135 点
113019470	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算	260 点
113019570	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590 点
113019670	認知症地域包括診療料（再診時夜間・早朝等）加算	50 点

[算定方法]

- ① 地域包括診療料の届出が必要です。

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。

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 診療行為入力から算定するコードを入力します。

月1回の算定チェックを行います。

- ④投薬の種類数に関する要件のチェックは行いません。
- ⑤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。
- ⑥再診料が算定された状態で、地域包括診療料の診療行為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。
- ⑦同月内に初診料を算定（当管理料より前）した会計では出来高算定が可能となるため、訂正により、「099999905 出来高算定（合計）」を入力します。
- ※自動で出来高算定とすることはできません。
- ⑧当月認知症地域包括診療料の算定がある場合は再診料ダミーを自動発生します。
- ⑨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。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

【新設】

改 正	
B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）	
1 処方せんを交付する場合	
イ 初診時	602 点
ロ 再診時	413 点
2 処方せんを交付しない場合	
イ 初診時	712 点
ロ 再診時	523 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、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。	
注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。	
注3 区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）並びに区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	

【包括範囲】

下記以外は包括とする。

- (1) 初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料
- (3) 院内トリアージ実施料
- (4) 夜間休日救急搬送医学管理料
- (5) 診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）
- (6) 往診料（往診料の加算を含む。）

【算定要件】

- (1) 対象患者は、継続的に受診している 3 歳未満の患者（3 歳未満で当該診療料を算定したことがある患者については未就学児まで算定できる。）であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者とし、原則として 1 か所の保険医療機関が算定する。
- (2) 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導及び診療を行うこと。
- (4) 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- (5) 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。
- (6) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- (7) 上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示すること。

[施設基準]

- (1) 小児科外来診療料の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 時間外対応加算 1 又は 2 の届出保険医療機関であること。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師がいること。
- (4) 以下の要件のうち 3 つ以上に該当すること。
 - ① 初期小児救急への参加
 - ② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
 - ③ 定期接種の実施
 - ④ 小児に対する在宅医療の提供
 - ⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

[点数マスタ]（新設）

113019710	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付）（初診時）	602 点
113019810	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付）（再診時）	413 点
113019910	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付しない）（初診時）	712 点
113020010	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付しない）（再診時）	523 点
113020170	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児時間外）加算	200 点
113020270	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算	365 点
113020370	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算	695 点
113020470	小児かかりつけ診療料（初診時時間外特例医療機関）加算	345 点
113020570	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児夜間）加算	200 点
113020670	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算	365 点
113020770	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算	695 点
113020870	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児時間外）加算	135 点
113020970	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算	260 点
113021070	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590 点
113021170	小児かかりつけ診療料（再診時時間外特例医療機関）加算	250 点
113021270	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児夜間）加算	135 点

113021370	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算	260 点
113021470	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590 点
113021570	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児時間外）加算	135 点
113021670	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算	260 点
113021770	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算	590 点
113021870	小児かかりつけ診療料（外来診療料時間外特例医療機関）加算	250 点
113021970	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児夜間）加算	135 点
113022070	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算	260 点
113022170	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算	590 点

[算定方法]

①小児かかりつけ診療料の届出が必要です。

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。

3467	小児かかりつけ診療料
------	------------

②システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」から「209 小児かかりつけ診療料」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算定する患者については、患者登録で小児かかりつけ診療料の設定をします。

患者登録の「その他」タブ画面に項目を新設しました。

地域包括診療対象疾病	
☐ 高血圧症	☐ 糖尿病
☐ 脂質異常症	☐ 認知症
☐ 認知症地域包括診療料算定	
☐ 小児かかりつけ診療料算定	

④小児かかりつけ診療料の設定がある場合以下の要件で自動発生します。

3 歳未満の場合は自動発生します。

3 歳以上の場合

- ・ 3 歳未満の期間に算定があれば自動発生します。
- ・ 3 歳未満の期間に算定歴がない場合でも手入力により算定すると次回からは自動発生します。

小児科外来診療料より小児かかりつけ診療料を優先します。

⑤小児かかりつけ診療料を手入力した場合は過去算定済みのチェックは行いません。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

【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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を	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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を

得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5 回に限り算定する。	得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。
--	---

〔算定要件〕

ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
- ② 35 歳以上の者については、1 日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が 200 以上であること。
- ③ （略）

〔別に厚生労働大臣が定める基準〕

当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が 2 回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。

〔経過措置〕

当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が 2 回未満である場合の減算については、初回は平成 28 年 4 月 1 日から平成 29 年 3 月 31 日までの 1 年間の実績を踏まえ、平成 29 年 7 月 1 日より算定を行う。

〔対応予定〕

基準未適合の減算は平成 29 年 7 月 1 日より適用となりますので、対応は平成 29 年 6 月を予定しています。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
注 1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中 1 回に限り算定する。	注 1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中 1 回に限り算定する。

B005-2 地域連携診療計画管理料

【削除】

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）

【削除】

B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）

【削除】

B005-6-3 がん治療連携管理料

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
がん治療連携管理料 500 点	1 がん診療連携拠点病院の場合 500 点 2 地域がん診療病院の場合 300 点 3 小児がん拠点病院の場合 750 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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する。

[点数マスタ] (新設)

113022210	がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）	500 点
113022310	がん治療連携管理料（地域がん診療病院）	300 点
113022410	がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）	750 点

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

【新設】

改 正
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500 点
注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する。
注 2 注 1 の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

[点数マスタ] (新設)

113022510	外来がん患者在宅連携指導料	500 点
-----------	---------------	-------

[算定方法]

①外来がん患者在宅連携指導料の届出が必要です。

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。

【0729、3047、3335】

0729	外来化学療法加算 2
3047	外来緩和ケア管理料
3335	外来緩和ケア管理料（特定地域）

B005-7 認知症専門診断管理料

【項目の見直し、注の見直し】

現 行		改 正	
1	認知症専門診断管理料 1	700 点	1 認知症専門診断管理料 1
			イ 基幹型又は地域型の場合 700 点
			ロ 診療所型の場合 500 点
2	認知症専門診断管理料 2	300 点	2 認知症専門診断管理料 2
			300 点

【点数マスタ】（新設）

113022610	認知症専門診断管理料 1（基幹型又は地域型）	700 点
113022710	認知症専門診断管理料 1（診療所型）	500 点

B005-9 排尿自立指導料

【新設】

改 正	
B005-9	排尿自立指導料 200 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た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週 1 回に限り、患者 1 人につき 6 回を限度として算定する。	

【点数マスタ】（新設）

113022810	排尿自立指導料	200 点
-----------	---------	-------

【算定方法】

①排尿自立指導料の届出が必要です。

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。

【3470 排尿自立指導料】

B007-2 退院後訪問指導料

【新設】

改 正	
B007-2	退院後訪問指導料 580 点
注 1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して 1 月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5 回を限度	

として算定する。
注 2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後 1 回に限り、20 点を所定点数に加算する。
注 3 注 1 及び注 2 に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

[点数マスタ] (新設)

113022910	退院後訪問指導料	580 点
113023070	訪問看護同行加算	20 点

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430 点	1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380 点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 (1 に該当する場合を除く。) 380 点	2 1 の患者以外の患者に対して行う場合 325 点
3 1 及び 2 の患者以外の患者に対して行う場合 325 点	

B 0 0 8 - 2 薬剤総合評価調整管理料

【新設】

改 正
B 0 0 8 - 2 薬剤総合評価調整管理料 250 点
注 1 入院中の患者以外の患者であって、6 種類以上の内服薬 (特に規定するものを除く。) が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合に、月 1 回に限り所定点数を算定する。
注 2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50 点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料 (I) (当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。) は同一日には算定できない。

[点数マスタ] (新設)

113023110	薬剤総合評価調整管理料	250 点
113023270	連携管理加算	50 点

B 0 0 9 診療情報提供料 (I)

【注の追加】

改 正
注 14 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号 A 2 4 6 の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者 (あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係

る入院中の患者以外の患者に限る。)の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50 点を所定点数に加算する。	
注 15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注 7 に規定する加算を算定する場合は算定しない。	
イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合	200 点
ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合	30 点

[点数マスタ] (新設)

113023370	地域連携診療計画加算	50 点
113023470	検査・画像情報提供加算 (退院する患者について、必要な情報を提供)	200 点
113023570	検査・画像情報提供加算 (入院外の患者について、必要な情報を提供)	30 点

[算定方法]

①地域連携診療計画加算等の届出が必要です。

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。

3471	地域連携診療計画加算
3472	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料

B009-2 電子的診療情報評価料

【新設】

改 正	
B009-2	電子的診療情報評価料 30 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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。	

[点数マスタ] (新設)

113023610	電子的診療情報評価料	30 点
-----------	------------	------

[算定方法]

①電子的診療情報評価料の届出が必要です。

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。

3472	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
------	-------------------------

廃止される点数マスタ

[点数マスタ] (廃止)

B001-00	113001510	心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング）	550 点
B005-02	113009010	地域連携診療計画管理料	900 点
B005-03	113009110	地域連携診療計画退院時指導料（１）	600 点
B005-03	113011870	地域連携診療計画退院計画加算	100 点
B005-03	113011910	地域連携診療計画退院時指導料（２）	300 点
B005-06	113014510	がん治療連携管理料	500 点
B005-07	113012210	認知症専門診断管理料 1	700 点

6 第 2 部 在宅医療

C000 往診料

[改定内容]

往診料について、緊急に行うものや夜間・深夜に行うものだけでなく、休日に実施した場合についても加算として評価を行う。

現 行	改 正
【往診料（加算）】 イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 (1) 病床を有する場合 ① 緊急に行う往診 850 点 ② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,700 点 ③ 深夜の往診 2,700 点 (2) 病床を有しない場合 ① 緊急に行う往診 750 点 ② 夜間（深夜を除く。）の往診 1,500 点 ③ 深夜の往診 2,500 点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が実施した場合 (1) 緊急に行う往診 650 点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 1,300 点 (3) 深夜の往診 2,300 点 ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合 (1) 緊急に行う往診 325 点 (2) 夜間（深夜を除く。）の往診 650 点 (3) 深夜の往診 1,300 点	【往診料（加算）】 イ 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が実施した場合 (1) 病床を有する場合 ① 緊急に行う往診 850 点 ② 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,700 点 ③ 深夜の往診 2,700 点 (2) 病床を有しない場合 ① 緊急に行う往診 750 点 ② 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,500 点 ③ 深夜の往診 2,500 点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が実施した場合 (1) 緊急に行う往診 650 点 (2) 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 1,300 点 (3) 深夜の往診 2,300 点 ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合 (1) 緊急に行う往診 325 点 (2) 夜間・休日（深夜を除く。）の往診 650 点 (3) 深夜の往診 1,300 点

【注の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

注 6 注 1 のロについては、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。	注 6 注 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、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、100 点、75 点又は 50 点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
---	--

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114029270	休日往診加算 (機能強化した在支診等) (病床あり)	1,700 点	A
114029370	休日往診加算 (機能強化した在支診等) (病床なし)	1,500 点	B
114029470	休日往診加算 (在支診等)	1,300 点	C
114029570	休日往診加算 (在支診等以外)	650 点	
114029670	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (往診)	100 点	
114029770	在宅療養実績加算 1 (往診)	75 点	D
114029870	在宅療養実績加算 2 (往診)	50 点	
114029970	休日特別往診加算 (機能強化した在支診等) (病床あり)	1,700 点	A
114030070	休日特別往診加算 (機能強化した在支診等) (病床なし)	1,500 点	B
114030170	休日特別往診加算 (在支診等)	1,300 点	C
114030270	休日特別往診加算 (在支診等以外)	650 点	

[算定方法]

①届出が必要です。

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。

A	【3055、3056、3057、3058】
B	【3055、3056】
C	【3168、3169】
D	【3340、3341】

3055	在宅療養支援診療所 (1)
3056	在宅療養支援診療所 (2)
3057	在宅療養支援病院 (1)
3058	在宅療養支援病院 (2)
3168	在宅療養支援診療所 (3)
3169	在宅療養支援病院 (3)
3340	在宅療養実績加算 (診療所)
3341	在宅療養実績加算 (病院)

C001 在宅患者訪問診療料 (1日につき)

【項目の見直し、注の見直し】

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

203 点 103 点 ロ イ以外の場合 注 2 2 のイについては、介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 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、2 のロについては、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（2 のイを算定するものを除く。）に対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（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訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者 1 人につき週 3 回（同一の患者について、1 及び 2 を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料又は区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料は、算定しない。 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）	注 2 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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（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訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者 1 人につき週 3 回（同一の患者について、1 及び 2 を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料又は区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料は、算定しない。 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、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、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ 1,000 点、750 点又は 500 点を更に所定点数に加算する。 イ～ハ （略）
--	---

[点数マスタ]（新設）

114030310	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	203 点
114030470	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在宅患者訪問診療料）	1,000 点

114030570	在宅療養実績加算 1（在宅患者訪問診療料）	750 点
114030670	在宅療養実績加算 2（在宅患者訪問診療料）	500 点

[算定方法]

①在宅療養実績加算の届出が必要です。

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。

3468	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（診療所）
3473	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（病院）
3340	在宅療養実績加算 1（診療所）
3341	在宅療養実績加算 1（病院）
3469	在宅療養実績加算 2（診療所）
3474	在宅療養実績加算 2（病院）

C002 在宅時医学総合管理料（月 1 回）

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

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 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	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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 5,400 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 4,500 点 ③ ①及び②以外の場合 2,880 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（（1）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,600 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,500 点 ③ ①及び②以外の場合 1,300 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,760 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,500 点 ③ ①及び②以外の場合 780 点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合

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	① 単一建物診療患者が 1 人の場合 5,000 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 4,140 点 ③ ①及び②以外の場合 2,640 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（（1）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,200 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,300 点 ③ ①及び②以外の場合 1,200 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,520 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,380 点 ③ ①及び②以外の場合 720 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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 4,600 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3,780 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 2,400 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,800 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,100 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,100 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,280 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,260 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合
---	---

(2) 同一建物居住者の場合 760 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 3,450 点 (2) 同一建物居住者の場合 1,060 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が 200 床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（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患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月 2 回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月 1 回に限り算定する。 注 4 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、重症者加算として、1,000 点を所定	3,450 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,835 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,800 点 □ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,850 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,575 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 850 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,710 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 945 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 510 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が 200 床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、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、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月 1 回に限り算定する。 注 2 注 1 において、処方せんを交付しない場合は、300 点を所定点数に加算する。 注 5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、頻回訪問加算として、600 点を所定
--	--

点数に加算する。 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。	点数に加算する。 注 7 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、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 400 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 200 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 100 点 ロ 在宅療養実績加算 1 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 300 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 150 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 75 点 ハ 在宅療養実績加算 2 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 200 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 100 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 50 点 注 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。
---	--

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114030710	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・1 人)	5,400 点	A
114030810	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・2～9 人)	4,500 点	A
114030910	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,880 点	A
114031010	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・1 人)	4,600 点	A
114031110	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・2～9 人)	2,500 点	A
114031210	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・10 人～)	1,300 点	A
114031310	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・1 人)	2,760 点	A
114031410	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・2～9 人)	1,500 点	A
114031510	在医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・10 人～)	780 点	A
114031610	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・1 人)	5,000 点	B
114031710	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・2～9 人)	4,140 点	B
114031810	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,640 点	B
114031910	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・1 人)	4,200 点	B
114032010	在医総管 (機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・2～9 人)	2,300 点	B

114032110	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月 2 回以上・10 人～）	1,200 点	B
114032210	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・1 人）	2,520 点	B
114032310	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・2～9 人）	1,380 点	B
114032410	在医総管（機能強化在支診等・病床無・月 1 回・10 人～）	720 点	B
114032510	在医総管（在支診等・難病等月 2 回以上・1 人）	4,600 点	C
114032610	在医総管（在支診等・難病等月 2 回以上・2～9 人）	3,780 点	C
114032710	在医総管（在支診等・難病等月 2 回以上・10 人～）	2,400 点	C
114032810	在医総管（在支診等・月 2 回以上・1 人）	3,800 点	C
114032910	在医総管（在支診等・月 2 回以上・2～9 人）	2,100 点	C
114033010	在医総管（在支診等・月 2 回以上・10 人～）	1,100 点	C
114033110	在医総管（在支診等・月 1 回・1 人）	2,280 点	C
114033210	在医総管（在支診等・月 1 回・2～9 人）	1,260 点	C
114033310	在医総管（在支診等・月 1 回・10 人～）	660 点	C
114033410	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・1 人）	3,450 点	D
114033510	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・2～9 人）	2,835 点	D
114033610	在医総管（在支診等以外・難病等月 2 回以上・10 人～）	1,800 点	D
114033710	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・1 人）	2,850 点	D
114033810	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・2～9 人）	1,575 点	D
114033910	在医総管（在支診等以外・月 2 回以上・10 人～）	850 点	D
114034010	在医総管（在支診等以外・月 1 回・1 人）	1,710 点	D
114034110	在医総管（在支診等以外・月 1 回・2～9 人）	945 点	D
114034210	在医総管（在支診等以外・月 1 回・10 人～）	510 点	D
114034370	処方せん無交付加算（在宅時医学総合管理料）	300 点	D
114034470	頻回訪問加算（在宅時医学総合管理料）	600 点	D
114034570	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（1 人）	400 点	
114034670	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（2 人～9 人）	200 点	
114034770	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在医総管）（10 人～）	100 点	
114034870	在宅療養実績加算 1（在医総管）（1 人）	300 点	
114034970	在宅療養実績加算 1（在医総管）（2 人～9 人）	150 点	
114035070	在宅療養実績加算 1（在医総管）（10 人～）	75 点	
114035170	在宅療養実績加算 2（在医総管）（1 人）	200 点	
114035270	在宅療養実績加算 2（在医総管）（2 人～9 人）	100 点	
114035370	在宅療養実績加算 2（在医総管）（10 人～）	50 点	

①届出が必要です。

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。

A	【0721】と【3055、3056、3057、3058】
B	【0721】と【3055、3056】
C	【0721】と【3168、3169】
D	【0721】

0721	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
3055	在宅療養支援診療所（1）
3056	在宅療養支援診療所（2）

3057	在宅療養支援病院（１）
3058	在宅療養支援病院（２）
3168	在宅療養支援診療所（３）
3169	在宅療養支援病院（３）

〔注 8 について〕

在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する。

〔経過措置〕

平成 28 年 3 月 31 日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、基準を満たしているものとする。

〔点数マスタ〕（新設）

114041870	在医総管（在支診等以外）（１００分の８０）減算	20%減算
-----------	-------------------------	-------

〔算定方法〕

①注 8 に規定する基準を満たす場合（所定点数の 100 分の 100 を算定）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。

0999	在医総管 3・施医総管 3（注 8 に規定する施設基準）
------	------------------------------

基準を満たしていない場合（所定点数の 100 分の 80 を算定）は、特に設定はありません。

②在宅時医学総合管理料 3 のコードを入力した時に基準を満たしていない場合は、減算コードを自動発生し 20%減算した点数を算定します。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）【名称変更】

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

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 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	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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,900 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3,240 点 ③ ①及び②以外の場合 2,880 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（（１）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,300 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9

□ 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	人以下の場合 1,800 点 ③ ①及び②以外の場合 1,300 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,980 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,080 点 ③ ①及び②以外の場合 780 点 □ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,600 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,970 点 ③ ①及び②以外の場合 2,640 点 (2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（（1）の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,000 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,650 点 ③ ①及び②以外の場合 1,200 点 (3) 月 1 回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,800 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 990 点 ③ ①及び②以外の場合 720 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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 3,300 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,700 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 2,400 点 □ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,700 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,500 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 (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 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 2,550 点 (2) 同一建物居住者の場合 840 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が 200 床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、特定施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月 2 回以上の定期的な訪問診療を行っている場合、月 1 回に限り算定する。 注 4 特定施設入居時等医学総管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が	(3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,100 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,620 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 900 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 660 点 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,450 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,025 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 1,800 点 ロ 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 2,050 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1,125 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 850 点 ハ 月 1 回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,230 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 675 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 510 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が 200 床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、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、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月 1 回に限り算定する。 注 2 注 1 において、処方せんを交付しない場合は、300 点を所定点数に加算する。 注 5 施設入居時等医学総管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定め
--	--

定める状態等にあるものに限る。) に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、重症者加算として、1,000 点を所定点数に加算する。 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。	る状態等にあるものに限る。) に対して、1 月に 4 回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者 1 人につき 1 回に限り、頻回訪問加算として、600 点を所定点数に加算する。 注 7 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、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 300 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 150 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 75 点 ロ 在宅療養実績加算 1 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 225 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 110 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 56 点 ハ 在宅療養実績加算 2 (1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 150 点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 75 点 (3) (1) 及び (2) 以外の場合 40 点 注 8 3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。
--	--

[点数マスタ] (新設) (最右列の英字は施設基準の設定が必要)

114035510	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・1 人)	3,900 点	A
114035610	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・2～9 人)	3,240 点	A
114035710	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・難病等月 2 回以上・10 人～)	2,880 点	A
114035810	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・1 人)	3,300 点	A
114035910	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・2～9 人)	1,800 点	A
114036010	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 2 回以上・10 人～)	1,300 点	A
114036110	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・1 人)	1,980 点	A
114036210	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・2～9 人)	1,080 点	A
114036310	施医総管 (機能強化在支診等・病床有・月 1 回・10 人～)	780 点	A
114036410	施医総管 (機能強化在支診等・病床無・難病等月 2 回以上・1 人)	3,600 点	B

114036510	施医総管（機能強化在支診等・病床無・難病等月2回以上・2～9人）	2,970 点	B
114036610	施医総管（機能強化在支診等・病床無・難病等月2回以上・10人～）	2,640 点	B
114036710	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・1人）	3,000 点	B
114036810	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・2～9人）	1,650 点	B
114036910	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月2回以上・10人～）	1,200 点	B
114037010	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・1人）	1,800 点	B
114037110	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・2～9人）	990 点	B
114037210	施医総管（機能強化在支診等・病床無・月1回・10人～）	720 点	B
114037310	施医総管（在支診等・難病等月2回以上・1人）	3,300 点	C
114037410	施医総管（在支診等・難病等月2回以上・2～9人）	2,700 点	C
114037510	施医総管（在支診等・難病等月2回以上・10人～）	2,400 点	C
114037610	施医総管（在支診等・月2回以上・1人）	2,700 点	C
114037710	施医総管（在支診等・月2回以上・2～9人）	1,500 点	C
114037810	施医総管（在支診等・月2回以上・10人～）	1,100 点	C
114037910	施医総管（在支診等・月1回・1人）	1,620 点	C
114038010	施医総管（在支診等・月1回・2～9人）	900 点	C
114038110	施医総管（在支診等・月1回・10人～）	660 点	C
114038210	施医総管（在支診等以外・難病等月2回以上・1人）	2,450 点	D
114038310	施医総管（在支診等以外・難病等月2回以上・2～9人）	2,025 点	D
114038410	施医総管（在支診等以外・難病等月2回以上・10人～）	1,800 点	D
114038510	施医総管（在支診等以外・月2回以上・1人）	2,050 点	D
114038610	施医総管（在支診等以外・月2回以上・2～9人）	1,125 点	D
114038710	施医総管（在支診等以外・月2回以上・10人～）	850 点	D
114038810	施医総管（在支診等以外・月1回・1人）	1,230 点	D
114038910	施医総管（在支診等以外・月1回・2～9人）	675 点	D
114039010	施医総管（在支診等以外・月1回・10人～）	510 点	D
114039170	処方せん無交付加算（施設入居時等医学総合管理料）	300 点	D
114039270	頻回訪問加算（施設入居時等医学総合管理料）	600 点	D
114039370	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（1人）	300 点	
114039470	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（2人～9人）	150 点	
114039570	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（施医総管）（10人～）	75 点	
114039670	在宅療養実績加算 1（施医総管）（1人）	225 点	
114039770	在宅療養実績加算 1（施医総管）（2人～9人）	110 点	
114039870	在宅療養実績加算 1（施医総管）（10人～）	56 点	
114039970	在宅療養実績加算 2（施医総管）（1人）	150 点	
114040070	在宅療養実績加算 2（施医総管）（2人～9人）	75 点	
114040170	在宅療養実績加算 2（施医総管）（10人～）	40 点	

[算定方法]

①届出が必要です。

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。

A	【0721】と【3055、3056、3057、3058】
B	【0721】と【3055、3056】
C	【0721】と【3168、3169】

D	【0721】
---	--------

0721	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
3055	在宅療養支援診療所（１）
3056	在宅療養支援診療所（２）
3057	在宅療養支援病院（１）
3058	在宅療養支援病院（２）
3168	在宅療養支援診療所（３）
3169	在宅療養支援病院（３）

〔注 8 について〕

在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の 80/100 に相当する点数により算定する。

〔経過措置〕

平成 28 年 3 月 31 日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、基準を満たしているものとする。

〔点数マスタ〕（新設）

114041970	施医総管（在支診等以外）（１００分の８０）減算	20%減算
-----------	-------------------------	-------

〔算定方法〕

①注 8 に規定する基準を満たす場合（所定点数の 100 分の 100 を算定）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。

0999	在医総管 3・施医総管 3（注 8 に規定する施設基準）
------	------------------------------

基準を満たしていない場合（所定点数の 100 分の 80 を算定）は、特に設定はありません。

②施設入居時等医学総合管理料 3 のコードを入力した時に基準を満たしていない場合は、減算コードを自動発生し 20%減算した点数を算定します。

C003 在宅がん医療総合診療料（１日につき）

〔注の見直し〕

現 行	改 正
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。	注 5 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、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、150 点、110 点又は 75 点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

〔点数マスタ〕（新設）

114040270	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（在がん医総（在支診等））	150 点	A
114040370	在宅療養実績加算 1（在がん医総（在支診等））	110 点	B

114040470	在宅療養実績加算 2（在がん医総（在支診等））	75 点	C
-----------	-------------------------	------	---

[算定方法]

①届出が必要です。

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。

A	3468	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（診療所）
	3473	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（病院）
B	3340	在宅療養実績加算（診療所）
	3341	在宅療養実績加算（病院）
C	3469	在宅療養実績加算 2（診療所）
	3474	在宅療養実績加算 2（病院）

C004 救急搬送診療料

小児加算の見直し

現 行	改 正
【救急搬送診療料】	【救急搬送診療料】
新生児加算 1,000 点	新生児加算 1,500 点
乳幼児加算 500 点	乳幼児加算 700 点
長時間加算（診療に要した時間が 30 分以上） 500 点	長時間加算（診療に要した時間が 30 分以上） 700 点

C007 訪問看護指示料

【注の追加】

現 行	改 正
	注3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

[点数マスタ]（新設）

114040570	衛生材料等提供加算	80 点
-----------	-----------	------

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【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、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって	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

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)を限度として算定する。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5回に限り算定できる。	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人につき週40回に限り算定できる。
---	---

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料**【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おり通院が困難な患者(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栄養食事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、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、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者(同一建物居住者に限る。)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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う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おり通院が困難な患者(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栄養食事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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者(同一建物居住者に限る。)であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る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。

C012 在宅患者共同診療料**【項目の見直し、注の見直し】**

現 行	改 正
1 往診の場合 1,500 点	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	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)	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	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	ロ イ以外の場合 120 点
注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	注3 3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

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。	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、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。
--	--

C101 在宅自己注射指導管理料**【項目の見直し、注の見直し】**

現 行	改 正
1 複雑な場合 1,230 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。	1 複雑な場合 1,230 点 2 1 以外の場合 イ 月27回以下の場合 650 点 ロ 月28回以上の場合 750 点 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、580点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

114040610	在宅自己注射指導管理料（1 以外の場合）（月27回以下）	650 点
-----------	------------------------------	-------

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料**【注の見直し】**

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

	する。
--	-----

C 1 0 6 在宅自己導尿指導管理料**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。	注 2 第 2 款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

C 1 0 7 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料**【項目の見直し】**

現 行	改 正
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250 点	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 2, 250 点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 250 点

[点数マスタ] (新設)

114040710	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1	2, 250 点
114040810	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2	250 点

C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料【名称変更】**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C 1 1 5 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料**【削除】****C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料****【注の見直し】**

現 行	改 正
注 第 10 部手術の通則第 4 号に規定する区分番号 K 6 0 4 - 2 に掲げる植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。	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、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

C 1 5 0 血糖自己測定器加算**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 1 1 から 3 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ハ (略) ニ 妊娠中の糖尿病患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。) 注 2 4 から 6 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ・ロ (略) ハ 妊娠中の糖尿病患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)	注 1 1 から 3 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ～ハ (略) ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。) 注 2 4 から 6 までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。 イ・ロ (略) ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

C 1 5 7 酸素ポンベ加算**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素ポンベを使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。	注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素ポンベを使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

C 1 5 8 酸素濃縮装置加算**【注の見直し】**

現 行	改 正
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号 C 1 5 7 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。	注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号 C 1 5 7 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。

C 1 5 9 液化酸素装置加算

【注の見直し】

現 行	改 正
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 5 9-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

【注の見直し】

現 行	改 正
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。	注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 1 注入ポンプ加算

【注の見直し】

現 行	改 正
注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者又は在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C 1 6 3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 600 点	特殊カテーテル加算 1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの 960 点 ロ イ以外のもの 600 点 2 間歇バルーンカテーテル 600 点
注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、	注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーン

第 1 款の所定点数に加算する。	カテーテルを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。
------------------	--------------------------------

[点数マスタ] (新設)

114040910	特殊カテーテル加算 (間歇導尿用カテーテル) (親水性コーディング)	960 点
114041010	特殊カテーテル加算 (間歇導尿用カテーテル) (イ以外)	600 点
114041110	特殊カテーテル加算 (間歇バルーンカテーテル)	600 点

C 1 6 5 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1,210 点	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASV を使用した場合 3,750 点 2 CPAP を使用した場合 1,100 点
注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、2 月に 2 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

114041210	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (ASV を使用)	3,750 点
114041310	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 (CPAP を使用)	1,100 点

C 1 6 8 - 2 携帯型精密ネブライザー加算

【新設】

改 正
C 1 6 8 - 2 携帯型精密ネブライザー加算 3,200 点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

114041410	携帯型精密ネブライザー加算	3,200 点
-----------	---------------	---------

C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算

【新設】

改 正
C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780 点
2 その他の場合 100 点
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

114041510	在宅酸素療法材料加算 (チアノーゼ型先天性心疾患)	780 点
-----------	---------------------------	-------

114041610	在宅酸素療法材料加算（その他）	100 点
-----------	-----------------	-------

C 1 7 1－2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算**【新設】**

改 正		
C 1 7 1－2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100 点
注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3 月に 3 回に限り、第 1 款の所定点数に加算する。		

[点数マスタ]（新設）

114041710	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100 点
-----------	----------------	-------

7 第 3 部 検査**D 0 0 6－3 Major BCR－ABL 1 【名称の変更】**

Major BCR－ABL 1 mRNA → Major BCR－ABL 1

[点数マスタ]（新設）

160205810	Major BCR－ABL 1 （mRNA 定量・診断補助）	2,520 点
160205910	Major BCR－ABL 1 （mRNA 定量・モニタリング）	2,520 点
160206010	Major BCR－ABL 1 （mRNA 定量・1 以外）	1,200 点

D 0 0 6－4 遺伝学的検査**【注の追加】**

改 正		
注 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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。		

[算定要件]

原則として患者 1 人につき 1 回算定できる。ただし、2 回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

[点数マスタ]（新設）

160208810	遺伝学的検査（（1）のエに掲げる遺伝子疾患の場合）	3,880 点
-----------	---------------------------	---------

[算定方法]

①遺伝学的検査の届出が必要です。

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。

3477	遺伝学的検査
------	--------

D 0 0 7 血液化学検査**【項目の分割、注の見直し】**

現 行		改 正	
26	アポリポ蛋白	94 点	11 アポリポ蛋白

注 患者から 1 回に採取した血液を用いて 本区分の 1 から 9 までに掲げる検査を 5 項目以上行った場合は、所定点数にかかわ らず、検査の項目数に応じて次に掲げる点 数により算定する。 イ・ロ (略) ハ 10 項目以上	イ 1 項目の場合	31 点
	ロ 2 項目の場合	62 点
	ハ 3 項目以上の場合	94 点
	36 (略)、セレン	144 点
	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて 本区分の 1 から 8 までに掲げる検査を 5 項目以上行った場合は、所定点数にかかわ らず、検査の項目数に応じて次に掲げる点 数により算定する。 イ・ロ (略) ハ 10 項目以上	115 点

[算定要件]

アポリポ蛋白は、AⅠ、AⅡ、B、CⅡ、CⅢ及びEのうち、測定した項目数に応じて、所定点数を算定する。

[点数マスタ] (新設)

160206110	アポリポ蛋白 (1 項目)	31 点
160206210	アポリポ蛋白 (2 項目)	62 点
160206310	アポリポ蛋白 (3 項目以上)	94 点
160206410	セレン	144 点

◆注意 「160055910 アポリポ蛋白」は廃止されます。

D013 肝炎ウイルス関連検査

【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 3 から 12 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・ロ (略) ハ 5 項目以上	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて 本区分の 3 から 14 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・ロ (略) ハ 5 項目以上

D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

【注の追加】

改 正
注 同一検体について当該検査と区分番号 D002 に掲げる尿沈渣 (鏡検法) 又は区分番 号 D002-2 に掲げる尿沈渣 (フローサイトメトリー法) を併せて行った場合は、主 たる検査の所定点数のみ算定する。

[算定要件]

当該検査と区分番号「D002」の尿沈渣 (鏡検法) 又は区分番号「D002-2」の尿
沈渣 (フローサイトメトリー法) を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検

体の種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D023 微生物核酸同定・定量検査

【項目の追加】

現 行	改 正
	4 HBV核酸定量、 <u>単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量</u> 287 点
	10 HCV核酸定量、HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、 <u>HTLV-1 核酸検出</u> 450 点

【算定要件】

HTLV-1 核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「52」のHTLV-I 抗体（ウエスタンブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にウエスタンブロット法による検査実施日及び判定保留である旨を記載すること。

単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量は、免疫不全状態であって、単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染症が強く疑われる患者を対象としてリアルタイムPCR法により測定した場合に、一連として1回のみ算定できる。

【点数マスタ】（新設）

160208710	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量	287 点
160206710	HTLV-1 核酸検出	450 点

D026 検体検査判断料

【注の追加】

改 正
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、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合は、国際標準検査管理加算として40点を加算する。
注7 区分番号D015の21に掲げる免疫電気泳動法を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

【算定要件】

注7に規定する免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で作製された免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

【施設基準】

(1) 検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)に係る届出を行っている施設であること。

- (2) 国際標準化機構に定められた国際規格に基づく技術能力の認定を受けた施設であること。

[点数マスタ] (新設)

160206870	国際標準検査管理加算	40 点
160206970	免疫電気泳動法診断加算	50 点

[算定方法]

- ①国際標準検査管理加算の届出が必要です。

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。

3478	国際標準検査管理加算
------	------------

- ②検体検査管理加算 (Ⅱ)・(Ⅲ)・(Ⅳ) を自動算定する時に併せて自動算定します。

D 0 2 7 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

現 行	改 正
注 2 区分番号 D 0 2 6 に掲げる検体検査判断料の注 3 本文に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関(特定機能病院に限る。)において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者 1 人につき月 1 回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。	注 2 区分番号 D 0 2 6 に掲げる検体検査判断料の注 3 本文及び注 4 に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関(特定機能病院に限る。)において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者 1 人につき月 1 回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

生体検査に係る小児加算の見直し 通則

現 行	改 正
新生児加算 60/100	新生児加算 80/100
乳幼児加算 (3 歳未満) 30/100	乳幼児加算 (3 歳未満) 50/100
幼児加算 (3 歳以上 6 歳未満) 15/100	幼児加算 (3 歳以上 6 歳未満) 30/100

D 2 0 7 体液量等測定

【項目の追加】

現 行	改 正
	2 血流量測定、皮膚灌流圧測定、皮弁血流検査、循環血流量測定(色素希釈法によるもの)、電子授受式発消色性インジケータ一使用皮膚表面温度測定 100 点

[点数マスタ] (新設)

160207010	皮膚灌流圧測定	100 点
-----------	---------	-------

D 2 1 1－4 シャトルウォーキングテスト**【新設】**

改 正		
D 2 1 1－4	シャトルウォーキングテスト	200 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行われる場合に限り算定する。		
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、シャトルウォーキングテスト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。		

【算定要件】

- (1) シャトルウォーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者であって在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら一定の距離を往復で歩行させ、歩行可能距離又は歩行持続時間、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に 4 回を限度として算定する。なお、区分番号「D 2 1 1－3」時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシャトルウォーキングテストを合わせて年に 4 回を限度として算定する。
- (2) 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシャトルウォーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。
- (3) 以下の事項を診療録に記載すること。
 - ア 当該検査結果の評価
 - イ 歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
- (4) 当該検査を算定する場合にあつては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 過去の実施日
 - イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

【点数マスタ】（新設）

160207110	シャトルウォーキングテスト	200 点
-----------	---------------	-------

【算定方法】

- ① シャトルウォーキングテストの届出が必要です。
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。

3060	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト
------	------------------------

D 2 1 5 超音波検査**【注の追加】**

改 正	
注 7	4 の口について、微小栓子シグナル（HITS/MES）の検出を行った場合は、150 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

160207270	微小栓子シグナル加算	150 点
-----------	------------	-------

D215-3 超音波エラストグラフィ

【新設】

改 正	
D215-3	超音波エラストグラフィ 200 点
注	区分番号 D215-2 に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

[算定要件]

- (1) 超音波エラストグラフィは、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に測定した場合に、原則として 3 月に 1 回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から 3 月に 2 回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 区分番号「D215-2」に掲げる肝硬度測定について、同一の患者につき、当該検査実施日より 3 月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的な必要性から別途肝硬度測定を算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

[点数マスタ] (新設)

160207310	超音波エラストグラフィ	200 点
-----------	-------------	-------

D222-2 経皮的酸素ガス分圧測定（1 日につき）

【新設】

改 正	
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定（1 日につき） 100 点

[算定要件]

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の判定のために経皮的に血中の PO₂ を測定した場合に、3 月に 1 回に限り算定する。

[点数マスタ] (新設)

160207410	経皮的酸素ガス分圧	100 点
-----------	-----------	-------

D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査（1 日につき）

【項目の分割、注の追加】

現 行	改 正
-----	-----

長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき） 900 点	長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき） 1 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 3,500 点 2 長期脳波ビデオ同時記録検査 2 900 点 注 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行われる場合に算定する。
-------------------------------	---

[点数マスタ]（新設）

160207510	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	3,500 点
-----------	-----------------	---------

[算定方法]

①長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の届出が必要です。

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。

3479	長期脳波ビデオ同時記録検査 1
------	-----------------

D 2 3 8 脳波検査判断料

【項目の分割、注の追加】

現 行	改 正
脳波検査判断料 180 点 注 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月 1 回に限り算定するものとする。	脳波検査判断料 1 脳波検査判断料 1 350 点 2 脳波検査判断料 2 180 点 注 1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月 1 回に限り算定するものとする。 2 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行われる場合に算定する。 3 遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料 1 の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料 1 を算定することができる。

[算定要件]

(1) 脳波検査判断料 1 は、脳波診断を担当した経験を 5 年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合

は算定できない（「注 3」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。）。

- (2) 遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料 1 は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を 5 年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付すること。
- (3) 遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「D 2 3 5」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料 1 を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

[点数マスタ]

160207610	脳波検査判断料 1	350 点	(新設)
160207710	遠隔脳波検査判断料 1	350 点	(新設)
160147610	脳波検査判断料 ↓ 脳波検査判断料 2	180 点	(変更)

[算定方法]

- ①脳波検査判断料 1 又は遠隔脳波検査判断料 1 を算定する場合は届出が必要です。
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。

3480	脳波検査判断料 1
3481	遠隔脳波診断

- ②原則は脳波検査判断料 2 を自動算定します。脳波検査判断料 1 の施設基準の設定がある場合は脳波検査判断料 1 を自動算定します。
- ③遠隔脳波検査判断料 1 を算定する場合は手入力します。

D 2 3 9 - 5 精密知覚機能検査

【新設】

改 正		
D 2 3 9 - 5	精密知覚機能検査	280 点

[算定要件]

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

[点数マスタ] (新設)

160207810	精密知覚機能検査	280 点
-----------	----------	-------

D 2 6 1 屈折検査

【項目の分割】

現 行		改 正
屈折検査	69 点	屈折検査

	1 6 歳未満の場合	69 点
	2 1 以外の場合	69 点

[算定要件]

屈折検査と区分番号「D 2 6 3」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、「1」については、弱視又は不同視等が疑われる場合に限り、3 月に 1 回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各 1 回）に限り併せて算定できる。

[点数マスタ]（新設）

160207910	屈折（6 歳未満）	69 点
160208010	屈折（1 以外）	69 点

D 2 8 2-3 コンタクトレンズ検査料

【項目の追加、注の見直し】

現 行	改 正
コンタクトレンズ検査料 1 コンタクトレンズ検査料 1 200 点 2 コンタクトレンズ検査料 2 56 点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1 を算定し、当該保険医療機関以外の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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 2 を算定する。	コンタクトレンズ検査料 1 コンタクトレンズ検査料 1 200 点 2 コンタクトレンズ検査料 2 180 点 3 コンタクトレンズ検査料 3 56 点 4 コンタクトレンズ検査料 4 50 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、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1、2 又は 3 を算定し、当該保険医療機関以外の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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 4 を算定する。

[施設基準]

コンタクトレンズ検査料 1

現行のコンタクトレンズ検査料 1 の施設基準に加え、(※)に該当すること。

※ 入院病床を有さない保険医療機関にあつては、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間 10,000 人未満、又は、コンタクトレンズの自施設（併設のコンタクトレンズ販売所等を除く。以下同じ。）における交付率（次により算出した値とする）が 95%未満であること。

- ① コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者数

- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者数のうち、医師がコンタクトレンズ装用の必要性を判断し、自施設において交付しなかった患者数

$$\text{①} / (\text{①} + \text{②}) \times 100$$

コンタクトレンズ検査料 2

現行のコンタクトレンズ検査料 1 の施設基準に該当するが、(※)に該当しないこと

コンタクトレンズ検査料 3

現行のコンタクトレンズ検査料 1 の施設基準に該当しない保険医療機関であって、(※)に該当すること

コンタクトレンズ検査料 4

コンタクトレンズ検査料 1、2 又は 3 のいずれにも該当しない保険医療機関であること

[経過措置]

平成 29 年 4 月 1 日より適用することとする。

[点数マスタ] (新設)

160208110	コンタクトレンズ検査料 1	200 点
160208210	コンタクトレンズ検査料 2	180 点
160208310	コンタクトレンズ検査料 3	56 点
160208410	コンタクトレンズ検査料 4	50 点

[算定方法]

- ①コンタクトレンズ検査料 1 からコンタクトレンズ検査料 3 を算定する場合は届出が必要です。

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。

0725	コンタクトレンズ検査料 1
3482	コンタクトレンズ検査料 2
3483	コンタクトレンズ検査料 3

D 3 1 7 膀胱尿道ファイバースコピー

【注の追加】

改 正
注 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200 点を所定点数に加算する。

D 3 1 7 - 2 膀胱尿道鏡検査

【注の追加】

改 正
注 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200 点を所定点数に加算する。

D 4 1 9 その他の検体採取

【項目の追加】

現 行	改 正
	6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5 点

[点数マスタ] (新設)

160208510	鼻腔・咽頭拭い液採取	5 点
-----------	------------	-----

点数の見直し

新区分 番号	項 目	点数		備考
		旧	新	
D001 8	アルブミン定量 (尿)	110	108	
D001 9	トランスフェリン (尿)	112	110	
D001 9	ウロポルフィリン (尿)	112	110	
D001 13	コプロポルフィリン (尿)	145	143	
D001 14	ポルフォビリノゲン (尿)	194	191	
D001 14	総ヨウ素 (尿)	194	191	
D001 15	4 型コラーゲン (尿)	204	200	
D004 8	顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	129	128	
D004 12	I g G インデックス	445	439	
D004-2 1	B R A F 遺伝子検査		6, 520	新設
D004-2 1	R A S 遺伝子検査		2, 500	新設
D005 14	骨髄像	854	837	
D005 15	造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき)	1, 000	2, 000	
D006 15	D ダイマー定性	133	131	
D006 16	プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)	136	134	
D006 17	D ダイマー半定量	137	135	
D006 20	D ダイマー	143	141	
D006 23	プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (P I C)	165	162	
D006 24	プロテインS抗原	170	167	
D006 28	トロンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T)	194	191	
D006 30	トロンボモジュリン	209	205	
D006 31	凝固因子 (第 2 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 5 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 7 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 8 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 9 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 10 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 11 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 12 因子)	233	229	
D006 31	凝固因子 (第 13 因子)	233	229	
D006 33	プロテインC抗原	252	247	
D006 33	t P A ・ P A I - 1 複合体	252	247	
D006 34	プロテインC活性	260	255	
D006-3 1	M a j o r B C R - A B L 1 (mRNA 定量・診断補助)		2, 520	新設
D006-3 1	M a j o r B C R - A B L 1 (mRNA 定量・モニタリング)		2, 520	新設

D006-3 2	M a j o r B C R-A B L 1 (mRNA 定量・1 以外)		1, 200	新設
D006-5	染色体検査	2, 730	2, 712	
D007 11	アポリポ蛋白 (1 項目)		31	分割
D007 11	アポリポ蛋白 (2 項目)		62	分割
D007 11	アポリポ蛋白 (3 項目以上)		94	分割
D007 28	フェリチン半定量	116	114	
D007 28	フェリチン定量	116	114	
D007 28	エタノール	116	114	
D007 29	ベントシジン	120	118	
D007 30	心筋トロポニン T (T n T) 定性・定量	126	120	
D007 31	アルミニウム (A L)	123	121	
D007 31	アルミニウム (A L) (尿)	123	121	
D007 32	シスタチン C	126	124	
D007 33	リポ蛋白分画 (H P L C 法)	130	129	
D007 36	血液ガス分析	146	144	
D007 36	亜鉛 (Z n)	146	144	
D007 36	亜鉛 (Z n) (尿)	146	144	
D007 36	プロコラーゲン-3-ペプチド (P-3-P)	146	144	
D007 36	4 型コラーゲン	146	144	
D007 36	セレン		144	新設
D007 37	ミオグロビン定性	150	147	
D007 37	ミオグロビン定量	150	147	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性	150	147	
D007 37	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量	150	147	
D007 37	アルブミン非結合型ビリルビン	150	147	
D007 39	アンギオテンシン 1 転換酵素 (A C E)	155	152	
D007 39	4 型コラーゲン・7 S	155	152	
D007 39	ビタミン B 1 2	155	152	
D007 40	葉酸	165	162	
D007 44	レムナント様リポ蛋白コレステロール (R L P-C)	194	191	
D007 44	トリプシン	194	191	
D007 44	トリプシン (十二指腸液)	194	191	
D007 45	M a c-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体		200	新設
D007 52	ビタミン B 1	262	259	
D007 53	ビタミン B 2	268	263	
D007 55	プロカルシトニン (P C T) 半定量	320	310	
D007 55	プレセプシン定量	320	310	
D007 56	ビタミン C	320	314	
D008 7	レニン活性	105	103	
D008 8	トリヨードサイロニン (T 3)	110	108	
D008 9	甲状腺刺激ホルモン (T S H)	112	110	
D008 9	ガストリン	112	110	
D008 10	レニン定量	113	111	
D008 11	インスリン (I R I)	114	112	

D008 13	成長ホルモン (GH)	119	117	
D008 13	卵胞刺激ホルモン (FSH)	119	117	
D008 13	卵胞刺激ホルモン (FSH) (尿)	119	117	
D008 13	C-ペプチド (CPR)	119	117	
D008 13	C-ペプチド (CPR) (尿)	119	117	
D008 13	黄体形成ホルモン (LH)	119	117	
D008 14	アルドステロン	133	131	
D008 14	アルドステロン (尿)	133	131	
D008 14	テストステロン	133	131	
D008 14	テストステロン (尿)	133	131	
D008 15	遊離サイロキシシン (FT4)	136	134	
D008 15	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)	136	134	
D008 15	遊離トリヨードサイロニン (FT3)	136	134	
D008 15	コルチゾール	136	134	
D008 15	サイロキシシン結合グロブリン (TBG)	136	134	
D008 18	カルシトニン	143	141	
D008 19	ヒト胎盤性ラクtoゲン (HPL)	146	144	
D008 19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	146	144	
D008 19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) (尿)	146	144	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	150	146	
D008 20	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 (尿)	150	146	
D008 22	プロゲステロン	162	159	
D008 28	1型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)	170	169	
D008 32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	184	181	
D008 33	エストラジオール (E2)	190	187	
D008 33	エストラジオール (E2) (尿)	190	187	
D008 35	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	200	196	
D008 37	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)	210	206	
D008 37	カテコールアミン	210	206	
D008 38	エリスロポエチン	213	209	
D008 41	メタネフリン	233	229	
D008 41	メタネフリン (尿)	233	229	
D008 42	ソマトメジンC	234	230	
D009 2	癌胎児性抗原 (CEA)	110	108	
D009 3	α-フェトプロテイン (AFP)	112	110	
D009 3	組織ポリペプチド抗原 (TPA)	112	110	
D009 3	組織ポリペプチド抗原 (TPA) (尿)	112	110	
D009 3	扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)	112	110	
D009 4	DUPAN-2	126	124	
D009 4	NCC-ST-439	126	124	
D009 4	CA15-3	126	124	
D009 4	前立腺酸ホスファターゼ抗原 (PAP)	126	124	
D009 5	エラスターゼ1	131	129	
D009 6	前立腺特異抗原 (PSA)	136	134	

D009 6	CA19-9	136	134	
D009 8	PIVKA-2 半定量	150	147	
D009 8	PIVKA-2 定量	150	147	
D009 10	シリアルLexi 抗原 (SLX)	155	152	
D009 10	CA125	155	152	
D009 11	核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)	160	155	
D009 13	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	165	162	
D009 14	抗p53抗体	166	163	
D009 17	サイトケラチン19フラグメント (シフラ)	175	172	
D009 23	可溶性メソテリン関連ペプチド		220	新設
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)	320	314	
D009 24	癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液)	320	314	
D009 26	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	460	451	
D010 5	アミノ酸	310	304	
D010 5	アミノ酸 (5種類以上)	1,236	1,212	
D010 7	脂肪酸分画	437	429	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	1,176	
D011 3	不規則抗体	162	159	
D011 5	ABO血液型関連糖転移酵素活性	200	196	
D012 17	HIV-1抗体	118	116	
D012 17	抗酸菌抗体定性	120	116	
D012 18	HIV-1、2抗体定性	123	121	
D012 18	HIV-1、2抗体半定量	123	121	
D012 18	HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性	123	121	
D012 18	HIV-1、2抗原・抗体同時測定定量	123	121	
D012 20	A群β溶連菌迅速試験定性	136	134	
D012 22	カンジダ抗原定性	144	142	
D012 22	カンジダ抗原半定量	144	142	
D012 22	カンジダ抗原定量	144	142	
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (尿)	146	144	
D012 23	ヘモフィルス・インフルエンザb型 (Hib) 抗原定性 (髄液)	146	144	
D012 25	インフルエンザウイルス抗原定性	149	147	
D012 28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	165	164	
D012 32	HTLV-1抗体	180	177	
D012 34	クリプトコックス抗原定性	190	184	
D012 35	アデノウイルス抗原定性 (糞便を除く。)	204	200	
D012 35	肺炎球菌細胞壁抗原定性	204	200	
D012 36	ブルセラ抗体定性	210	206	
D012 36	ブルセラ抗体半定量	210	206	
D012 36	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	210	206	
D012 38	ツツガムシ抗体定性	220	213	
D012 39	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	223	219	
D012 42	レジオネラ抗原定性 (尿)	233	229	
D012 43	デングウイルス抗原定性		233	新設

D012 45	エンドトキシン	262	257	
D012 47	百日咳菌抗体	285	280	
D012 52	HTLV-1 抗体（ウエスタンブロット法）	440	432	
D013 5	HCV 抗体定性・定量	116	114	
D013 5	HCV コア蛋白	116	114	
D013 6	HCV コア抗体	146	144	
D013 7	HBc 抗体半定量・定量	146	145	
D014 5	抗核抗体（蛍光抗体法）定性	110	108	
D014 5	抗核抗体（蛍光抗体法）半定量	110	108	
D014 5	抗核抗体（蛍光抗体法）定量	110	108	
D014 9	抗サイログロブリン抗体	146	144	
D014 9	抗RNP 抗体定性	146	144	
D014 9	抗RNP 抗体半定量	146	144	
D014 9	抗RNP 抗体定量	146	144	
D014 11	抗Sm 抗体定性	162	159	
D014 11	抗Sm 抗体半定量	162	159	
D014 11	抗Sm 抗体定量	162	159	
D014 15	抗DNA 抗体定性	178	173	
D014 16	抗セントロメア抗体定性	190	184	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体定性	200	196	
D014 19	抗ミトコンドリア抗体半定量	200	196	
D014 24	抗カルジオリピン抗体	243	239	
D014 24	抗TSHレセプター抗体（TRAb）	243	239	
D014 25	IgG2（TIA法によるもの）		239	新設
D014 27	抗好中球細胞質プロテイナーゼ3 抗体（PR3-ANCA）	281	276	
D014 27	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）	281	276	
D014 28	ループスアンチコアグラント定性	290	281	
D014 33	IgG2（ネフェロメトリー法によるもの）		388	新設
D014 35	抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）	873	856	
D015 11	β 2-マイクログロブリン	112	110	
D015 11	β 2-マイクログロブリン（尿）	112	110	
D015 11	トランスサイレチン（プレアルブミン）	112	110	
D015 13	α 1-マイクログロブリン	146	144	
D015 13	α 1-マイクログロブリン（尿）	146	144	
D015 13	ハプトグロビン（型補正を含む）	146	144	
D015 17	APRスコア定性	194	191	
D015 20	Bence Jones 蛋白同定（尿）	213	209	
D015 21	免疫電気泳動法（同一検体に対して一連につき）	240	210	
D015 22	C1インアクチベータ	281	276	
D016 2	T細胞サブセット検査（一連につき）	204	200	
D016 6	リンパ球刺激試験（LST）（一連につき）	350	345	
D018 2	細菌培養同定（消化管）	160	180	
D018 3	細菌培養同定（血液）	190	210	
D018 3	細菌培養同定（穿刺液）	190	210	

D018 4	細菌培養同定（泌尿器）	150	170	
D018 4	細菌培養同定（生殖器）	150	170	
D018 5	細菌培養同定（その他）	140	160	
D018 7	嫌気性培養加算	120	118	
D020 1	抗酸菌分離培養（液体培地法）（二酸化炭素センサー）	260	280	
D020 1	抗酸菌分離培養（液体培地法）（酸素感受性蛍光センサー）	260	280	
D020 1	抗酸菌分離培養（液体培地法）（酸化還元呈色色素）	260	280	
D023 3	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	291	286	
D023 4	単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量		287	新設
D023 10	ＨＴＬＶ－１核酸検出		450	新設
D026 8	国際標準検査管理加算		40	新設
D026 11	免疫電気泳動法診断加算		50	新設
D207 2	皮膚灌流圧測定		100	新設
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査	800	1,200	
D211	サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	1,200	
D211	連続呼気ガス分析加算	100	200	
D211-4	シャトルウォーキングテスト		200	新設
D215 8	微小栓子シグナル加算		150	新設
D215-3	超音波エラストグラフィ		200	新設
D222-2	経皮的酸素ガス分圧測定		100	新設
D235-3 1	長期脳波ビデオ同時記録検査 1		3,500	分割
D238 1	脳波検査判断料 1		350	分割
D238 2	脳波検査判断料 2		180	分割
D238 3	遠隔脳波検査判断料 1		350	新設
D239 1	筋電図（１肢につき）	200	300	
D239 1	筋電図（１筋につき）	200	300	
D239-3	神経学的検査	400	450	
D239-5	精密知覚機能検査		280	新設
D261 1	屈折検査（６歳未満）		69	分割
D261 2	屈折検査（１以外）		69	分割
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料 2		180	新設
D282-3 4	コンタクトレンズ検査料 4		50	新設
D317	狭帯域光強調加算		200	新設
D317-2	狭帯域光強調加算		200	新設
D321	コルポスコピー	150	210	
D400 1	血液採取（静脈）	20	25	
D400 2	血液採取（乳幼児）加算	14	20	
D419 6	鼻腔・咽頭拭い液採取		5	新設

8 第４部 画像診断

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

通則

画像診断管理加算 1、加算 2 及び遠隔画像診断における画像診断管理加算について、現行、常勤の医師が保険医療機関において画像診断をするとしているところを、当該保険医療機関

関の常勤の医師が、夜間・休日の緊急時に当該保険医療機関以外の場所で、画像を読影した場合も院内の読影に準じて扱うこととする。

[施設基準等]

夜間又は休日に撮影された画像について、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で、読影した場合も対象となる。
 なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

画像診断に係る小児加算の見直し

E002 撮影、E100 シンチグラム、E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、E200 から E202 までに掲げるコンピューター断層撮影

現 行	改 正
[画像診断] (例) 【E002 撮影】 新生児加算 30/100 乳幼児加算 (3歳未満) 15/100 (他3項目)	[画像診断] (例) 【E002 撮影】 新生児加算 80/100 乳幼児加算 (3歳未満) 50/100 幼児加算 (3歳以上6歳未満) 30/100

[点数マスタ] (新設)

170034170	幼児加算 (画像)	30%加算
170035230	特殊撮影 (診断・撮影) (幼児) (アナログ撮影)	434 点
170035330	特殊撮影 (診断・撮影) (幼児) (デジタル撮影)	447 点
170035430	特殊撮影 (他方同時) (診断・撮影) (幼児) (アナログ撮影)	386 点
170035530	特殊撮影 (他方同時) (診断・撮影) (幼児) (デジタル撮影)	399 点
170035630	I・I 間接撮影 (特殊) (診断・撮影) (幼児) (アナログ撮影)	217 点
170035730	I・I 間接撮影 (特殊) (診断・撮影) (幼児) (デジタル撮影)	223.5 点

[点数計算例]

1 枚撮影の場合

[新生児加算] $68 \text{ 点} \times 1.8 = 122.4 \text{ 点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 122 \text{ 点}$

3 枚撮影の場合

[新生児加算] $68 \text{ 点} \times 1.8 + 68 \text{ 点} \times 1.8 \times 0.5 \times 2 = 244.8 \text{ 点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 245 \text{ 点}$

E002 撮影

[点数マスタ] (新設)

170034270	狭帯域光強調加算 (画像診断)	200 点
-----------	-----------------	-------

E003 造影剤注入手技

【注の見直し】

現 行	改 正
3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影 撮影した場合 3,600 点	3 動脈造影カテーテル法 イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影 撮影した場合 3,600 点

注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400 点を所定点数に加算する。 □ (略)	注 1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400 点を所定点数に加算する。 注 2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000 点を所定点数に加算する。 □ (略)
---	---

[点数マスタ] (新設)

170034870	頸動脈閉塞試験加算（選択的血管造影）	1,000 点
-----------	--------------------	---------

[点数マスタ] (廃止)

170012510	造影剤注入（気管支鏡下）	500 点
-----------	--------------	-------

[点数マスタ] (改定内容ではありませんが新設されたマスタがあります。)

170034310	造影剤注入（点滴注射）（乳幼児）	98 点
170034410	造影剤注入（点滴注射）	97 点
170034510	造影剤注入（点滴注射）（その他）（入院外）	49 点
170034610	造影剤注入（動脈注射）（内臓）	155 点
170034710	造影剤注入（動脈注射）（その他）	45 点

放射線撮影等の適正な評価

[改定内容]

ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を厳格化する。

現 行	改 正
【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】 当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100 分の 20 以上であること。	【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】 当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100 分の <u>30</u> 以上であること。

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間、当該要件を満たしているものとする。

E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）

【項目の見直し、注の追加】

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 1,000 点	1 CT撮影 イ 64 列以上のマルチスライス型の機器による場合 (1) 共同利用施設において行われる場

	合	1,020 点
	(2) その他の場合	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	ロ 16 列以上 64 列未満のマルチスライス型の機器による場合	900 点
ハ 4 列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合	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	750 点
ニ イ、ロ又はハ以外の場合	ニ イ、ロ又はハ以外の場合	560 点
2 脳槽 CT 撮影（造影を含む。）	2 脳槽 CT 撮影（造影を含む。）	2,300 点
	注 8 CT 撮影のイの(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行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。	

〔算定要件〕

「1」の「イ」の「(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（支）局長に届け出た保険医療機関において 64 列以上のマルチスライス型の CT 装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し 64 列以上のマルチスライス型の CT 装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

〔点数マスタ〕（新設）

170034910	CT 撮影（64 列以上マルチスライス型機器）（共同利用施設）	1,020 点
-----------	---------------------------------	---------

〔算定方法〕

① CT 撮影（64 列以上マルチスライス型機器）（共同利用施設）の届出が必要です。

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。

【0237】と【3064】と【3484】

0237	画像診断管理加算 2
3064	CT 撮影（64 列以上マルチスライス型機器）
3484	CT 撮影（施設共同利用率 10%以上）

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）（一連につき）

【項目の見直し、注の追加】

現 行	改 正
1 3 テスラ以上の機器による場合 1,600 点	1 3 テスラ以上の機器による場合 イ 共同利用施設において行われる場合 1,620 点 ロ その他の場合 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	2 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満の機器による場合 1,330 点
3 1 又は 2 以外の場合 920 点	3 1 又は 2 以外の場合 900 点

	注5 MRI撮影について、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、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 注6 MRI撮影の1のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
--	---

〔算定要件〕

- ①「1」の「イ」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において3テスラ以上のMRI装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し3テスラ以上のMRI装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。
- ②「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5 テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

〔点数マスタ〕（新設）

170035010	MRI撮影（3テスラ以上の機器）（共同利用施設）	1,620点	A
170035170	乳房MRI撮影加算	100点	B

〔算定方法〕

- ①MRI撮影（3テスラ以上の機器）（共同利用施設）の届出が必要です。
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。

A	【0237】と【3066】と【3485】
B	【3486】

0237	画像診断管理加算2
3066	MRI撮影（3テスラ以上の機器）
3485	MRI撮影（施設共同利用率10%以上）
3486	乳房MRI撮影加算

9 第5部 投薬

湿布薬

F000 調剤料、F100 処方料、F200 薬剤料、F400 処方せん料、F500 調剤技術基本料

〔改定内容〕

- ①外来患者に対して、1 処方につき 70 枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70 枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ②外来患者に対して、1 処方につき 70 枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70 枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ③湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

※湿布薬とは

貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

[点数マスタ]（新設）

630010007	薬剤料減点（湿布薬薬剤料上限超）	減点
-----------	------------------	----

[算定方法]

- ①現行通りの入力方法により算定します。
- ②70 枚を超える数量を入力した場合には警告を表示します。
- ③70 枚を超える数量で算定した場合は調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料は自動発生しません。
- ④70 枚を超える数量を入力した場合でも診療行為入力画面で算定する点数は、数量に対する点数を表示します。
- ⑤70 枚を超える数量を算定した場合、確認画面では、該当剤の先頭に“(減)”コメントを自動で挿入します。
また、減点する点数を計算し、“薬剤料減点（湿布薬薬剤料上限超）”を自動発生します。
- ⑥70 枚を超える数量で算定したい場合は同一会計内に制限枚数を解除させるため以下のシステム予約マスタを入力します。これを入力すると薬剤料は全量に対する点数計算を行います。

システム予約マスタ（新設）

099200201	湿布薬制限枚数解除
-----------	-----------

この場合、理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載する必要がありますのでコメントコードにより入力します。

（本資料「19 処方せん」の「3 湿布薬の処方に対するコメント」を参照してください。）

⑦点数計算のルール

湿布薬の点数計算では先頭から順番に数量を累積し 70 枚に到達したところまでを算定する点数とし、残りの数量分を減点対象として点数計算を行います。

（例）シップ薬A 薬価 100 円／枚 50 枚 500 点
 シップ薬B 薬価 80 円／枚 30 枚 240 点（10 枚超過▲80 点）
 シップ薬C 薬価 60 円／枚 20 枚 120 点（20 枚超過▲120 点）

薬価の高い湿布薬から順に入力してください。

- ⑧処方せん及び診療報酬明細書に全量や一日分の用量等の記載方法は、剤内にコメントコードにより入力します。

留意事項

外来まとめ入力では、警告メッセージは表示できません。
確認することなく減点した点数計算を行います。

規格単位が“g”である湿布薬の枚数については、入力された数量から医薬品の
1枚当たりの膏体量で除算し枚数を求めています。

現在 1つの医薬品コードに対し 2つの膏体量がある医薬品は以下の 3品目です。

660407074 MS温シップ「タイハウ」

660407077 MS冷シップ「タイハウ」

660412041 パステルハップ

いずれも、20g/枚と 40g/枚です。

この医薬品の枚数換算は、枚数が少なくなる方を優先して枚数を求めるように
しています。今後、QA、記載要領、算定ルール又はレセプト電算システムの記録
方法など情報があればそれに沿った対応を行いますし、また、入力方法について
も再検討を行います。

湿布薬のレセプト記載対応と入力方法の見直し**1 レセプト記載について**

以下の通り対応を行います。

院内院外	70枚超	記載項目	レセプト記載	備考
院内処方	70枚超無	湿布薬	湿布薬名、総量を記載（従前通り）	
		用量又は日数	記載必要	①
		理由	記載不要 ※入力された場合は記載する	
	70枚超有	湿布薬	湿布薬名、総量を記載（従前通り）	
		用量又は日数	記載必要	①
		理由	記載必要 「投薬」欄（23 外用）で記載する	②
院外処方	70枚超無	湿布薬	記載不要	
		用量又は日数	記載不要	
		理由	記載不要 ※入力された場合は記載する	
	70枚超有	湿布薬	記載する 「その他」欄に記載する	③
		用量又は日数	記載不要	
		理由	記載必要 「その他」欄に記載する	

備考① 1日用量又は投与日数

湿布薬と同一剤に入力されたコメントを記載

※用法コードで入力した内容も記載する対応を行う（ただし、設定が必要）

レセプト電算の記録ではコメントコードは剤の先頭か末尾にしか記録できないために同

一剤に複数薬剤を入力する場合は別剤に分ける。又は、コメントコードを湿布薬に関連するとした入力を行う。

備考② **院内処方で 70 枚超えの理由**は、23 外用として記載するため入力方法を変更します。

診療種別. 990 又は. 991（レセプトコメント）を宣言してコメントコードにより入力します。

※②院外処方の場合の方法で入力されても構いません。

診療種別. 231（外用薬剤（院内処方））を宣言してコメントコードにより入力します。

備考③ 湿布薬のみ記載します。

ただし、“湿布薬制限枚数解除” (099200201) 又は、診療種別. 980 を宣言した剤に“70 枚を超えて湿布薬を投与した理由:” (830000052) の入力がある会計に湿布薬の入力がある場合は記載します。

2 入力方法の見直しについて

(1) 院内処方の場合

①湿布薬を 70 枚超えて処方する場合の理由の入力方法を見直します。

摘要欄記載の診療種別 (. 990 又は. 991) 又は、処方せん備考欄に記載する診療種別 (. 980) により入力するように説明していましたが、「投薬」欄の 23 外用に記載するように入力します。

【見直し前の入力方法①】

カコード	名称
. 230	* 外用薬剤
620007813 80	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001 *1	1日5枚
. 980	* コメント（処方せん備考）
099200201	湿布薬制限枚数解除
. 991	* コメント（摘要欄下部表示）
810000001	〇〇のため

【レセプト記載】

23	* ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm 80枚 1日5枚 303× 1
	* 〇〇のため

【見直し前の入力方法②】

入力コード	名称
. 230	* 外用薬剤

620007813 80	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001 *1	1日5枚
.980	*コメント（処方せん備考）
099200201	湿布薬制限枚数解除
.980	*コメント（処方せん備考）
830000052	70枚を超えて湿布薬を投与した理由：〇〇のため

【レセプト記載】

23	*ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm 80枚 1日5枚 303× 1
80	*70枚を超えて湿布薬を投与した理由：〇〇のため



【見直し後の入力方法】

入力コード	名称
.230	*外用薬剤
620007813 80	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001 *1	1日5枚
.980	*コメント（処方せん備考）
099200201	湿布薬制限枚数解除
.231	*外用薬剤
810000001	〇〇のため



830000052 でもよい

【レセプト記載】

23	*ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm 80枚 1日5枚 303× 1 *〇〇のため
----	--

②湿布薬と用量コメントの入力方法を見直します。

レセプト電算の記録では投薬料のコメントは剤の先頭か末尾にまとめて記録します。
このため、湿布薬の剤に別の湿布薬（又は別医薬品）を入力すると、湿布薬に対する
用量コメントがどの湿布薬に対するものか分からなくなりますので、湿布薬は単独剤
として入力するか、又は関係コメントの指示をして入力します。

【見直し前の入力方法】

入力コード	名称
.230	*外用薬剤
620007813 14	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm

810000001	1 日 2 枚
620008249 21	【般先】ゼポラステープ 20mg 7cm×10cm
810000001	1 日 3 枚



【見直し後の入力方法①】

剤を分ける

入力コード	名称
. 230	* 外用薬剤
620007813 14	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001	1 日 2 枚
. 230	* 外用薬剤
620008249 21	【般先】ゼポラステープ 20mg 7cm×10cm
810000001	1 日 3 枚

【見直し後の入力方法②】

関連コメントの指示をする

入力コード	名称
. 230	* 外用薬剤
620007813 14	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001 C	1 日 2 枚
620008249 21	【般先】ゼポラステープ 20mg 7cm×10cm
810000001 C	1 日 3 枚

(2) 院外処方の場合

①入力方法については特に変更はありません。

入力コード	名称
. 230	* 外用薬剤
620007813 80	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001 *1	1 日 5 枚
. 980	* コメント（処方せん備考）
099200201	湿布薬制限枚数解除
. 980	* コメント（処方せん備考）
830000052	70枚を超えて湿布薬を投与した理由：〇〇のため

【レセプト記載】

用量コメントは入力しても記載しません（処方せんには記載が必要）。

80	* 処方せん料（その他）	68 ×	1
	* 一般名処方加算 2（処方せん料）	2 ×	1
	* ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm	80 枚	
	* 70枚を超えて湿布薬を投与した理由：70枚超え理由		
	コメント		

向精神薬多剤投与

F100 処方料、F200 薬剤料、F400 処方せん料

[改定内容]

- ①向精神薬を多種類処方した場合の処方料、処方せん料、薬剤料の減算について、減算対象となる基準を引き下げる。
- ②向精神薬多剤投与に係る報告書について、提出頻度を引き上げ、その報告範囲を各年 6 月のみから通年に拡大する。⇒別紙様式 40 を参照

【項目の見直し、注の見直し、関係通知】

現 行	改 正
【処方料】 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 [算定要件] 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地方厚生（支）局に報告する。 [別紙様式 40] 6 月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること 【薬剤料】 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。 【処方せん料】 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	【処方料】 1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20 点 [算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3 月に 1 回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。 [別紙様式 40] 直近 3 か月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること 【薬剤料】 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、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。 【処方せん料】 1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗

	精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。) を行った場合 30 点
--	---

[算定方法]

現行通りの入力方法により算定します。

外来後発医薬品使用体制加算（院内処方での外来における後発医薬品使用体制の評価）

F100 処方料

[改定内容]

院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

【新設】

改 正	
注 11 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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。	
イ 外来後発医薬品使用体制加算 1	4 点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2	3 点

[施設基準]

- (1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[点数マスタ]（新設）

120004070	外来後発医薬品使用体制加算 1	4 点
120004170	外来後発医薬品使用体制加算 2	3 点

[算定方法]

- ①外来後発医薬品使用体制加算の届出が必要です。

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。

3487	外来後発医薬品使用体制加算 1
3488	外来後発医薬品使用体制加算 2

- ②施設基準の設定により自動算定します。

外来後発医薬品使用体制加算 1 > 外来後発医薬品使用体制加算 2

一般名処方加算**F400 処方せん料****[改定内容]**

- ①後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設されます。
- ②処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載します。

【注の見直し】

現 行	改 正
注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せ んを交付した場合は、処方せんの交付 1 回につき 2 点を加算する。	注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方せ んを交付した場合は、当該処方せんの内 容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの 交付 1 回につきそれぞれ加算する。 イ 一般名処方加算 1 3 点 ロ 一般名処方加算 2 2 点

[算定要件]

①一般名処方加算 1

交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方（2 品目以上の場合に限る。）されている場合に算定します。

②一般名処方加算 2

交付した処方せんに 1 品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定します。

[点数マスタ]

120004270	一般名処方加算 1（処方せん料）	3 点	（新設）
120003570	一般名処方加算（処方せん料） ↓ 一般名処方加算 2（処方せん料）	2 点	（名称変更）

[算定方法]

①一般名処方加算の算定方法

診療行為入力で院外処方として医薬品の入力を行い確認画面へ進むと自動算定します。

後発医薬品が存在する医薬品とは、一般名処方マスターに該当する医薬品とします。

（疑義解釈資料（その 4）より）

（問 22）一般名処方加算 1 について、「後発医薬品のある全ての医薬品（2 品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合」とあるが、先発医薬品のない後発医薬品も一般名で処方される必要があるのか。

（答）そのとおり（ただし、先発医薬品と薬価が同額又は高いものは除く。）。なお、平成 29 年 3 月 31 日までの間は、後発医薬品のある先発医薬品及び先発医薬品に準じたものについてのみ一般名処方されていれば、先発医薬品のない後発医薬品が一般名処方がなされていなくても加算 1 を算定して差し支えない。また、一般名処方加算 2 の対象については従前の通り、先発医薬品のない後発医薬品は含まれない。

この対応に合わせた一般名処方マスタが提供（平成 29 年 3 月 17 日）されました。
点数マスタ（医薬品）の後発医薬品区分を以下のように変更します。

0:後発医薬品でない

1:先発医薬品がある後発医薬品である ←加算 1 と 2 に該当

2:後発医薬品がある先発医薬品である ←加算 1 と 2 に該当

3:先発なし後発医薬品（加算対象） ←加算 1 に該当

4:後発医薬品でない（加算対象） ←加算 1 に該当

7:先発なし後発医薬品（加算非対象）

後発医薬品区分 3 と 4 の画面表示名称は、名称の先頭に加算対象であることを識別可能とするために“加”を表示します。（例：【不般加】セニラン錠 3mg）

一般名処方加算 1 の算定要件を満たす場合は一般名処方加算 1 を自動算定します。
一般名処方加算 1 の算定要件は満たさず、一般名処方加算 2 の算定要件を満たす場合は一般名処方加算 2 を自動算定します。

医薬品の一般名記載の設定ルールは現行通りです。

留意事項

一般名処方マスタの適用日は平成 29 年 3 月 17 日、疑義解釈にある経過措置は平成 29 年 3 月 31 日となります。

平成 29 年 3 月 17 日から月末までは、自動算定された一般名処方加算が不相当と判断された場合は、手入力により算定を行ってください。

- ②後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合に処方せんに理由を記載する方法
診療行為入力で該当剤内にコメントコードにより入力します。又は、処方せん備考欄にコメントを記載する方法（診療区分「.980」指定）により入力します。

理由を記載する内容であるかのチェックは行いません。

※記載方法は不明確

処方せん様式の変更

[改定内容]

処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等を行えるようにする。

[残薬確認欄のチェック]

処方せん備考欄に残薬確認欄が新設されました。

保険医が保険調剤薬局へ指示をする場合、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」に以下のシステム予約マスタを会計内に入力することで処方せんの該当する項目に「×」の編集を行います。

システム予約マスタ（新設）

099209921	保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
099209922	保険医療機関へ情報提供

10 第6部 注射

点数の見直し

区分 番号	項 目	点数		備考
		旧	新	
	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 A・15 歳未満）	780	820	
	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 A・15 歳以上）	580	600	
	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 B・15 歳未満）	630	670	
	外来化学療法加算 1（外来化学療法加算 B・15 歳以上）	430	450	
	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 A・15 歳未満）	700	740	
	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 A・15 歳以上）	450	470	
	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 B・15 歳未満）	600	640	
	外来化学療法加算 2（外来化学療法加算 B・15 歳以上）	350	370	
G000	皮内、皮下及び筋肉内注射（1 回につき）	18	20	
G001	静脈内注射（1 回につき）	30	32	
〃	静脈内注射（乳幼児加算）	42	45	
G004	点滴注射（乳幼児）（1 日分 100mL 以上の場合）	95	98	
〃	点滴注射（乳幼児以外）（1 日分 500mL 以上の場合）	95	97	
〃	点滴注射（その他の場合）（外来）	47	49	
〃	点滴注射（乳幼児加算）	42	45	
G007	腱鞘内注射	25	27	
G012	結膜下注射	25	27	
G012-2	自家血清の眼球注射	25	27	

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射

[改定内容]

区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

G017 腋窩多汗症注射（片側につき）

【新設】

改 正	
G017 腋窩多汗症注射（片側につき）	200 点

[算定要件]

同一側の 2 箇所以上に注射を行った場合においても、1 回のみの算定とする。

[点数マスタ]（新設）

130013310	腋窩多汗症注射（片側）	200 点
-----------	-------------	-------

G020 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用 いる薬剤が注射される一部の患者) イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150 点 (2) (1) 以外の場合 100 点 ロ イ以外の場合 50 点	1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用 いる薬剤が注射される一部の患者) イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180 点 ロ イ以外の場合 45 点
2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40 点	2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40 点

[点数マスタ]

130013410	無菌製剤処理料 1 (閉鎖式接続器具使用)	180 点	(新設)
130012610	無菌製剤処理料 1 (閉鎖式接続器具使用) (揮発性の高い薬剤)	150 点	(廃止)
130012110	無菌製剤処理料 1 (閉鎖式接続器具使用) ((1) 以外)	100 点	(廃止)

※現行のマスタが廃止されます。廃止コードの引継ぎは行いません。

1 1 第 7 部 リハビリテーション

点数の見直し

区分 番号	項 目	点数		備考
		旧	新	
H000	心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ) (1 単位)	105	125	
H002	運動器リハビリテーション料 (Ⅰ) (1 単位)	180	185	

初期加算、早期加算の算定要件の見直し

1. リハビリテーション料の初期加算、早期リハビリテーション加算の対象を、急性疾患及び急性増悪した慢性疾患に限る。疾患別リハビリテーション料における初期加算、早期リハビリテーション加算の算定起算日を見直す。

現 行	改 正
【心大血管疾患リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの [算定できる期間の起算日] 治療開始日	【心大血管疾患リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 心大血管疾患リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの (急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。) [算定できる期間の起算日] <u>発症、手術若しくは急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u>
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの (急性疾患、手術、

	及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。)
【運動器リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 運動器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの	【運動器リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 運動器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。）
【呼吸器リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 呼吸器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの [算定できる期間の起算日] 治療開始日	【呼吸器リハビリテーション料】 注 2 早期リハビリテーション加算 注 3 初期加算 [算定対象] 呼吸器リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。） [算定できる期間の起算日] <u>発症、手術若しくは急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早いもの</u>
	【(新) 廃用症候群リハビリテーション料】 注 早期リハビリテーション加算 [算定できる期間] 廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 30 日 注 初期加算 [算定できる期間] 廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から 14 日

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定している者については、従来通りとする。

2. 疾患別リハビリテーション料について、標準的算定日数等に係る起算日を見直す。

現 行	改 正
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] それぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日以内に限り所定点数を算定する。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [標準的算定日数の起算日] <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 180 日以内に限り所定点数を算定する。</u>
【運動器リハビリテーション料】	【運動器リハビリテーション料】

[標準的算定日数の起算日] それぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日以内	[標準的算定日数の起算日] <u>急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 150 日以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から 150 日以内に限り所定点数を算定する。</u>
	【(新) 廃用症候群リハビリテーション料】 [標準算定日数の起算日] 廃用症候群の診断又は急性増悪から 120 日以内

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合を含む。）及び運動器リハビリテーション料を算定している者については、当該時点における算定上限日数を適用する。

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1 月に 13 単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等（入院中の患者を除く）に対する脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらの評価を適正化しつつ、原則として平成 30 年 3 月までの実施とする。

現 行	改 正
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【廃用症候群リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 [維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数] 本則の 100 分の 90 [要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定 [算定要件] 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として平成 28 年 4 月 1 日以降は「注 4」の対象とはならないものとする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【廃用症候群リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 [維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合に算定する点数] 本則の <u>100 分の 60</u> [要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合] 所定点数の <u>100 分の 80</u> に相当する点数により算定 [算定要件] 要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として<u>平成 30 年 4 月 1 日以降</u>は「注 4」の対象とはならないものとする。

疾患別リハビリテーションの概要

		心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
点数/1 単位 () 内上限日 数超	I	205 点 (205 点)	245 点 (147 点)	180 点 (108 点)	185 点 (111 点)	175 点 (175 点)
	II	125 点 (125 点)	200 点 (120 点)	146 点 (88 点)	170 点 (102 点)	85 点 (85 点)
	III	—	100 点 (60 点)	77 点 (46 点)	85 点 (51 点)	—
上限日数超基準未 適合減算		—	100 分の 80	100 分の 80	100 分の 80	—
算定単位数 [] 内上限日数超		6 単位/1 日 (9 単位/1 日) [13 単位/月]	6 単位/1 日 (9 単位/1 日) [13 単位/月]	6 単位/1 日 (9 単位/1 日) [13 単位/月]	6 単位/1 日 (9 単位/1 日) [13 単位/月]	6 単位/1 日 (9 単位/1 日) [13 単位/月]
算定上限日数		150 日	180 日	120 日	150 日	90 日
起算日		治療開始日	発症、手術、急性増悪又は最初に診断された日	診断、急性増悪	発症、手術、急性増悪又は最初に診断された日	治療開始日
早期リハ加算 起算日 30 日以内		30 点 (入院)	30 点 (入院・外来)	30 点 (入院)	30 点 (入院・外来)	30 点 (入院)
起算日		発症、手術、急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早い日	発症、手術、急性増悪	廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪	発症、手術、急性増悪	発症、手術、急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早い日
初期加算 起算日 14 日以内		45 点 (入院)	45 点 (入院・外来)	45 点 (入院)	45 点 (入院・外来)	45 点 (入院)
起算日		発症、手術、急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早い日	発症、手術、急性増悪	廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪	発症、手術、急性増悪	発症、手術、急性増悪から 7 日目又は治療開始日のいずれか早い日
目標設定初回算定 上限日数		—	60 日	40 日	50 日	—
目標設定未算定減算		—	100 分の 90	100 分の 90	100 分の 90	—

疾患別リハビリテーションの早期・初期加算の起算日について

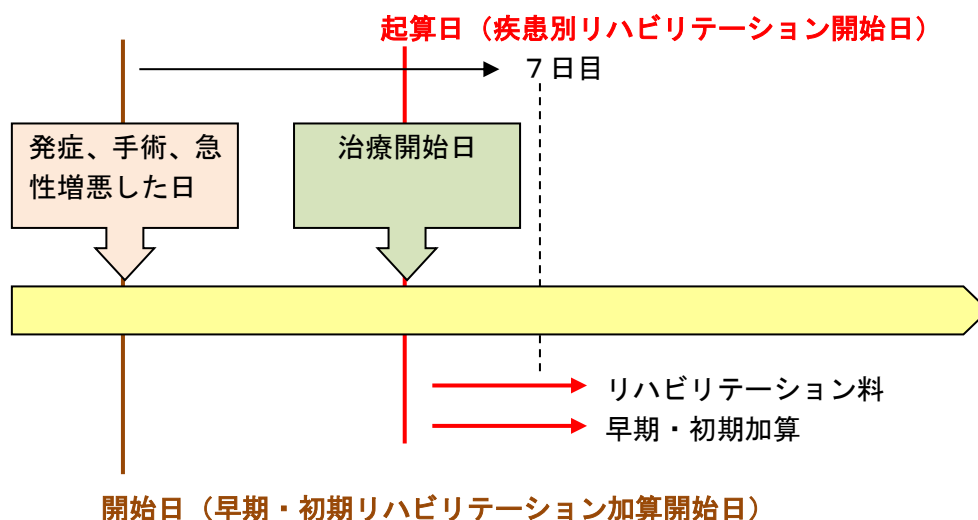
1 心大血管疾患リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの場合

疾患別リハビリテーション開始日は治療を開始した日、早期・初期リハビリテーション加算開始日は発症、手術、急性増悪した日にそれぞれ入力します。

治療開始日と発症、手術、急性増悪した日が同一であっても両方の開始日を入力します。

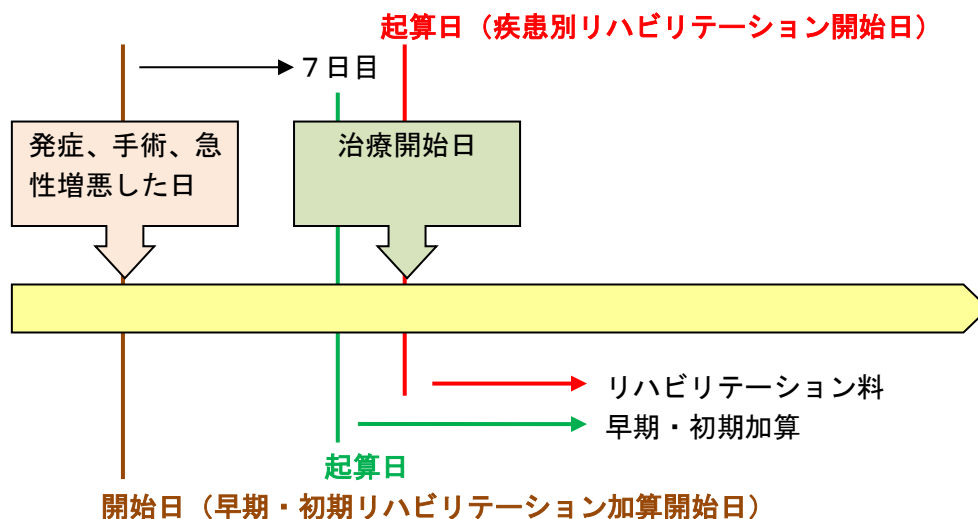
2つの開始日を入力することで早期加算及び初期加算の算定上限期間チェックを行います。これにより起算日は以下の2つのケースとなります。

- ① 発症、手術、急性増悪した日から7日目より治療開始日が高い場合
(早期・初期加算の起算日が治療開始日となる場合)



※発症、手術、急性増悪した日に早期・初期リハビリテーション加算開始日を入力しても算定上限期間チェックの起算日は治療開始日とします。

- ② 発症、手術、急性増悪した日から7日目が治療開始日より早い場合
(早期・初期加算の起算日が治療開始日とならない場合)



【注意】

早期・初期リハビリテーション加算開始日は発症、手術、急性増悪した日に入力します。

システムでは早期・初期リハビリテーション加算開始日を入力した日から7日目と治療開始日を入力した日を比較して起算日を決定します。

疾患別リハビリテーション開始日から30日より前に入力された早期・初期リハビリテーション加算開始日は当該リハビリテーションの起算日とはみなしません。

また、レセプトの発症、手術、急性増悪した日は早期・初期リハビリテーション開始日の日付で記載を行います。

※レセプトへの記載については4月提供のパッチで対応します。

2 心大血管疾患リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション以外の場合

疾患別リハビリテーションの早期加算及び初期加算の起算日を疾患別リハビリテーション開始日と異なる場合、それぞれの早期・初期リハビリテーション加算開始日を入力します。未入力の場合は疾患別リハビリテーション開始日を起算日とします。

ただし、廃用症候群リハビリテーションの場合、診断、急性増悪の日と廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪の日が同一であっても両方の開始日を入力します。

[システム予約マスタ] (新設)

099800211	心大血管疾患（早期・初期）リハビリテーション加算開始日
099800221	脳血管疾患等（早期・初期）リハビリテーション加算開始日
099800231	運動器（早期・初期）リハビリテーション加算開始日
099800241	呼吸器（早期・初期）リハビリテーション加算開始日
099800291	廃用症候群（早期・初期）リハビリテーション加算開始日

最初に診断された日が起算日になる場合の入力について

最初に診断された日がリハビリテーションの起算日となる場合は、リハビリ発症日を「診断日」として記載するために以下のいずれかの方法で入力します。

① 診療行為での入力方法

開始日コードと同一剤にコメントコード“840000058 日”を入力します。

（日付の入力は不要です）

※診断日コメントが提供されていないのでこのコメントコードで対応します。

入力コード	名称
099800131	* 運動器リハビリテーション開始日
840000058	日

② 算定履歴画面の「コメント」での入力方法

コメント欄に“診断◇日”と入力します。（◇は空白）

※レセプトへの記載については4月提供のパッチで対応します。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

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 ロ 廃用症候群の場合 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 ロ 廃用症候群の場合 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 ロ 廃用症候群の場合 77 点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1 単位) 245 点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1 単位) 200 点 3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1 単位) 100 点
注 1～4 (略) 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。	注 1～4 (略) 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 <u>80</u> に相当する点数により算定する。 注 6 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から 60 日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去 3 月以内に H O O 3－4 に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、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]

(新設)

180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院)	147 点	A
180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・入院)	120 点	B
180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・入院)	60 点	C

(新設：平成 28 年 10 月 1 日より)

180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (リ減)	221 点	A
180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (リ減)	180 点	B
180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (リ減)	90 点	C
180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) (リ減)	132 点	A
180050730	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外) (リ減)	132 点	D

180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）	108 点	B
180050930	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）	108 点	E
180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）	54 点	C
180051130	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）	54 点	F
180051230	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減	106 点	A
180051330	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減	86 点	B
180051430	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減	43 点	C

(廃止)

180032410	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（廃用症候群）	180 点
180032510	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（廃用症候群）	146 点
180032610	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（廃用症候群）	77 点
180034010	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・廃用症候群）	162 点
180034210	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・廃用症候群）	131 点
180034410	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・廃用症候群）	69 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
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
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脳血管疾患等リハビリテーション料の届出が必要です。

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。

A	【0732】
B	【0733】
C	【0734、0733】
D	【0732】と【3351】
E	【0733】と【3352】
F	【0734、0733】と【8008】

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）
3351	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（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（２）（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）（注５に規定する施設基準）（名寄せコード）

②目標設定等支援・管理料の算定によるリハビリテーション料の減算規定の算定方法については、「H003-4 目標設定等支援・管理料」を参照してください。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

【新設】

改 正		
H001-2 廃用症候群リハビリテーション料		
1	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（１単位）	180 点
2	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（１単位）	146 点
3	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（１単位）	77 点
注 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等		

に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から 120 日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120 日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注 1 本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から 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。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注 1 本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から 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。

4 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から 120 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 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1 単位)	108 点
ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1 単位)	88 点
ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1 単位)	46 点

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 80 に相当する点数により算定する。

6 注 1 本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から 40 日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去 3 月以内に H O O 3 - 4 に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

[算定要件]

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、廃用症候群の診断又は急性増悪から 120 日以内に限り所定の点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120 日を超えて所定点数を算定することができる。

（※）急性疾患等（治療の有無を問わない。）に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

[施設基準]

（1）廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）につき、それぞれ脳血管疾患等リ

ハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）と同様。

- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。
- (3) 専従の常勤言語聴覚士については、第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。

[点数マスタ]（新設）

180044610	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅰ単位）	180 点	A
180044710	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（Ⅰ単位）	146 点	B
180044810	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（Ⅰ単位）	77 点	C
180044910	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（要介護・入院）	108 点	A
180045010	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（要介護・入院外）	108 点	D
180045110	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（要介護・入院）	88 点	B
180045210	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（要介護・入院外）	88 点	E
180045310	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（要介護・入院）	46 点	C
180045410	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（要介護・入院外）	46 点	F
180045530	廃用症候群リハビリテーション料 1（要介護）基準不適合	86 点	A
180045630	廃用症候群リハビリテーション料 2（要介護）基準不適合	70 点	B
180045730	廃用症候群リハビリテーション料 3（要介護）基準不適合	37 点	C

（新設：平成 28 年 10 月 1 日より）

180051530	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（リ減）	162 点	A
180051630	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（リ減）	131 点	B
180051730	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（リ減）	69 点	C
180051830	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（要介護・入院）（リ減）	97 点	A
180051930	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（要介護・入院外）（リ減）	97 点	D
180052030	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（要介護・入院）（リ減）	79 点	B
180052130	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（要介護・入院外）（リ減）	79 点	E
180052230	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（要介護・入院）（リ減）	41 点	C
180052330	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（要介護・入院外）（リ減）	41 点	F
180052430	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（要介護）基準不適合・リ減	78 点	A
180052530	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（要介護）基準不適合・リ減	63 点	B
180052630	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（要介護）基準不適合・リ減	33 点	C

[算定方法]

- ①廃用症候群（脳血管疾患等）リハビリテーション料の届出が必要です。
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。

A	【0732】
B	【0733】
C	【0734、0733】
D	【0732】と【3351】
E	【0733】と【3352】

F	【0734、0733】と【8008】
---	--------------------

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）
3351	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（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（２）（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）（注５に規定する施設基準）（名寄せコード）

②経過措置の算定期間

廃用症候群リハビリテーション開始日を脳血管疾患リハビリテーション（廃用症候群）の開始日として入力します。

４月以降、廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合に廃用症候群リハビリテーション開始日が平成２８年３月以前であれば算定上限日数を１８０日とします。

システム予約マスタ（新設）

099800191	廃用症候群リハビリテーション開始日
099800192	廃用症候群リハビリテーション終了日

③目標設定等支援・管理料の算定によるリハビリテーション料の減算規定の算定方法については、「H003－４目標設定等支援・管理料」を参照してください。

H002 運動器リハビリテーション料

【注の見直し】

現 行	改 正
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 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	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、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から１５０日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月１３単位に限り、算定できるものとする。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） １１１点 ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （１単位） １０２点 ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （１単位） ５１点 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。	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 <u>80</u> に相当する点数により算定する。 ６ 注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50 日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨＯＯ３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、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] (新設)

180045810	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院）	111 点	A
180045910	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院）	102 点	B
180046010	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院）	51 点	C

(新設：平成 28 年 10 月 1 日より)

180052730	運動器リハビリテーション料（１）（リ減）	167 点	A
180052830	運動器リハビリテーション料（２）（リ減）	153 点	B
180052930	運動器リハビリテーション料（３）（リ減）	77 点	C
180053030	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院）（リ減）	100 点	A
180053130	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）（リ減）	100 点	D
180053230	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）	92 点	B
180053330	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）	92 点	E
180053430	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）	46 点	C
180053530	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）	46 点	F
180053630	運動器リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減	80 点	A
180053730	運動器リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減	73 点	B
180053830	運動器リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減	37 点	C

[算定方法]

①運動器リハビリテーション料の届出が必要です。

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。

A	【0828】
B	【0829】
C	【0830、0829、0828】
D	【0828】と【3354】
E	【0829】と【3355】
F	【0830、0829、0828】と【8009】

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）
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）

- ②目標設定等支援・管理料の算定によるリハビリテーション料の減算規定の算定方法については、「H003-4 目標設定等支援・管理料」を参照してください。

H003-4 目標設定等支援・管理料

【新設】

改 正	
H003-4 目標設定等支援・管理料	
1	初回の場合 250 点
2	2回目以降の場合 100 点
注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。	

【算定要件】

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- ① 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。
 - ② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。
 - ア) 説明時点までの経過
 - イ) 治療開始時及び説明時点の ADL 評価（Barthel Index 又は FIM による評価の得点及びその内訳を含む。）
 - ウ) 説明時点における患者の機能予後の見通し
 - エ) 医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。
 - オ) 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ)の目標にどのように関係するか。
 - ③ ①及び②の交付、説明は、リハビリテーション実施計画書の説明、又はリハビリテーション総合計画書の交付、説明の機会に一体として行って差し支えない
 - ④ 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者又は患者の看護に当たる家族等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案する。

- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

[経過措置]

目標設定等支援・管理料を算定していない場合の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション料の減算については、平成28年10月1日から実施する。

[点数マスタ] (新設)

180046110	目標設定等支援・管理料（初回）	250 点
180046210	目標設定等支援・管理料（2回目以降）	100 点

[経過措置の減算規定の算定方法]

- ①算定する患者（要介護被保険者等）については、患者登録で介護認定情報の設定をします。
介護認定情報は患者登録の「その他」タブ画面にあります。
- ②診療行為入力から算定するコードを入力します。
※疾患別リハビリテーション料の起算日が入力されていること

[経過措置の減算規定対応によるチェック等]

- ①目標設定等支援・管理料の初回と2回目以降の3月に1回の算定チェックを行う。
※疑義解釈（その7）より別の疾患が発生した場合初回の再算定が可能とされた。
- ②患者登録で介護認定情報の登録がある場合にチェックを行う。
- ③疾患別リハビリテーション料の算定日が減算適用開始日（平成28年10月1日）以降の場合に減点等のチェックを行う。
- ④疾患別リハビリテーション料を算定する日の直近3か月以内に目標設定等支援・管理料の算定が有る場合は減算対象とはならない。

直近3か月以内とは？（疑義解釈資料（その7）より）

リハビリテーション料を算定する月の前月を1月目と数えた上で、3月目の初日以降に目標設定等支援・管理料を算定していない場合が該当し、例えば、以下の期間に算定していない場合をいう。

例1) 10月1日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合

7月1日～10月1日

例2) 10月25日に脳血管疾患等リハビリテーションを算定する場合

7月1日～10月25日

- ⑤疾患別リハビリテーション料を算定する日の直近3か月以内に目標設定等支援・管理料の算定が無い場合は減算対象とする。

目標設定等支援・管理料と該当する疾患別リハビリテーションの算定例について

運動器リハビリテーションを算定する要介護・要支援者の場合の算定例となります。

また、起算日は入力された「運動器リハビリテーション開始日」となります。

- ①目標設定等支援・管理料を算定していない場合

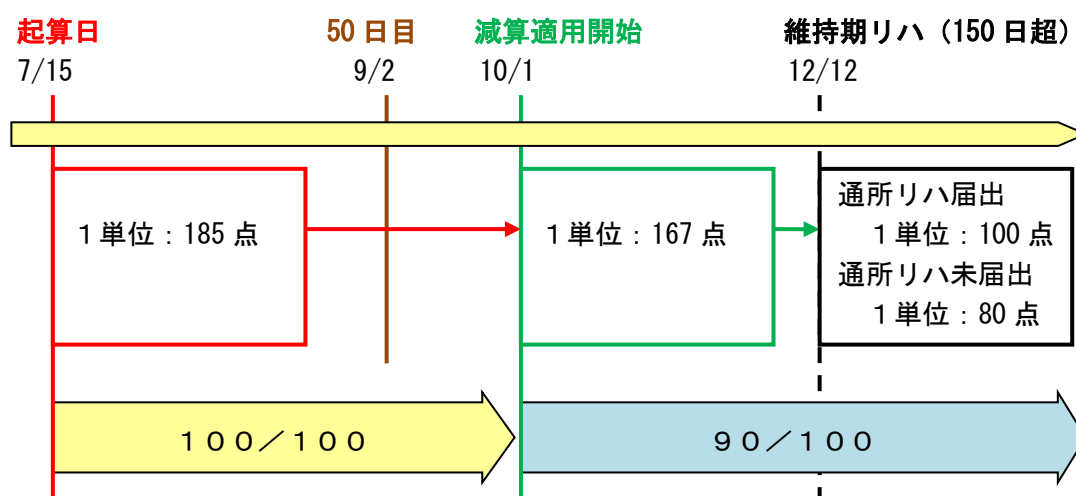
起算日：平成 28 年 7 月 15 日

算定日数上限の 1/3（運動器リハ 50 日目）：平成 28 年 9 月 2 日

減算適用開始日：平成 28 年 10 月 1 日

算定日数上限（運動器リハ 150 日目）：平成 28 年 12 月 11 日

維持期リハ開始日：平成 28 年 12 月 12 日



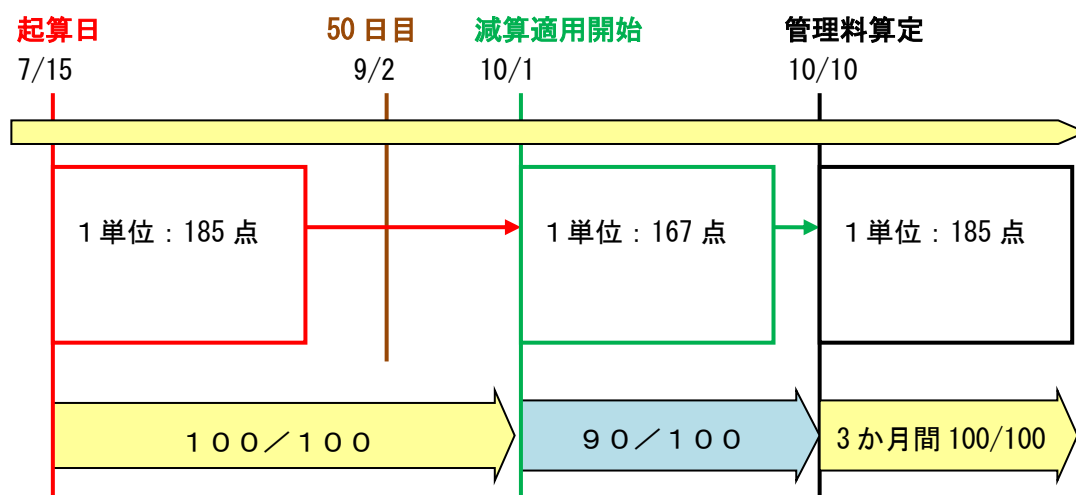
②減算適用開始日以降に目標設定等支援・管理料を算定した場合

起算日：平成 28 年 7 月 15 日

算定日数上限の 1/3（運動器リハ 50 日目）：平成 28 年 9 月 2 日

減算適用開始日：平成 28 年 10 月 1 日

管理料算定日：平成 28 年 10 月 10 日（運動器リハと同時算定でも減算なし）



③減算適用開始日前に目標設定等支援・管理料を算定した場合

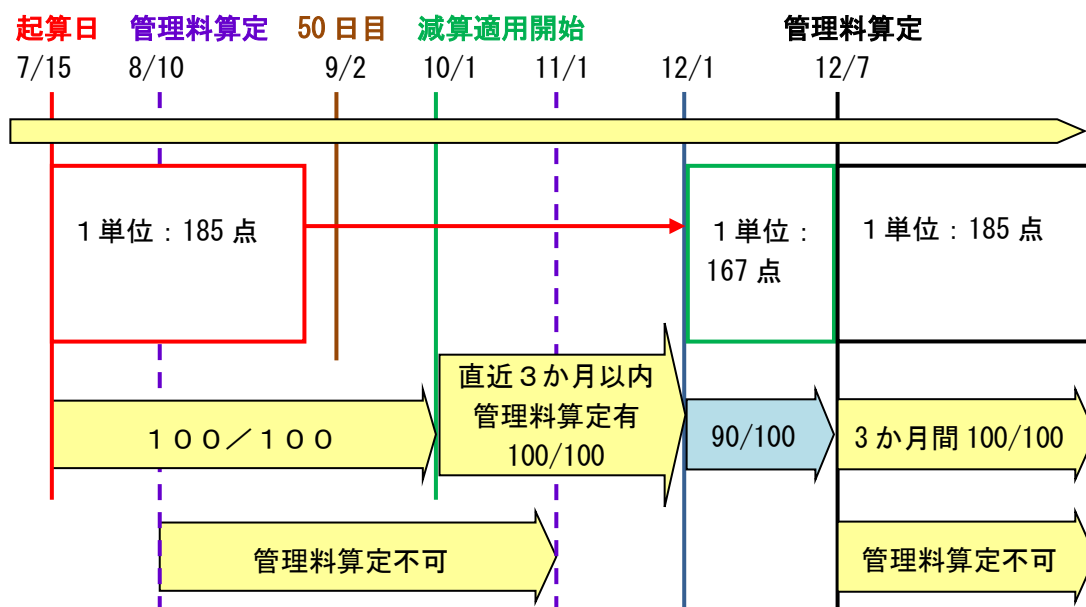
起算日：平成 28 年 7 月 15 日

管理料算定日：平成 28 年 8 月 10 日

算定日数上限の 1/3（運動器リハ 50 日目）：平成 28 年 9 月 2 日

減算適用開始日：平成 28 年 10 月 1 日

管理料算定日から 3 月：平成 28 年 11 月 1 日



H004 摂食機能療法（1日につき）

【注の見直し】

現 行	改 正
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、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。	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、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、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 経口摂取回復促進加算 1 185 点 ロ 経口摂取回復促進加算 2 20 点

〔点数マスタ〕（新設）

180046370	経口摂取回復促進加算 2	20 点
-----------	--------------	------

〔算定方法〕

①経口摂取回復促進加算 2 の届出が必要です。

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。

3489	経口摂取回復促進加算 2
------	--------------

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

【新設】

改 正		
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料	
1	重症の場合	200 点

2 1 以外の場合 100 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、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回算定する。

2 1 の場合は月 1 回（当該治療を開始した日の属する月から起算して 2 月以内は計 11 回）を限度として、2 の場合は 6 月に 1 回を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

〔算定要件〕

- (1) リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ期後期以降を重症とする。
- (2) 重症の場合は治療を開始した月とその翌月は 2 月合わせて 11 回を限度として、治療を開始した月の翌々月からは月 1 回を限度として所定の点数を算定する。重症以外の場合は、6 月に 1 回を限度として所定の点数を算定する。
- (3) 専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師（当該保険医療機関に勤務する者で、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、保険医療機関において 2 年以上業務に従事し、施設基準に定める適切な研修を修了した者に限る。）が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。
- (4) 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については 1 回 40 分以上、それ以外の場合は 1 回 20 分以上行った場合に算定する。なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと（行わない医学的理由がある場合を除く。）。

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師 1 名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士 1 名が勤務していること。
 - ① それぞれの資格を取得後 2 年以上経過していること。
 - ② 直近 2 年以内にリンパ浮腫を 5 例以上診療していること（医師の場合に限る。）。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修（座学が 33 時間以上、実習が 67 時間以上行われ、修了に当たって試験が行われるもの。）を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関において、直近 1 年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができること。

〔点数マスタ〕（新設）

180046410	リンパ浮腫複合的治療料（重症）	200 点
180046510	リンパ浮腫複合的治療料（1 以外）	100 点

〔算定方法〕

- ① リンパ浮腫複合的治療料の届出が必要です。

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。

3490	リンパ浮腫複合的治療料
------	-------------

1 2 第 8 部 精神科専門療法

点数の見直し

区分 番号	項 目	点 数		備考
		旧	新	
I012	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週３日目まで３０分以上）	575	580	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週３日目まで３０分未満）	440	445	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週４日目以降３０分以上）	675	680	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（保健師等・週４日目以降３０分未満）	525	530	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週３日目まで３０分以上）	525	530	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週３日目まで３０分未満）	400	405	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週４日目以降３０分以上）	625	630	
〃	精神科訪問看護・指導料（１）（准看護師・週４日目以降３０分未満）	485	490	
〃	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分以上）（同日２人）	575	580	
〃	精訪看（３）（保健師等・週３日目まで３０分未満）（同日２人）	440	445	
〃	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分以上）（同日２人）	675	680	
〃	精訪看（３）（保健師等・週４日目以降３０分未満）（同日２人）	525	530	
〃	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	293	
〃	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	225	
〃	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	343	
〃	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	268	
〃	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分以上）（同日２人）	525	530	
〃	精訪看（３）（准看護師・週３日目まで３０分未満）（同日２人）	400	405	
〃	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分以上）（同日２人）	625	630	
〃	精訪看（３）（准看護師・週４日目以降３０分未満）（同日２人）	485	490	
〃	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	268	
〃	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	205	
〃	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	318	
〃	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	248	

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（１回につき）

【注の見直し、注の追加】

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（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。	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。ただし、注 4 に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
	4 特定機能病院若しくは区分番号 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又は当該保険医療機関以外の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保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1 回に限り算定する。 イ 16 歳未満の患者に通院・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 2 年以内の期間に行った場合に限る。） 500 点 ロ 20 歳未満の患者に 60 分以上の通院・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 3 月以内の期間に行った場合に限る。） 1,200 点 5 （略） 6 当該患者に対して、1 回の処方において、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
--	---

[算定要件]

当該患者に対して、1 回の処方において、抗精神病薬が 3 種類以上又は抗うつ薬が 3 種類以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

[別に厚生労働大臣が定める場合]

①～③の全てを満たすこと。

- ① 当該保険医療機関において、3 種類以上の抗うつ薬及び 3 種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。（平成 28 年 9 月までは全ての医療機関が当該要件を満たすものとして扱う。）
- ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。
- ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。

[点数マスタ]（新設）

180047270	児童思春期精神科専門管理加算（16 歳未満）	500 点
-----------	------------------------	-------

180047370	児童思春期精神科専門管理加算（20歳未満）	1,200 点
-----------	-----------------------	---------

[算定方法]

①精神科の届出が必要です。

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。

【0023】と【0003、3039、3491】

0023	精神科
0003	特定機能病院
3039	児童・思春期精神科入院医療管理料
3491	児童思春期精神科専門管理加算

②システム予約コード（099830102 通院・在宅精神療法開始日）を入力して開始日を決定します。

③16歳未満で開始日より2年未満で施設基準の設定を満たす場合

「180047270 児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）」を自動発生します。

④③以外で20歳未満で開始日より1年未満で施設基準の設定を満たす場合

「180020570 通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」を自動発生します。

※自動発生はシステム管理で自動発生する設定とした場合のみです。

「1038 診療行為機能情報 6：精神療法20歳未満加算」

※3月末までに通院精神療法の算定あり、③の条件に当てはまる時、DOで入力すると

④の加算が入力されていれば、④を手入力したことになります。

③を算定したい場合は、通院精神療法のみ手入力して下さい。

⑤「180047370 児童思春期精神科専門管理加算（20歳未満）」を算定する場合は手入力します。

開始日より3カ月以上は警告表示します。

開始日からの当日までに「180047370 児童思春期精神科専門管理加算（20歳未満）」が算定済みであれば警告表示します。

⑥「180020570 通院・在宅精神療法（20歳未満）」、

「180047270 児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）」を手入力した場合、それぞれ開始日からの期間チェックを行い警告表示します。また、手技料のチェックも行います。

[平成 28 年 7 月 1 日実施]（「注 6」の減算規定）

[点数マスタ]（新設）

180049130	通院精神療法（初診時精神保健指定医等・3種類以上抗うつ薬等減算）	300 点
180049230	通院精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分以上）	200 点
180049330	通院精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分未満）	165 点
180049430	在宅精神療法（初診時精神保健指定医等・3種類以上抗うつ薬等減算）	300 点
180049530	在宅精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（60分以上）	270 点
180049630	在宅精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分以上）	200 点
180049730	在宅精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分未満）	165 点
180049830	家族通院精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分以上）	200 点
180049930	家族通院精神療法（3種類以上抗うつ薬等減算）（30分未満）	165 点

180050030	家族在宅精神療法（３種類以上抗うつ薬等減算）（３０分以上）	200 点
180050130	家族在宅精神療法（３種類以上抗うつ薬等減算）（３０分未満）	165 点

[算定方法]

①精神科の届出が必要です。

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。

0023	精神科
------	-----

②基本コード（減算なし）を入力している同一会計内に３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬が入力されている場合は、「登録」ボタンを押した時にチェックを行い警告表示します。

算定要件を満たす場合はそのまま基本点数を算定します。

算定要件を満たさない場合は上記の合成コード（減算あり）に変更入力を行い減算点数を算定します。

③合成コード（減算あり）を入力している同一会計内に３種類以上の抗うつ薬及び３種類以上の抗精神病薬が入力されていない場合は、「登録」ボタンを押した時にチェックを行い警告表示します。

算定要件を満たす場合は基本コード（減算なし）に変更入力を行い基本点数を算定します。

I 0 0 2-2 精神科継続外来支援・指導料（１日につき）

【注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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。	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、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。 3、4 （略） 5 当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（注 2 に規定する場合を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

[算定要件]

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、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。

当該患者に対して、１回の処方において、抗精神病薬が３種類以上又は抗うつ薬が３種類
ORCA Project Copyright(C)2016 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

以上処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

[別に厚生労働大臣が定める場合]

①～③の全てを満たすこと。

- ① 当該保険医療機関において、3 種類以上の抗うつ薬及び 3 種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。(平成 28 年 9 月までは全ての医療機関が当該要件を満たすものとして扱う。)
- ② 当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。
- ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。

[平成 28 年 7 月 1 日実施] (「注 5」の減算規定)

[点数マスタ] (新設)

180050230	精神科継続外来支援・指導料 (3 種類以上抗うつ薬等減算・注 2 除く)	28 点
-----------	--------------------------------------	------

[算定方法]

①精神科の届出が必要です。

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。

0023	精神科
------	-----

②基本コード (減算なし) を入力している場合で同一会計内に 3 種類以上の抗不安薬又は 3 種類以上の睡眠薬又は 3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬が入力されている場合は、「登録」ボタンを押した時に以下のチェックを行います。

向精神薬多剤投与の逡減について警告表示します。

逡減する場合は精神科継続外来支援・指導料は算定不可とする内容を警告表示します。
(現行通り)

逡減しない場合は 3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬が入力されている場合は減算規定について警告表示します。

算定要件を満たす場合はそのまま基本点数を算定します。

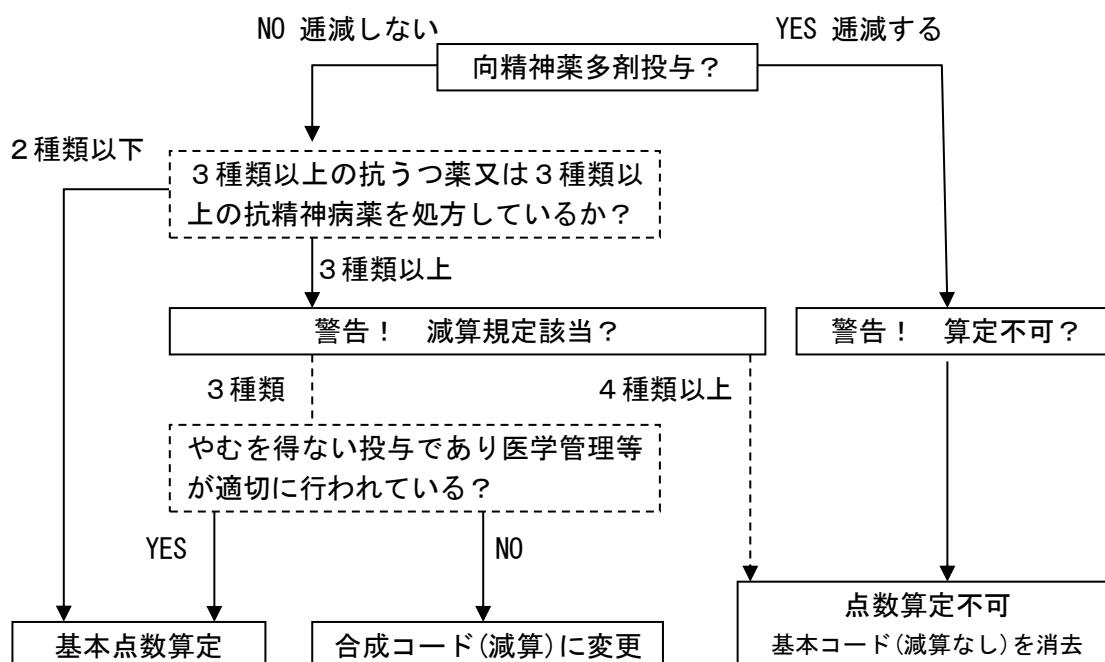
算定要件を満たさない場合は上記の合成コード (減算あり) に変更入力を行い減算点数を算定します。

③合成コード (減算あり) を入力している同一会計内で向精神薬多剤投与の逡減警告の表示がされない内容の場合又は向精神薬多剤投与の逡減警告に「N0」とした場合は、「登録」ボタンを押した時にチェックを行い警告表示します。

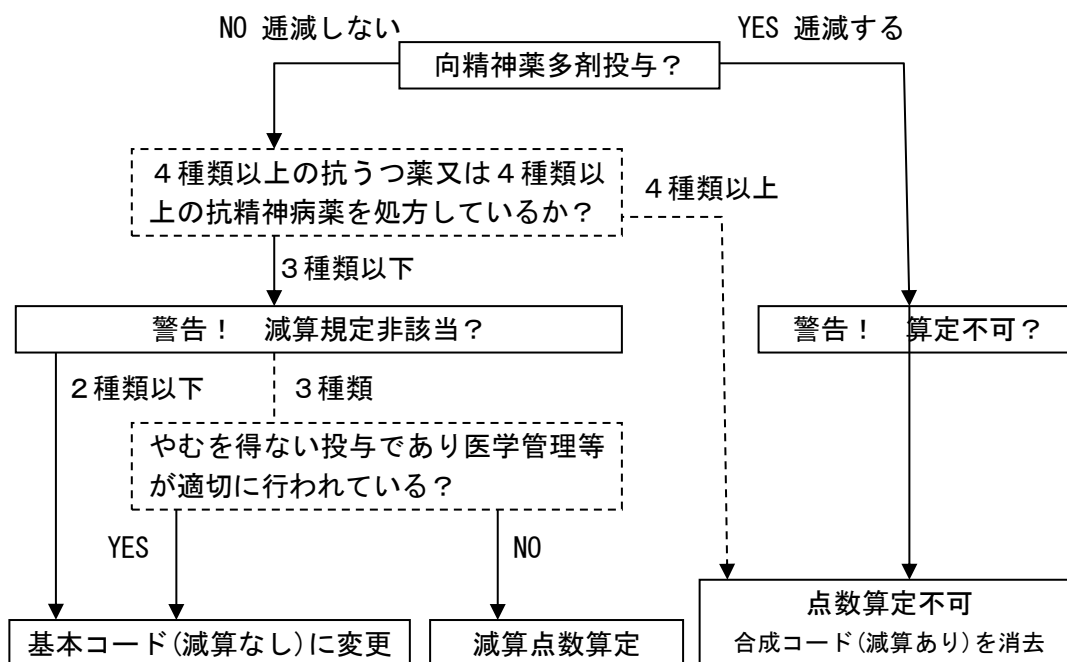
算定要件を満たす場合は基本コード (減算なし) に変更入力を行い基本点数を算定します。

[算定方法フローチャート]

①基本コード（減算なし）を入力 ※基本コード：180031410

向精神薬の種類数は臨時投与分を除く数

②合成コード（減算あり）を入力 ※合成コード：180050230

向精神薬の種類数は臨時投与分を除く数

I 0 0 2－3 救急患者精神科継続支援料**【新設】**

改 正	
I 0 0 2－3 救急患者精神科継続支援料	
1 入院中の患者	435 点
2 入院中の患者以外	135 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、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。	
2 入院中の患者については、入院した日から起算して 6 月以内の期間に月 1 回に限り、算定する。	
3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後 6 月以内に限り、計 6 回を限度として算定する。	

【算定要件】

- (1) 自殺企図後の患者に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。
- (2) 継続支援料 1 は、週 1 回以上の診察を行っている精神科医が、又は当該精神科医の指示に基づき看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者に助言・指導等を行った場合に算定する。
- (3) 継続支援料 2 は、入院中に当該患者の指導を担当した精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士等が、入院中の患者以外の患者に、1 ヶ月間に 2 回以上、電話等で指導等を行った上で、外来で指導等を行った場合に算定する。

【施設基準】

自殺企図後の精神疾患の患者への指導に係る適切な研修を受けた専任の常勤医師 1 名及び適切な研修を受けた専任の常勤看護師又は専任の常勤精神保健福祉士等 1 名が適切に配置されていること。

【点数マスタ】（新設）

180047610	救急患者精神科継続支援料（入院）	435 点
180047710	救急患者精神科継続支援料（入院外）	135 点

【算定方法】

- ①救急患者精神科継続支援料の届出が必要です。

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。

3492	救急患者精神科継続支援料
------	--------------

I 0 0 3－2 認知療法・認知行動療法（1 日につき）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500 点	1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500 点

2	1 以外の場合	420 点	2	1 以外の医師による場合	420 点
			3	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と看護師が共同で行う場合	350 点

[点数マスタ] (新設)

180047810	認知療法・認知行動療法（精神保健指定医と看護師が共同で行う場合）	350 点
-----------	----------------------------------	-------

[算定方法]

①認知療法・認知行動療法の届出が必要です。

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。

3493	認知療法・認知行動療法 3
------	---------------

1006-2 依存症集団療法（1 回につき）

【新設】

改 正	
1006-2	依存症集団療法（1 回につき） 340 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、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して 6 月以内に限り、週 1 回を限度として算定する。ただし、特に必要性を認め、治療開始日から起算して 6 月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して 2 年以内に限り、更に週 1 回かつ計 24 回を限度として算定できる。 2 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	

[算定要件]

- (1) 医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士（いずれも研修を修了した者に限る。）が、薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で集団療法を実施した場合に、6 月以内に限り、週 1 回を限度として算定する。
ただし、医学的に必要な場合には、治療開始日から 2 年以内に限り、別途、週 1 回かつ計 24 回を限度として算定できる。
- (2) 1 回に 20 人を限度とし、90 分以上実施した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 専任の精神科医師及び専任の看護師、作業療法士（いずれも研修を修了した者に限る。）が勤務していること。
- (2) 当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか 1 名以上（研修を修了した者に限る。）が専従していること。

[記載要領]

依存症集団療法を算定した場合は、治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

[点数マスタ] (新設)

180047910	依存症集団療法	340 点
-----------	---------	-------

[算定方法]

①精神科及び依存症集団療法の届出が必要です。

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。

0023	精神科
3494	依存症集団療法

②依存症集団療法を算定した場合、治療開始日を記載することとなりました。

診療行為入力にて治療開始日にシステム予約マスタ「依存症集団療法開始日」を入力します。これにより、依存症集団療法と同一剤に治療開始日を自動記載します。

※レセプトへの記載については 4 月提供のパッチで対応します。

1008-2 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 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 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は、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

1009 精神科デイ・ケア（1日につき）

【注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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は、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。 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3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する

	点数により算定する。
--	------------

[算定要件]

3年以上継続してデイ・ケア等を利用している者が、週4日以上算定する場合には、週4日目以降に算定する点数を逡減する。(ただし、精神疾患による1年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)

[点数マスタ] (新設)

180048030	精神科デイ・ケア (小規模) (3年超・週3日超)	531 点	A
180048130	精神科デイ・ケア (大規模) (3年超・週3日超)	630 点	B

[算定方法]

①精神科及び精神科デイ・ケアの届出が必要です。

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。

A	【0023】と【0063】
B	【0023】と【0015】

0023	精神科
0063	精神科デイ・ケア「小規模なもの」
0015	精神科デイ・ケア「大規模なもの」

1010 精神科ナイト・ケア (1日につき)

【注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
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は、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。 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3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

[算定要件]

3年以上継続してデイ・ケア等を利用している者が、週4日以上算定する場合には、週4

日目以降に算定する点数を逡減する。(ただし、精神疾患による 1 年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)

[点数マスタ] (新設)

180048430	精神科ナイト・ケア (3 年超・週 3 日超)	486 点
-----------	-------------------------	-------

[算定方法]

①精神科及び精神科ナイト・ケアの届出が必要です。

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。

0023	精神科
0029	精神科ナイト・ケア

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 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 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は、週 5 日を限度として算定する。ただし、週 3 日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。 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 3 年を超える期間に行われる場合であって、週 3 日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

[算定要件]

3 年以上継続してデイ・ケア等を利用している者が、週 4 日以上算定する場合には、週 4 日目以降に算定する点数を逡減する。(ただし、精神疾患による 1 年以上の長期入院歴を有する患者を除く。)

[点数マスタ] (新設)

180048530	精神科デイ・ナイト・ケア (3 年超・週 3 日超)	900 点
-----------	----------------------------	-------

[算定方法]

①精神科及び精神科デイ・ナイト・ケアの届出が必要です。

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。

0023	精神科
0104	精神科デイ・ナイト・ケア

Ⅰ 〇 1 2 - 2 精神科訪問看護指示料**【注の追加】**

改 正	
注 3	注 1 の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、80 点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

180048670	衛生材料等提供加算	80 点
-----------	-----------	------

Ⅰ 〇 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月 1 回）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
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 □ 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 □ 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	1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1 イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,800 点 □ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,350 点 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2 イ 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,480 点 □ 単一建物診療患者が 2 人以上の場合 1,110 点

【点数マスタ】（新設）

180048710	精神科重症患者早期集中支援管理料 1（単一建物 2 人以上）	1,350 点
180048810	精神科重症患者早期集中支援管理料 2（単一建物 2 人以上）	1,110 点

【算定方法】

①精神科重症患者早期集中支援管理料の届出が必要です。

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。

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

1 3 第 9 部 処置**点数の見直し**

区分 番号	項 目	点 数		備考
		旧	新	
J000	創傷処置（100 平方 cm 以上 500 平方 cm 未満）	55	60	

〃	創傷処置（500 平方 c m以上 3000 平方 c m未満）	85	90	
〃	創傷処置（3000 平方 c m以上 6000 平方 c m未満）	155	160	
〃	創傷処置（6000 平方 c m以上）	270	275	
J001-7	爪甲除去（麻酔を要しないもの）	45	60	
J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	200	610	

処置に係る小児加算の見直し

通則

現 行	改 正
[処置料]（例） 【ドレーン法（ドレナージ）】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100 点を加算する。 【高位浣腸】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。 （他 35 項目）	[処置料]（例） 【ドレーン法（ドレナージ）】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、110 点を加算する。 【高位浣腸】 注 3歳未満の乳幼児の場合は、55 点を加算する。 （※）既存の加算項目について、点数を 1 割増点する。

J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入

【新設】

改 正
J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入 800 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行われる場合に限り算定する。 2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

[点数マスタ]（新設）

140055710	硬膜外自家血注入	800 点
-----------	----------	-------

[算定方法]

①硬膜外自家血注入の届出が必要です。

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。

3495	硬膜外自家血注入
------	----------

J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー（1日につき）

【新設】

改 正
J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー（1日につき） 160 点

[点数マスタ]（新設）

140055810	ハイフローセラピー	160 点
-----------	-----------	-------

J 0 3 8 人工腎臓（１日につき）

【点数の見直し、注の追加】

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	2,030 点	2,010 点
ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合	2,195 点	2,175 点
ハ 5 時間以上の場合	2,330 点	2,310 点
2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合	2,245 点	2,225 点
3 その他の場合	1,580 点	1,580 点
		注 10 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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月 1 回を限度として所定点数に 100 点を加算する。

[施設基準]（注 10）

- ①慢性維持透析を実施している患者全員に対し、「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。
- ②ABI 検査 0.7 以下又は SPP 検査 40mmHg 以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行っていること。
- ③①及び②の内容を、診療録に記載していること。
- ④連携を行う専門的な治療体制を有している保険医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

[点数マスタ]（新設）

140055970	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	100 点
-----------	----------------	-------

[算定方法]

- ①下肢末梢動脈疾患指導管理加算の届出が必要です。
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。

3496	下肢末梢動脈疾患指導管理加算
------	----------------

J 0 4 3－6 人工臓器療法（１日につき）

【新設】

改 正	
J 0 4 3－6 人工臓器療法（１日につき）	3,500 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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、3日を限度として算定する。

[点数マスタ] (新設)

140056010	人工臓器療法	3,500 点
-----------	--------	---------

[算定方法]

①人工臓器療法の届出が必要です。

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。

0035	人工臓器検査、人工臓器療法
------	---------------

J045-2 一酸化窒素吸入療法 (1日につき)

【項目の見直し】

現 行	改 正
920 点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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。 注 2 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、920 点を所定点数に加算する。	1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合 1,680 点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注 2 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900 点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900 点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900 点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。 2 その他の場合 1,680 点 注 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900 点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900 点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900 点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。

[点数マスタ]

140051750	一酸化窒素吸入療法 ↓ 一酸化窒素吸入療法 (新生児低酸素性呼吸不全)	920 点 ↓ 1,680 点	(変更)
140055650	一酸化窒素吸入療法 (心臓手術の周術期における肺高血圧の場合) ↓ 一酸化窒素吸入療法 (その他)	920 点 ↓ 1,680 点	(変更)
140056170	一酸化窒素ガス加算 (新生児低酸素性呼吸不全)	900 点	(新設)
140056270	一酸化窒素ガス加算 (その他)	900 点	(新設)

[算定要件]

新生児特定集中治療室管理料等の届出があれば届出は不要です。(届出要件の緩和)

J 0 8 2 - 2 薬物放出子宮内システム処置

【新設】

改 正		
J 0 8 2 - 2	薬物放出子宮内システム処置	
1	挿入術	200 点
2	除去術	150 点

[点数マスタ] (新設)

140056310	薬物放出子宮内システム処置 (挿入術)	200 点
140056410	薬物放出子宮内システム処置 (除去術)	150 点

J 1 1 5 - 2 排痰誘発法 (1日につき)

【新設】

改 正		
J 1 1 5 - 2	排痰誘発法 (1日につき)	44 点

[点数マスタ] (新設)

140056510	排痰誘発法	44 点
-----------	-------	------

J 1 1 6 - 5 酵素注射療法

【新設】

改 正		
J 1 1 6 - 5	酵素注射療法	490 点

[点数マスタ] (新設)

140056610	酵素注射療法	490 点
-----------	--------	-------

J 1 1 8 - 4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)

【新設】

改 正		
J 1 1 8 - 4	歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき)	900 点
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方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。	
注 2	難病の患者に対する医療等に関する法律 (平成 26 年法律第 50 号) 第 5 条に規定する指定難病の患者であって、同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されているもの (同条第 1 項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。) に対して実施された場合には、900 点を所定点数に加算する。	
注 3	導入期 5 週間に限り、1 日につき 2,000 点を 9 回を限度として加算する。	

[点数マスタ] (新設)

140056710	歩行運動処置 (ロボットスーツ)	900 点
140056870	指定難病患者実施加算	900 点

140056970	歩行運動処置導入期加算	2,000 点
-----------	-------------	---------

[算定方法]

①歩行運動処置（ロボットスーツ）の届出が必要です。

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。

3497	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
------	----------------------

J 1 2 0 鼻腔栄養（1日につき）

【注の追加】

改 正	
注 2	間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき 60 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ]（新設）

140057070	間歇的経管栄養法加算	60 点
-----------	------------	------

廃止される点数マスタ

[点数マスタ]（廃止）

J027-00	140006450	高気圧酸素治療（2 絶対気圧以上の治療圧力が 1 時間未満）	65 点
J066-00	150212750	子宮旁結合組織炎（膿瘍）切開排膿後洗浄	180 点

1 4 第 1 0 部 手術

通則

【通則の見直し】施設基準の届出が必要な手術

現 行	改 正
4 区分番号 K 0 0 7（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 0 2 2 の 1、K 0 5 9 の 4、K 1 3 6－2、K 1 6 9（注 1 又は注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 1 8 0 の 3、K 1 8 1、K 1 8 1－2、K 1 9 0、K 1 9 0－2、K 1 9 0－6、K 1 9 0－7、K 2 5 4 の 1、K 2 6 0－2、K 2 6 8 の 5、K 2 8 0－2、K 2 8 1－2、K 3 2 8 から K 3 2 8－3 まで、K 3 4 0－7、K 4 4 3 の 3、K 4 4 4 の 4、K 4 7 6（注 1 又は注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 4 7 6－4、K 5 1 4－4、K 5 1 4－6、K 5 4 6、K 5 4 8、K 5 4 9、K 5 5 5－2、K 5 6 2－2、K 5 9 5（注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 5 9 5－2、K 5 9 7 から K 6 0 0 まで、K 6 0 3 から K 6 0 4－2 まで、K 6 0 5－2、K 6 0 5－4、K 6 1 5－2、K 6 1	4 区分番号 K 0 0 7（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 0 2 2 の 1、 <u>K 0 5 9 の 3 の イ</u> 、K 0 5 9 の 4、K 1 3 6－2、K 1 6 9（注 1 又は注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 1 8 0 の 3、K 1 8 1、K 1 8 1－2、K 1 9 0、K 1 9 0－2、K 1 9 0－6、K 1 9 0－7、K 2 5 4 の 1、K 2 6 0－2、K 2 6 8 の 5、K 2 8 0－2、K 2 8 1－2、K 3 2 8 から K 3 2 8－3 まで、K 3 4 0－7、K 4 4 3 の 3、K 4 4 4 の 4、 <u>K 4 6 1－2、K 4 6 2－2、K 4 6 4－2、K 4 7 6（1 から 7 までについては、注 1 又は注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 4 7 6－4、<u>K 5 1 4 の 10</u>、K 5 1 4－4、K 5 1 4－6、<u>K 5 3 0－3</u>、K 5 4 6、K 5 4 8、K 5 4 9、K 5 5 5－2、K 5 6 2－2、K 5 9 5（注 2 に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 5</u>

7-5、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。	95-2、K597からK600まで、K603からK604-2まで、K604-2、K605-2、K605-4、<u>K605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K656-2、<u>K677の1、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K702-2、<u>K703-2、K709-3、K709-5、K721-4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K780、K780-2、K785-2、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K823-5、K841-4、K843-2からK843-4まで、K865-2、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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2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を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</u></u></u>
--	---

施設基準の届出が必要な手術に追加された手術

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）「3 同種骨移植（非生体）イ 同種骨移植（特殊なもの）」
K461-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
K462-2 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
K464-2 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
K476 乳腺悪性腫瘍手術「8 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）」
K476 乳腺悪性腫瘍手術「9 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）」
K514 肺悪性腫瘍手術「10 壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）」
K530-3 内視鏡下筋層切開術
K603-2 小児補助人工心臓（1日につき）
K605-5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術
K677 胆管悪性腫瘍手術「1 膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの」
K703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
K843-4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
K865-2 腹腔鏡下仙骨腔固定術

【通則の見直し】届出要件の緩和（施設基準を満たしていれば届出は不要）

現 行	改 正
5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K702、K703、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889並びにK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）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。	5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、<u>K695-2</u>、<u>K702</u>、<u>K703</u>、<u>K703-2</u>、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則4に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす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5に追加された手術

K560-2 オープン型ステントグラフト内挿術
 K695-2 腹腔鏡下肝切除術
 K703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

【通則の見直し】届出要件の緩和（施設基準を満たしていれば届出は不要）

現 行	改 正
6 区分番号K528、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。	6 区分番号K528、 <u>K528-3</u> 、K535、K583、K586の3、K587、K684、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす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6に追加された手術
K528-3 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術

【通則の見直し】手術時体重 1500g 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。）に加算ができる手術

現 行	改 正
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	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、 <u>K513</u> 、K519、K528、 <u>K528-3</u> 、 <u>K534-3</u> 、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、 <u>K603-2</u> 、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、 <u>K635-3</u> 、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、 <u>K674-2</u> 、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、 <u>K726-2</u> 、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

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。	並びに K 9 1 3 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。
---	--

手術時体重 1500g 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。）に加算ができる手術に追加された手術
K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術 K 5 2 8-3 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術 K 5 3 4-3 胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術 K 6 0 3-2 小児補助人工心臓（1 日につき） K 6 3 5-3 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 K 6 7 4-2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術 K 7 2 6-2 腹腔鏡下人工肛門造設術

【通則の見直し】同一手術野等の手術

現 行	改 正
14 同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。	14 同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、 <u>喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第 10 部第 1 節第 8 款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。</u> また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

主たる手術に対し従たる手術の 100 分の 50 を加算できる手術に追加された手術の組合せ	
K 0 2 2 組織拡張器による再建手術（一連につき） 「1 乳房（再建手術）の場合」	K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術「8 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）」 「9 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）」

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）	K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術「8 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）」「9 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）」
K 5 1 1 肺切除術	K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト内挿術
K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術	K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト内挿術
K 5 5 2 - 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト内挿術
K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト内挿術（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術（大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る）を除く）	K 5 5 4 弁形成術
	K 5 5 5 弁置換術
K 5 6 1 ステントグラフト内挿術「1 胸部大動脈」	K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術「4 頭、頸部動脈」
K 6 5 4 - 2 胃局所切除術	K 6 7 2 胆嚢摘出術

【通則の見直し】周術期口腔機能管理後手術加算

現 行	改 正
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、 <u>100 点</u> を所定点数に加算する。	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、 <u>200 点</u> を所定点数に加算する。

K 0 0 0 創傷処理

【項目の見直し】

現 行	改 正
3 筋肉、臓器に達するもの（長径 10 センチメートル以上） 2,000 点	3 筋肉、臓器に達するもの（長径 10 センチメートル以上） イ 頭頸部のもの（長径 20 センチメートル以上のものに限る。） 7,170 点 ロ その他のもの 2,000 点

[算定要件]

「3」の「イ」頭頸部のもの（長径 20 センチメートル以上のものに限る。）は、長径 20 センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

[点数マスタ]（新設）

150383310	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径 20 cm 以上）（頭頸部）	7,170 点
150383410	創傷処理（筋肉、臓器に達する）（長径 10 cm 以上）（その他）	2,000 点

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
3 長径6センチメートル以上 4,160 点	3 長径6センチメートル以上 12 センチメートル未満 4,160 点
	4 長径12センチメートル以上 8,320 点

[点数マスタ]（新設）

150383510	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径12cm以上）	8,320 点
-----------	-----------------------------	---------

K040-3 腓骨筋腱腱鞘形成術**【新設】**

改 正	
K040-3 腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080 点

[点数マスタ]（新設）

150383610	腓骨筋腱腱鞘形成術	18,080 点
-----------	-----------	----------

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
注 骨折観血的手術が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	注 骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
3 同種骨移植（非生体） 18,300 点	3 同種骨移植（非生体） イ 同種骨移植（特殊なもの） 24,370 点 ロ その他の場合 21,050 点

[点数マスタ]（新設）

150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）	24,370 点
150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）	21,050 点
150383950	骨移植術（移植用骨採取のみ、同種骨移植、非生体、その他、棘突起）	3,150 点
150384050	骨移植術（移植用骨採取のみ、同種骨移植、非生体、その他、腸骨翼）	3,150 点
150384150	骨移植術（移植用骨採取のみ、同種骨移植、非生体、その他）	4,510 点

[算定方法]

①同種骨移植（特殊なもの）を算定する場合は届出が必要です。

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。

3498	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））
------	---

K080-5 関節鏡下肩関節唇形成術**【項目の見直し】**

現 行	改 正
関節鏡下肩関節唇形成術 32,160 点	関節鏡下肩関節唇形成術 1 腱板断裂を伴うもの 45,200 点 2 腱板断裂を伴わないもの 32,160 点

[点数マスタ] (新設)

150384210	関節鏡下肩関節唇形成術 (腱板断裂を伴う)	45,200 点
150384310	関節鏡下肩関節唇形成術 (腱板断裂を伴わない)	32,160 点

K 0 8 0 - 6 関節鏡下股関節唇形成術

【新設】

改 正
K 0 8 0 - 6 関節鏡下股関節唇形成術 44,830 点

[点数マスタ] (新設)

150384410	関節鏡下股関節唇形成術	44,830 点
-----------	-------------	----------

K 1 2 4 - 2 寛骨臼骨折観血の手術

【新設】

改 正
K 1 2 4 - 2 寛骨臼骨折観血の手術 43,790 点

[点数マスタ] (新設)

150384510	寛骨臼骨折観血の手術	43,790 点
-----------	------------	----------

K 1 7 1 - 2 内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術

【項目の見直し】

現 行	改 正
内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術 108,470 点	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 1 下垂体腫瘍 108,470 点 2 頭蓋底脳腫瘍 (下垂体腫瘍を除く。) 123,620 点

[点数マスタ] (新設)

150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 (下垂体腫瘍)	108,470 点
150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 (頭蓋底脳腫瘍 (下垂体腫瘍を除く))	123,620 点

K 1 9 0 脊髄刺激装置植込術

【項目の見直し、注の追加】

現 行	改 正
脊髄刺激装置植込術 40,280 点	脊髄刺激装置植込術 1 16 極以下ジェネレーターを用いるもの 40,280 点 2 32 極ジェネレーターを用いるもの 33,750 点

	注 脊髄刺激電極を 2 本留置する場合は、 8,000 点を所定点数に加算する。
--	---

[点数マスタ] (新設)

150384810	脊髄刺激装置植込術 (16 極以下ジェネレーター)	40,280 点
150384970	脊髄刺激電極 2 本留置加算 (脊髄刺激装置植込術)	8,000 点

[算定方法]

①脊髄刺激装置植込術を算定する場合は届出が必要です。

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。

0217	脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
------	----------------------

K190-2 脊髄刺激装置交換術

【項目の見直し、注の追加】

現 行	改 正
脊髄刺激装置交換術 13,610 点	脊髄刺激装置交換術 1 16 極以下ジェネレーターを用いるもの 15,650 点 2 32 極ジェネレーターを用いるもの 5,070 点

[点数マスタ] (新設)

150385010	脊髄刺激装置交換術 (16 極以下ジェネレーター)	15,650 点
-----------	---------------------------	----------

[算定方法]

①脊髄刺激装置交換術を算定する場合は届出が必要です。

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。

0217	脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
------	----------------------

K282 水晶体再建術

【注の追加】

改 正
注 水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に 1,600 点を加算する。

[点数マスタ] (新設)

150385170	水晶体嚢拡張リング使用加算 (水晶体再建術)	1,600 点
-----------	------------------------	---------

K347-3 内視鏡下鼻中隔手術 I 型 (骨、軟骨手術)

【新設】

改 正
K347-3 内視鏡下鼻中隔手術 I 型 (骨、軟骨手術) 5,520 点

[点数マスタ] (新設)

150385210	内視鏡下鼻中隔手術 1 型 (骨、軟骨手術)	5,520 点
-----------	------------------------	---------

K 3 4 7 - 4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）

【新設】

改 正		
K 3 4 7 - 4	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）	2,030 点

[点数マスタ]（新設）

150385310	内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）	2,030 点
-----------	-------------------	---------

K 3 4 7 - 5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）

【新設】

改 正		
K 3 4 7 - 5	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）	5,520 点

[点数マスタ]（新設）

150385410	内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）	5,520 点
-----------	--------------------	---------

K 3 4 7 - 6 内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）

【新設】

改 正		
K 3 4 7 - 6	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）	3,170 点

[点数マスタ]（新設）

150385510	内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）	3,170 点
-----------	-------------------	---------

K 3 4 7 - 7 内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術）

【新設】

改 正		
K 3 4 7 - 7	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術）	19,940 点

[点数マスタ]（新設）

150385610	内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術）	19,940 点
-----------	---------------------	----------

K 3 4 9 上顎洞開窓術、K 3 5 1 上顎洞血瘤腫手術、K 3 5 4 篩骨洞根治手術、K 3 5 5 鼻内前頭洞根治手術

【削除】

K 4 0 4 抜歯手術（1 歯につき）

【項目の見直し、注の見直し】

現 行		改 正
4	難抜歯 470 点 注 歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。	（削除） 注 1 2 又は 3 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根

	分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210 点を所定点数に加算する。
--	--

[点数マスタ] (新設)

150385770	難抜歯加算	210 点
-----------	-------	-------

K 4 4 3 上顎骨形成術

【注の追加】

改 正		
注 1	1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000 点を所定点数に加算する。	

[点数マスタ] (新設)

150385870	上顎骨複雑分割加算（上顎骨形成術）（単純）	5,000 点
-----------	-----------------------	---------

K 4 4 6 顎関節授動術

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 徒手の授動術（パンピングを併用した場合） 990 点	1 徒手の授動術 イ パンピングを併用した場合 990 点 ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,000 点

[点数マスタ] (新設)

150385910	顎関節授動術（徒手の授動術）（関節腔洗浄療法を併用）	2,000 点
-----------	----------------------------	---------

K 4 6 1-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術

【新設】

改 正		
K 4 6 1-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術		
1	片葉のみの場合	17,410 点
2	両葉の場合	25,210 点

[点数マスタ] (新設)

150386010	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（片葉のみ）	17,410 点
150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）	25,210 点

[算定方法]

①内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術を算定する場合は届出が必要です。

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。

3499	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
------	---

K 4 6 2-2 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

【新設】

改 正		
-----	--	--

K 4 6 2 - 2	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	25,210 点
-------------	-------------------------	----------

[点数マスタ]（新設）

150386210	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	25,210 点
-----------	-------------------------	----------

[算定方法]

- ①内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）を算定する場合は届出が必要です。
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。

3499	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
------	---

K 4 6 4 - 2 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

【新設】

改 正		
K 4 6 4 - 2	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	20,660 点

[点数マスタ]（新設）

150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	20,660 点
-----------	-----------------------	----------

[算定方法]

- ①内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術を算定する場合は届出が必要です。
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。

3499	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
------	---

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 ～ 7 （略）	1 ～ 7 （略）
	8 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの） 27,810 点
	9 乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの） 48,340 点

[点数マスタ]（新設）

150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））	27,810 点
150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴う））	48,340 点

[算定方法]

- ①乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））及び乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴う））を算定する場合は届出が必要です。
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。

3502	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））
------	--

K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術**【項目の見直し、注の見直し】**

現 行	改 正
1～9（略）	1～9（略）
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。	10 壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの） 105,000 点 注 9及び10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】（新設）

150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）	105,000 点
-----------	----------------------------------	-----------

【算定方法】

- ①肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）を算定する場合は届出が必要です。

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。

3503	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）
------	--

K 5 2 8－3 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術**【新設】**

改 正		
K 5 2 8－3	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320 点

【点数マスタ】（新設）

150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320 点
-----------	------------------	----------

K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）**【注の追加】**

改 正	
注 2	血行再建を併せて行った場合には、3,000 点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）	3,000 点
-----------	------------------	---------

K 5 2 9－2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術**【注の追加】**

改 正	
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500 点を加算する。

【点数マスタ】（新設）

150387070	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）	7,500 点
-----------	------------------------	---------

K 5 3 0－3 内視鏡下筋層切開術**【新設】**

改 正		
K 5 3 0 - 3	内視鏡下筋層切開術	9,450 点

[点数マスタ] (新設)

150387110	内視鏡下筋層切開術	9,450 点
-----------	-----------	---------

[算定方法]

①内視鏡下筋層切開術を算定する場合は届出が必要です。

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。

3504	内視鏡下筋層切開術
------	-----------

K 5 5 5 - 2 経カテーテル大動脈弁置換術【名称変更】

【項目の見直し】

現 行		改 正	
経皮的な大動脈弁置換術	37,430 点	経カテーテル大動脈弁置換術	
		1 経心尖大動脈弁置換術	61,530 点
		2 経皮的な大動脈弁置換術	37,560 点

[点数マスタ] (新設)

150387210	経カテーテル大動脈弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）	61,530 点
150387310	経カテーテル大動脈弁置換術（経皮的な大動脈弁置換術）	37,560 点

[算定方法]

①経カテーテル大動脈弁置換術を算定する場合は届出が必要です。

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。

3193	経カテーテル大動脈弁置換術
------	---------------

K 5 9 9 植込型除細動器移植術

【項目の見直し】

現 行		改 正	
植込型除細動器移植術	31,510 点	植込型除細動器移植術	
		1 経静脈リードを用いるもの	31,510 点
		2 皮下植込型リードを用いるもの	24,310 点

[点数マスタ] (新設)

150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）	31,510 点
-----------	--------------------	----------

[算定方法]

①植込型除細動器移植術を算定する場合は届出が必要です。

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。

0125	植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術
------	----------------------------------

K 5 9 9 - 5 経静脈電極抜去術【名称変更】

【項目の見直し】

現 行	改 正
経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの） 28,600 点	経静脈電極抜去術 1 レーザーシースを用いるもの 28,600 点 2 レーザーシースを用いないもの 22,210 点

[点数マスタ] (新設)

150387510	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いる）	28,600 点
150387610	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いない）	22,210 点

[算定方法]

①経静脈電極抜去術を算定する場合は届出が必要です。

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。

0125	植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術
------	----------------------------------

K 6 0 4 植込型補助人工心臓（拍動流型）

【削除】

K 6 0 5－5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

【新設】

改 正		
K 6 0 5－5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420 点

[点数マスタ] (新設)

150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	9,420 点
-----------	------------------	---------

[算定方法]

①骨格筋由来細胞シート心表面移植術を算定する場合は届出が必要です。

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。

3505	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
------	------------------

K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術

【項目の見直し】

現 行	改 正
1～5（略）	1～5（略）
6 その他の動脈 30,290 点	6 膝窩動脈 42,500 点
	7 その他の動脈 30,290 点

[点数マスタ] (新設)

150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	42,500 点
-----------	---------------------	----------

K 6 1 6－5 経皮的血管内異物除去術

【新設】

改 正		
K 6 1 6－5	経皮的血管内異物除去術	14,000 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] (新設)

150387910	経皮的血管内異物除去術	14,000 点
-----------	-------------	----------

K 6 3 3 - 2 腹腔鏡下ヘルニア手術

【項目の見直し】

現 行	改 正
1、2 (略)	1、2 (略)
	3 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア 11,520 点
	4 臍ヘルニア 9,520 点
	5 閉鎖孔ヘルニア 24,130 点

[点数マスタ] (新設)

150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術 (半月状線ヘルニア、白線ヘルニア)	11,520 点
150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術 (臍ヘルニア)	9,520 点
150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術 (閉鎖孔ヘルニア)	24,130 点

K 6 7 4 - 2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術

【新設】

改 正
K 6 7 4 - 2 腹腔鏡下総胆管拡張症手術 34,880 点
注 乳頭形成を併せて行った場合は、5,000 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	34,880 点
-----------	--------------	----------

K 6 7 7 胆管悪性腫瘍手術

【項目の見直し】

現 行	改 正
胆管悪性腫瘍手術 72,390 点	胆管悪性腫瘍手術
	1 膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うもの 119,280 点
	2 その他のもの 84,700 点

[点数マスタ] (新設)

150388410	胆管悪性腫瘍手術 (膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴う)	119,280 点
150388510	胆管悪性腫瘍手術 (その他)	84,700 点

[算定方法]

- ①胆管悪性腫瘍手術 (膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものを算定する場合は届出が必要です。

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。

3507 胆管悪性腫瘍手術 (膵頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術、K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術、K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術、K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術

【新設】

改 正	
注	バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500 点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

150388670	バルーン内視鏡加算	3,500 点
-----------	-----------	---------

K 6 9 5－2 腹腔鏡下肝切除術

【項目の見直し】

現 行	改 正
1、2 （略）	1、2 （略）
	3 亜区域切除 108,820 点
	4 1 区域切除（外側区域切除を除く。） 130,730 点
	5 2 区域切除 152,440 点
	6 3 区域切除以上のもの 174,090 点

【点数マスタ】（新設）

150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	108,820 点
150388810	腹腔鏡下肝切除術（1 区域切除（外側区域切除を除く））	130,730 点
150388910	腹腔鏡下肝切除術（2 区域切除）	152,440 点
150389010	腹腔鏡下肝切除術（3 区域以上切除）	174,090 点

【算定方法】

①腹腔鏡下肝切除術を算定する場合は届出が必要です。

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。

0839	腹腔鏡下肝切除術
------	----------

K 7 0 0－2 脾腫瘍摘出術

【新設】

改 正	
K 7 0 0－2 脾腫瘍摘出術	21,750 点

【点数マスタ】（新設）

150389110	脾腫瘍摘出術	21,750 点
-----------	--------	----------

K 7 0 2－2 腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術

【項目の見直し】

現 行	改 正
腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術 47,250 点	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術
	1 脾同時切除の場合 47,250 点
	2 脾温存の場合 56,240 点

[点数マスタ] (新設)

150389210	腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 (脾同時切除)	47,250 点
150389310	腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 (脾温存)	56,240 点

[算定方法]

- ①腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術を算定する場合は届出が必要です。
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。

3074	腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術
------	---------------

K703-2 腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術

【新設】

改 正		
K703-2	腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術	158,450 点

[点数マスタ] (新設)

150389410	腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術	158,450 点
-----------	---------------	-----------

[算定方法]

- ①腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術を算定する場合は届出が必要です。
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。

3508	腹腔鏡下腓頭十二指腸切除術
------	---------------

K715-2 腹腔鏡下腸重積症整復術

【新設】

改 正		
K715-2	腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660 点

[点数マスタ] (新設)

150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術	14,660 点
-----------	-------------	----------

K721-2 内視鏡的大腸ポリープ切除術

【削除】

K726-2 腹腔鏡下人工肛門造設術

【新設】

改 正		
K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	13,920 点

[点数マスタ] (新設)

150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術	13,920 点
-----------	-------------	----------

K742 直腸脱手術

【項目の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

1 経会陰によるもの	8,410 点	1 経会陰によるもの	
		イ 腸管切除を伴わないもの	8,410 点
		ロ 腸管切除を伴うもの	25,780 点
2～4 (略)		2～4 (略)	

[点数マスタ] (新設)

150389710	直腸脱手術 (経会陰) (腸管切除を伴わない)	8,410 点
150389810	直腸脱手術 (経会陰) (腸管切除を伴う)	25,780 点

K743-3 脱肛根治手術

【削除】

K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

【新設】

改 正		
K773-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	70,730 点

[点数マスタ] (新設)

150389910	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる)	70,730 点
-----------	------------------------------	----------

[算定方法]

- ①腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの) を算定する場合は届出が必要です。

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。

3509	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
------	--------------------------------

K781-3 経尿道的腎盂尿管凝固止血術

【新設】

改 正		
K781-3	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250 点

[点数マスタ] (新設)

150390010	経尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250 点
-----------	---------------	---------

K803 膀胱悪性腫瘍手術

【注の追加】

改 正		
注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200 点を所定点数に加算する。		

[点数マスタ] (新設)

150390170	狭帯域光強調加算 (手術)	200 点
-----------	---------------	-------

K809-2 膀胱尿管逆流手術

【注の追加】

改 正	
注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、9,400 点を加算する。	

[点数マスタ] (新設)

150390270	尿管形成術併施加算	9,400 点
-----------	-----------	---------

K 8 4 3 - 4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

【新設】

改 正	
K 8 4 3 - 4	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 95,280 点

[点数マスタ] (新設)

150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）	95,280 点
-----------	-------------------------------	----------

[算定方法]

- ①腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）を算定する場合は届出が必要です。

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。

3083	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
------	---------------------------------

K 8 6 5 - 2 腹腔鏡下仙骨腔固定術

【新設】

改 正	
K 8 6 5 - 2	腹腔鏡下仙骨腔固定術 48,240 点
注 メッシュを使用した場合に算定する。	

[点数マスタ] (新設)

150390410	腹腔鏡下仙骨腔固定術	48,240 点
-----------	------------	----------

[算定方法]

- ①腹腔鏡下仙骨腔固定術を算定する場合は届出が必要です。

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。

3510	腹腔鏡下仙骨腔固定術
------	------------

K 8 9 8 帝王切開術

【項目の見直し、注の追加】

現 行	改 正
1、2 (略) 3 前置胎盤を合併する場合又は 32 週未満の早産の場合 21,640 点	1、2 (略) (削除) 注 複雑な場合については、2,000 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

150390570	複雑加算（帝王切開術）	2,000 点
-----------	-------------	---------

K 9 2 0 輸血

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
1 ～ 4 （略）	1 ～ 4 （略）
5 （略）	5 希釈式自己血輸血
注 6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず 1 月につき 200 点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1 週間に 1 回を限度として、200 点を所定点数に加算する。	イ 6 歳以上の患者の場合（200mL ごとに）1,000 点 ロ 6 歳未満の患者の場合（体重 1 kg につき 4 mL ごとに）1,000 点
	6 （略）
	注 6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず 1 月につき 197 点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1 週間に 1 回を限度として、197 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ]（新設）

150390610	希釈式自己血輸血（6 歳以上）	1,000 点
150390710	希釈式自己血輸血（6 歳未満）	1,000 点

K 9 3 7 - 2 術中グラフト血流測定加算

【新設】

改 正
K 9 3 7 - 2 術中グラフト血流測定加算 2,500 点
注 冠動脈血行再建術に当たって、グラフト血流を測定した場合に算定する。

[点数マスタ]（新設）

150390810	術中グラフト血流測定加算	2,500 点
-----------	--------------	---------

K 9 3 9 - 4 内視鏡手術用支援機器加算

【削除】

K 9 3 9 - 6 凍結保存同種組織加算

【新設】

改 正
K 9 3 9 - 6 凍結保存同種組織加算 9,960 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、心臓、大血管、肝臓、胆道又は脾臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。

[点数マスタ]（新設）

150390910	凍結保存同種組織加算	9,960 点
-----------	------------	---------

〔算定方法〕

①凍結保存同種組織加算の届出が必要です。

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。

3511	凍結保存同種組織加算
------	------------

②凍結保存同種組織加算が算定可能な手術でない場合は警告となります。

点数の見直し

新区分 番号	項 目	点数		備考
		旧	新	
K002 3	デブリードマン（3000cm ² 以上）	7600	8360	
K011 2	顔面神経麻痺形成手術（動的）	58500	64350	
K015 3	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（100cm ² 以上）	20280	22310	
K017 2	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）	84050	92460	
K019	複合組織移植術	15210	17490	
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）	110700	127310	
K022 1	組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））	17580	18460	
K022 2	組織拡張器による再建手術（その他）	17580	18460	
K022-2 2	象皮病根治手術（下腿）	19100	21010	
K031 1	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩、上腕、前腕、大腿、下腿、軀幹）	20620	24130	
K039 1	腱移植術（人工腱形成術を含む）（指）	13610	15650	
K039 2	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他）	18080	19890	
K043 1	骨搔爬術（肩甲骨、上腕、大腿）	11150	12270	
K043-2 1	骨関節結核瘻孔摘出術（肩甲骨、上腕、大腿）	11150	12270	
K043-3 1	骨髄炎手術（骨結核手術）（肩甲骨、上腕、大腿）	11150	12270	
K046-2 2	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（前腕、下腿）	17090	18800	
K053 2	骨悪性腫瘍手術（前腕、下腿）	26260	32040	
K053 3	骨悪性腫瘍手術（鎖骨、膝蓋骨、手、足その他）	18810	22010	
K054 2	骨切り術（前腕、下腿）	20620	22680	
K056 2	偽関節手術（前腕、下腿、手舟状骨）	26030	28210	
K057 1	変形治癒骨折矯正手術（肩甲骨、上腕、大腿）	31270	34400	
K058 4	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）	26700	29370	
K059 2	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）	20770	23890	
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術	16190	18620	
K064	先天性股関節脱臼観血的整復術	21130	23240	
K069-2	関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	15210	16730	
K072 1	関節切除術（肩、股、膝）	19270	21200	
K073-2 1	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩、股、膝、肘）	25200	27720	
K074-2 1	関節鏡下靱帯断裂縫合術（十字靱帯）	21970	24170	
K079-2 4	関節鏡下靱帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靱帯）	17550	20180	
K080-4 2	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）	35150	38670	
K082-2 2	人工関節抜去術（胸鎖、肘、手、足）	20620	22680	
K082-3 3	人工関節再置換術（肩鎖、指（手、足））	19940	21930	
K085 1	四肢関節離断術（肩、股、膝）	26030	28630	

K094	足三関節固定（ランブリヌディ）手術	25350	27890	
K099-2 3	デュプイトレン拘縮手術（4 指以上）	29740	32710	
K102 2	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	15390	17700	
K105	裂手、裂足手術	25350	27890	
K106	母指化手術	32370	35610	
K107	指移植手術	95630	116670	
K108	母指対立再建術	16650	19150	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	15610	17170	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	28210	31030	
K125	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血的手術を除く）	29190	32110	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	15730	17300	
K134 1	椎間板摘出術（前方摘出術）	34810	40030	
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	33290	36620	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	69980	88870	
K136-2	腫瘍脊椎骨全摘術	93300	113830	
K138 1	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）	26700	29370	
K138 2	脊椎披裂手術（その他）	16510	18990	
K139	脊椎骨切り術	52460	60330	
K140	骨盤骨切り術	33630	36990	
K141-2	寛骨臼移動術	36400	40040	
K142	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術	35150	38670	
K142 2	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）	29900	32890	
K142 3	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）	37420	41160	
K142 5	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）	12100	13310	
K142 6	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）	21700	23870	
K142-2 1	脊椎側彎症手術（固定術）	48650	55950	
K149 2	減圧開頭術（その他）	24000	26400	
K152	耳性頭蓋内合併症手術	49520	56950	
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	45970	52870	
K154 2	機能的定位脳手術（両側）	78750	94500	
K154-3	定位脳腫瘍生検術	18220	20040	
K155	脳切截術（開頭）	13620	16340	
K157	三叉神経節後線維切截術	32280	36290	
K158	視神経管開放術	35150	36290	
K162	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	31270	36290	
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	33820	42950	
K168	脳切除術	35150	36290	
K173	脳・脳膜脱手術	31270	36290	
K175 1	脳動脈瘤被包術（1 箇所）	71320	82020	
K178-2	経皮的脳血管形成術	33150	39780	
K178-3 1	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）	30230	36280	
K178-3 2	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頸部脳血管）（内頸、椎骨動脈）	18760	21570	
K178-4	経皮的脳血栓回収術	30230	33150	
K181 1	脳刺激装置植込術（片側）	59180	65100	

K181-4	迷走神経刺激装置植込術	22140	24350	
K181-5	迷走神経刺激装置交換術	4000	4800	
K182-2 1	神経交差縫合術（指）	36320	43580	
K183	脊髄硬膜切開術	23490	25840	
K183-2	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）	23490	25840	
K184	減圧脊髄切開術	24510	26960	
K185	脊髄切截術	35150	38670	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	35150	38670	
K187	脊髄視床路切截術	36840	42370	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	33750	37130	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術	5070	6080	
K196 1	交感神経節切除術（頸部）	23660	26030	
K228	眼窩骨折整復術	26520	29170	
K230 1	眼窩内異物除去術（深在性）（視神経周囲、眼窩尖端）	24960	27460	
K260-2	羊膜移植術	6750	8780	
K265	虹彩腫瘍切除術	14600	16790	
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術	26780	30800	
K290	外耳道骨増生（外骨腫）切除術	7670	8440	
K293	耳介悪性腫瘍手術	16390	19180	
K294	外耳道悪性腫瘍手術	30420	35590	
K296 1	耳介形成手術（耳介軟骨形成を要する）	14570	16760	
K297	外耳道形成手術	15550	17110	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	29410	35290	
K302	上鼓室開放術	8620	10950	
K303	上鼓室乳突洞開放術	17910	20600	
K304	乳突洞開放術（アントロトミー）	8850	11240	
K305	乳突削開術	17750	20410	
K306	錐体部手術	33120	38090	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	33970	37370	
K314 1	中耳悪性腫瘍手術（切除）	35490	41520	
K316	S 状洞血栓（静脈炎）手術	22480	24730	
K317	中耳根治手術	30760	35370	
K325 1	迷路摘出術（部分摘出）	24510	26960	
K334-2	鼻骨変形治療骨折矯正術	19100	21010	
K338 2	鼻甲介切除術（その他）	1820	2310	
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術 5 型（拡大副鼻腔手術）	40000	44000	
K343 2	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）	42470	49690	
K345	萎縮性鼻炎手術（両側）	18250	20080	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	26030	28630	
K364	汎副鼻腔根治手術	14500	16680	
K371 4	上咽頭腫瘍摘出術（外切開）	15080	16590	
K372 2	中咽頭腫瘍摘出術（外切開）	14430	15870	
K373 2	下咽頭腫瘍摘出術（外切開）	14820	16300	
K374	咽頭悪性腫瘍手術	28970	35340	

K375 2	鼻咽腔線維腫手術（摘出）	31430	36140	
K375-2	鼻咽腔閉鎖術	21630	23790	
K376	上咽頭悪性腫瘍手術	28210	35830	
K379 1	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）	26000	28600	
K379 2	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	48000	55200	
K379-2 1	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）	39000	47580	
K379-2 2	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	75000	91500	
K391 2	気管異物除去術（開胸手術）	37690	43340	
K394 2	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）	52220	63710	
K398 1	喉頭狭窄症手術（前方開大術）	21290	23420	
K398 2	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）	20450	22500	
K399	気管狭窄症手術	32620	37510	
K403 1	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）	43430	49940	
K407 3	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）	29040	31940	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	24050	28140	
K412	頬粘膜悪性腫瘍手術	22490	26310	
K414	舌根甲状腺腫摘出術	8520	9800	
K415 1	舌悪性腫瘍手術（切除）	18810	22010	
K415 2	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	64160	75070	
K422	口唇悪性腫瘍手術	28210	33010	
K424	頬悪性腫瘍手術	17900	20940	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	89100	108700	
K426 3	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）	22140	24350	
K426-2 3	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）	33290	36620	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	35100	38610	
K429 2	下顎骨折観血の手術（両側）	24840	27320	
K431	顎関節脱臼観血の手術	23830	26210	
K434	顔面多発骨折観血の手術	34520	39700	
K434-2	顔面多発骨折変形治癒矯正術	41420	47630	
K438	下顎骨離断術	23600	27140	
K439 1	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）	32550	40360	
K439 2	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）	43410	53830	
K441	上顎骨全摘術	33120	38750	
K442 2	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）	28210	34420	
K442 3	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）	56130	68480	
K443 1	上顎骨形成術（単純な場合）	21130	23240	
K443 2	上顎骨形成術（複雑な場合及び２次的再建の場合）	41370	45510	
K444 2	下顎骨形成術（短縮又は伸長の場合）	22310	25660	
K444 3	下顎骨形成術（再建）	36080	43300	
K444-2 1	下顎骨延長術（片側）	22310	25660	
K444-2 2	下顎骨延長術（両側）	33460	40150	
K446 2	顎関節授動術（顎関節鏡下授動術）	7310	8770	
K446 3	顎関節授動術（開放授動術）	22820	25100	
K447 1	顎関節円板整位術（顎関節鏡下）	18810	20690	

K455	顎下腺悪性腫瘍手術	28210	33010	
K457 2	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	31100	34210	
K458 1	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）	28210	33010	
K458 2	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）	37620	44020	
K462	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	20800	22880	
K463 2	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）	30810	33790	
K468	頸肋切除術	10580	12700	
K469 1	頸部郭清術（片）	20960	23060	
K469 2	頸部郭清術（両）	28900	34680	
K470	頸部悪性腫瘍手術	35830	41920	
K476-3 1	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）	42710	49120	
K481	肋骨骨折観血の手術	7830	8610	
K484 1	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）	47860	56000	
K487 2	漏斗胸手術（胸骨翻転法）	33970	37370	
K488-4	胸腔鏡下試験切除術	13500	15800	
K497-2	膿胸腔有茎大網充填術	49650	57100	
K501	乳糜胸手術	12530	14410	
K502-3	胸腔鏡下縦隔切開術	26750	31300	
K502-4	拡大胸腺摘出術	31710	32270	
K507	肺膿瘍切開排膿術	28210	31030	
K510-3	気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	8710	10020	
K511 1	肺切除術（楔状部分切除）	23520	27520	
K514-4	同種死体肺移植術	119000	139230	
K514-6	生体部分肺移植術	100980	130260	
K515	肺剥皮術	29640	32600	
K517	肺縫縮術	23520	28220	
K521 1	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）	26030	28210	
K521 2	食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）	16900	19440	
K522-3	食道空置バイパス作成術	54020	65900	
K523 1	食道異物摘出術（頸部手術）	25350	27890	
K524 1	食道憩室切除術（頸部手術）	22480	24730	
K524 2	食道憩室切除術（開胸）	31430	34570	
K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	34130	39930	
K526 2	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）	34140	37550	
K531 2	食道切除後 2 次の再建術（消化管利用）	54960	64300	
K532 1	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	34240	37620	
K532-3	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	38340	46770	
K535 1	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸又は経腹）	26870	29560	
K535 2	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）	35490	39040	
K537 2	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）	34810	38290	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	129380	157840	
K562 1	動脈管開存症手術（経皮的動脈管開存閉鎖術）	16510	18990	
K565	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	71550	90870	
K569	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	90120	103640	

K570 1	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））	32500	35750	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	31280	34410	
K573 1	心房中隔欠損作成術（経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法））	11660	13410	
K573 2	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）	33540	36900	
K599-3	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	32000	35200	
K601 1	人工心肺（初日）	24500	26950	
K603-2 1	小児補助人工心臓（初日）	54370	63150	
K603-2 2	小児補助人工心臓（2 日目以降 30 日目まで）	5000	8680	
K603-2 3	小児補助人工心臓（31 日目以降）	4000	7680	
K609 3	動脈血栓内膜摘出術（その他）	25860	28450	
K610 1	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	81720	99700	
K610 2	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	47790	52570	
K610 5	動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	18080	21700	
K615 1	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	19260	23110	
K615 2	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）	18220	20040	
K615 3	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	16930	18620	
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	20540	22590	
K627 2	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）	18250	20080	
K627 5	リンパ節群郭清術（胸骨旁）	18250	20080	
K627 7	リンパ節群郭清術（後腹膜）	37620	41380	
K627 8	リンパ節群郭清術（骨盤）	24360	26800	
K627-2	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術	28460	36140	
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	3470	4160	
K639-3	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	16460	19260	
K640 2	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）	24440	26880	
K648	胃切開術	9970	10970	
K649-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	15900	18600	
K655-2 1	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）	34950	40890	
K655-5 1	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）	44270	54010	
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）	36410	40050	
K659-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）	21780	25480	
K667	噴門形成術	15440	16980	
K671 2	胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）	24440	26880	
K672	胆嚢摘出術	20960	23060	
K674	総胆管拡張症手術	41320	49580	
K675 1	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に局限するもの（リンパ節郭清を含む））	38910	45520	
K675 2	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））	47370	57790	
K682-4	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍）	21320	23450	
K695 2	肝切除術（亜区域切除）	46130	56280	
K695 4	肝切除術（1 区域切除（外側区域切除を除く））	49750	60700	
K697-4	移植用部分肝採取術（生体）	72000	82800	
K697-5	生体部分肝移植術	145610	189290	
K702 2	脾体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）	46880	57190	
K704	脾全摘術	91990	103030	

K709-2	移植用臍採取術（死体）	63310	77240	
K711	脾摘出術	28210	31030	
K719-2 2	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）	51750	59510	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	51750	59510	
K719-5	全結腸・直腸切除糞肛門吻合術	42510	51860	
K734-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	22910	26800	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	25810	30200	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	42680	46950	
K755 1	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）	35830	39410	
K755 2	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））	42930	47020	
K769	腎部分切除術	32620	35880	
K776	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術	25350	27890	
K786	尿管膀胱吻合術	19370	21310	
K789	尿管腸膀胱吻合術	40390	46450	
K790	尿管皮膚瘻造設術	12910	14200	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	25860	28450	
K801 1	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）	48650	59350	
K801 2	膀胱単純摘除術（その他）	44790	51510	
K802-2 2	膀胱脱手術（その他）	16860	19390	
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	14710	18680	
K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術	34980	40930	
K803 1	膀胱悪性腫瘍手術（切除）	29190	34150	
K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術	15050	18360	
K807	膀胱腔瘻閉鎖術	25180	27700	
K808	膀胱腸瘻閉鎖術	25180	27700	
K809	膀胱子宮瘻閉鎖術	33800	37180	
K809-3	腹腔鏡下膀胱内手術	32000	37440	
K810	ボアリー氏手術	35150	36840	
K811	腸管利用膀胱拡大術	41910	48200	
K812	回腸（結腸）導管造設術	43100	49570	
K812-2 1	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）	64030	70430	
K817 1	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）	27550	32230	
K817 2	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）	20110	23130	
K819-2	陰茎形成術	33790	43930	
K827 1	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）	18590	21750	
K828-2 1	陰茎持続勃起症手術（亀頭－陰茎海綿体瘻作成術（ウィンター法））	4060	4670	
K836	停留精巣固定術	8470	9740	
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	31770	37170	
K850 2	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	54020	63200	
K857	腔壁悪性腫瘍手術	29190	37070	
K858	腔腸瘻閉鎖術	31940	35130	
K859 4	造腔術、腔閉鎖症術（腸管形成）	40900	47040	
K860	腔壁形成手術	7160	7880	
K881	腹壁子宮瘻手術	21130	23240	

K882	重複子宮、双角子宮手術	22980	25280	
K884	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）	21130	23240	
K887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	20620	24130	
K890-3	腹腔鏡下卵管形成術	42120	46410	
K898 1	帝王切開術（緊急帝王切開）	20140	22200	
K903 2	子宮破裂手術（子宮腔上部切断を行う）	26700	29190	
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術	10800	11880	
K920 9	不規則抗体加算	200	197	

15 第11部 麻酔

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

【注の追加】

改 正	
注 9	区分番号 L100 に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、45 点を所定点数に加算する。
注 10	別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号 K672-2 に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及び K718-2 に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500 点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

150391070	神経ブロック併施加算	45 点
150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算	500 点

【算定方法】

- ①非侵襲的血行動態モニタリング加算は、現在 150333110 閉鎖循環式全身麻酔 4（麻酔困難な患者）の場合のみ算定可能です。
- ②同一会計内に非侵襲的血行動態モニタリング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。

L008-2 低体温療法（1日につき）

【注の追加】

改 正	
注 2	心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000 点を所定点数に加算する。

【点数マスタ】（新設）

150391270	低体温迅速導入加算	5,000 点
-----------	-----------	---------

廃止される点数マスタ

【点数マスタ】（廃止）

L008-00	150339550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 1（麻酔困難な患者）	24,900 点
L008-00	150339650	ノンレブリージングバルブ麻酔 1（麻酔困難な患者）	24,900 点
L008-00	150339750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 1	18,300 点

L008-00	150339850	ノンレブリージングバルブ麻酔 1	18,300 点
L008-00	150339950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 2 (麻酔困難な患者)	16,600 点
L008-00	150340050	ノンレブリージングバルブ麻酔 2 (麻酔困難な患者)	16,600 点
L008-00	150340150	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 2	12,200 点
L008-00	150340250	ノンレブリージングバルブ麻酔 2	12,200 点
L008-00	150340350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 3 (麻酔困難な患者)	12,450 点
L008-00	150340450	ノンレブリージングバルブ麻酔 3 (麻酔困難な患者)	12,450 点
L008-00	150340550	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 3	9,150 点
L008-00	150340650	ノンレブリージングバルブ麻酔 3	9,150 点
L008-00	150340750	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 4 (麻酔困難な患者)	9,130 点
L008-00	150340850	ノンレブリージングバルブ麻酔 4 (麻酔困難な患者)	9,130 点
L008-00	150340950	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 4	6,710 点
L008-00	150341050	ノンレブリージングバルブ麻酔 4	6,710 点
L008-00	150331350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 5 (麻酔困難な患者)	8,300 点
L008-00	150331250	ノンレブリージングバルブ麻酔 5 (麻酔困難な患者)	8,300 点
L008-00	150250350	気管内チューブ挿入吹送法麻酔 5	6,100 点
L008-00	150250450	ノンレブリージングバルブ麻酔 5	6,100 点

16 第12部 放射線治療

放射線治療等に係る小児加算の見直し

通則

現 行		改 正	
新生児加算	60/100	新生児加算	80/100
乳幼児加算 (3歳未満)	30/100	乳幼児加算 (3歳未満)	50/100
幼児加算 (3歳以上6歳未満)	15/100	幼児加算 (3歳以上6歳未満)	30/100
小児加算 (6歳以上15歳未満)	10/100	小児加算 (6歳以上15歳未満)	20/100

MOO1-4 粒子線治療 (一連につき)

【新設】

改 正	
MOO1-4 粒子線治療 (一連につき)	
1 重粒子線治療の場合	150,000 点
2 陽子線治療の場合	150,000 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行われる場合に限り算定する。	
注2 別に厚生労働大臣が定める患者に対して粒子線治療を行った場合は、所定点数の100分の25に相当する点数を加算する。	
注3 粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000 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、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000 点を	

所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

180046610	粒子線治療 (重粒子線治療)	150,000 点	A
180046710	粒子線治療 (陽子線治療)	150,000 点	A
180046870	粒子線治療患者加算	25%加算	
180046970	粒子線治療適応判定加算	40,000 点	B
180047070	粒子線治療医学管理加算	10,000 点	C

[算定方法]

①粒子線治療の届出が必要です。

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。

A	3512	粒子線治療
B	3513	粒子線治療適応判定加算
C	3514	粒子線治療医学管理加算

M004 密封小線源治療 (一連につき)

【注の追加】

改 正
注 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療 (IGBT) (2のイに係るものに限る。)を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき 300 点を所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

180047170	画像誘導密封小線源治療加算	300 点
-----------	---------------	-------

[算定方法]

①画像誘導密封小線源治療加算の届出が必要です。

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。

3515	画像誘導密封小線源治療加算
------	---------------

M200 特定保険医療材料

【新設】

改 正
M200 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

17 第13部 病理診断

点数の見直し

区分 番号	項 目	点 数		備考
		旧	新	
N006	組織診断料	400	450	

保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

[改定内容]

- ①保険医療機関間の連携による病理診断料の算定における送付側の施設基準について、常勤の検査技師の配置要件の見直し及び診療情報提供の義務化を行う。
- ②保険医療機関間の連携による病理診断料を算定における受取側の施設基準について、病理診断科を標榜する保険医療機関の対象への追加、複数の常勤医師の鏡検を義務化及び同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合の制限を行う。

現 行	改 正
【保険医療機関間の連携による病理診断】 [送付側の施設基準] 標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていること。 [受取側の施設基準] ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。	【保険医療機関間の連携による病理診断】 [送付側の施設基準] ① 標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていることが望ましい。 ② 所定の様式に沿って、当該患者に関する情報提供を行うこと。なお、その際には標本作製をした場所を明記していること。 [受取側の施設基準] ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する保険医療機関 ウ イに掲げる保険医療機関のうち、病理診断科を標榜する保険医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。 エ 同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合が全体の8割以下であること。

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
6 その他（1臓器につき） 400点	6 A L K融合タンパク 2,700点 7 C D 3 0 400点 8 その他（1臓器につき） 400点

注 2 6 について、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600 点を所定点数に加算する。	注 2 8 について、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600 点を所定点数に加算する。
--	--

N004 細胞診（1 部位につき）**【項目の見直し】**

現 行	改 正
1 婦人科材料等によるもの 150 点	1 婦人科材料等によるもの 150 点
2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190 点	2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190 点
	3 セルブロック法によるもの 860 点

[点数マスタ]（新設）

160208610	細胞診（セルブロック法）	860 点
-----------	--------------	-------

1 8 改定対応実施日が平成 2 8 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
指導 ニコチン依存症管理料の減算規定	平成 29 年 7 月 1 日	平成 29 年 6 月
在宅 在宅時医学総合管理料の減算規定	平成 29 年 4 月 1 日	平成 29 年 3 月
施設入居時等医学総合管理料の減算規定	平成 29 年 4 月 1 日	平成 29 年 3 月
リハ 目標設定等支援・管理料の減算規定	平成 28 年 10 月 1 日	平成 28 年 9 月
精神 通院・在宅精神療法の減算規定	平成 28 年 7 月 1 日	平成 28 年 6 月
精神科継続外来支援・指導料の減算規定	平成 28 年 7 月 1 日	平成 28 年 6 月

19 処方せん

1 様式変更

「備考」欄を変更します。

交付年月日が平成28年3月31日までは旧様式で作成します。平成28年4月1日以降は新様式で作成します。

(1) 「備考」欄の変更

- ・残薬確認欄を追加します。
- ・「保険医署名」欄の右側（下図網掛け部分）の未使用領域を編集領域にします。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。	(6歳) 又は (高一)
			20文字 × 2行
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供		

残薬確認欄追加
備考欄を2行分削る
□チェック欄は編集項目

(2) 新様式に対応したフォームファイルは以下とします。

A 5サイズ縦 (QRなし)	HC02V03. red
A 5サイズ縦 (QRあり)	HC02QV03. red
A 4サイズ横	HCM19V03. red

処方せん
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号												保険者番号														
公費負担医療の受給者番号														被保険者証被保険者手帳の記号・番号												
患 者	氏名											保険医療機関の及び名称														
	生年月日											電話番号														
	区分											保険医氏名														
	交付年月日											都道府県番号										点数表番号		医療機関コード		
処方せんの有効期間		平成		年		月		日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。																
処 方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更により差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。																								
備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																								
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供																										
調剤済年月日		平成		年		月		日		公費負担者番号																
保険薬局及び 所在地 の薬剤師 の氏名												公費負担医療の受給者番号														

2 残薬確認欄の編集

処方せん備考欄に残薬確認欄が新設されました。

保険医が保険調剤薬局へ指示をする場合、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」にチェックをすることができます。

以下のシステム予約マスタを会計内に入力して処方せんを発行すると該当する部分に「×」の編集を行います。

099209921	保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
099209922	保険医療機関へ情報提供

3 湿布薬の処方に対するコメント

[記載要領より]

8「備考」欄について

(7) 1 処方につき 70 枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

[点数マスタ] (新設)

830000052	70 枚を超えて湿布薬を投与した理由 :
-----------	----------------------

[入力方法]

(1) 1 処方につき計 70 枚を超えて投薬する場合、理由を記載する必要があります。

①院内処方の場合 (処方せんは関係ありません)

診療種別 990 又は 991 (レセプトコメント) を宣言してコメントコードにより入力します。

※②院外処方の場合の方法で入力されても構いません。

②院外処方の場合

「備考」欄へ記載します。

診療種別区分 980 (処方せん備考) を宣言して 830000052 のコメントコードを剤の先頭に宣言して理由を入力します。

830000052 を先頭で宣言された場合はその剤はすべて湿布薬の理由に係るコメントとして扱います。

この方法で入力された場合は処方せん「備考」欄と診療報酬明細書の「摘要」欄の両方に記載を行います。

入力コード	名称
. 980	* コメント (処方せん備考)
830000052	70 枚を超えて湿布薬を投与した理由 : 事故の影響による全身打撲が
810000001	顕著で 1 回に数枚を要することから必要と判断した。

※先頭のコメントコードが 830000052 でない場合はレセプトへは記載しません。

※今回の改定で様式変更により「備考」欄へ出力できる文字数が少なくなっています

ので注意が必要です。

※レセプトへの記載については 4 月提供のパッチで対応します。

- (2) 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他 1 日分の用量又は何日分に相当するかを記載する必要があります。

湿布薬を含む剤にコメントコードで用量を入力します。

※ユーザーコメント（差し込み）でマスタを作成すると便利です。

入力コード	名称
. 232	* 外用薬剤（院外処方）
620007813 50	【般先】ロキソニンテープ 100mg 10cm×14cm
810000001	湿布薬 全50枚、1日 6枚使用
001000304*1	【1日3回】

※今回の改定で様式変更により「備考」欄へ出力できる文字数が少なくなっていますので注意が必要です。

4 後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合

[記載要領より]

8 「備考」欄について

- (5) 処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。

[入力方法]

処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せん「備考」欄にその理由を記載する必要があります。

診療種別区分 980 (処方せん備考) を宣言してコメントコードにより理由を入力します。

入力コード	名称
. 212	* 内服薬剤（院外処方）
622325600 3	【般後】ロキソプロフェンナトリウム 60mg 錠
099209903	【後発変更不可】
Y03001*3	【1日3回毎食後に】
. 980	* コメント（処方せん備考）
810000001	他の後発品を処方したところ発疹を認めたため

20 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、平成 28 年 7 月以降、毎年度 4 月、7 月、10 月、1 月に、前月から起算して 3 ヶ月間の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。

平成 28 年 7 月の報告は、平成 28 年 6 月の向精神薬多剤投与の状況を平成 28 年度診療報酬改定前の別紙様式 40 を用いて報告することで代替可能。

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。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。
- ③ 診療年月パラメタの指定と対象範囲は以下となります。
診療年月パラメタの指定が平成 28 年 5 月までは 1 ヶ月分を対象とします。
平成 28 年 6 月以降は 3 ヶ月分を対象とします。
- ④ 多剤投与の判定で平成 28 年 4 月診療分以降は抗うつ薬及び抗精神病薬は 3 種類以上を対象とします。平成 28 年 3 月診療分までは 4 種類以上です。

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
ブロマゼパム	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nP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・プロメタジン・フェノバルビタール	1179100
ハロキサゾラム	1124005		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	スボレキサント	1190023

【抗うつ薬】

クロミプラミン塩酸塩	1174002	セチプチリンマレイン酸塩	1179034
ロフェプラミン塩酸塩	1174004	トラゾドン塩酸塩	1179037
トリミプラミンマレイン酸塩	1174005	フルボキサミンマレイン酸塩	1179039
イミプラミン塩酸塩	1174006	ミルナシプラン塩酸塩	1179040
アモキサピン	1179001	パロキセチン塩酸塩水和物	1179041
アミトリプチリン塩酸塩	1179002	塩酸セルトラリン	1179046
ノルトリプチリン塩酸塩	1179004	ミルタザピン	1179051
マプロチリン塩酸塩	1179008	デュロキセチン塩酸塩	1179052
ペモリン	1179023	エスシタロプラムシュウ酸塩	1179054
ドスレピン塩酸塩	1179027	ベンラファキシン塩酸塩	1179055
ミアンセリン塩酸塩	1179033		

【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

ピバンペロン塩酸塩	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。

2 1 後発医薬品数量シェア（置換え率）（様式 38 の 3 対応）

[改定内容]

院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

外来後発医薬品使用体制加算 1 4 点

外来後発医薬品使用体制加算 2 3 点

[施設基準]

- (1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。
- (5) 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 38 の 3 を用いること。

後発医薬品数量シェア（置換え率）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“後発医薬品数量シェア（置換え率）”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“後発医薬品数量シェア（置換え率）”を選択します。
- ③ 診療年月パラメタは、対象範囲の 3 ヶ月分の最終診療年月を指定します。指定した診療年月から 2 月前からを処理対象とします。
(例) 平成 28 年 3 月を指定した場合 平成 28 年 1 月から平成 28 年 3 月診療分を対象とします。

- ④ 明細区分パラメタは、“1”を指定すると医薬品別の規格単位数量を出力します。
- ⑤ 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。
- ⑥ 対象区分パラメタは、集計する医薬品が算定されている診療区分の範囲を指定します。
 - 0：全体
 - 1：投薬
 - 2：在宅・投薬・注射
- ⑦ 入外区分パラメタは、集計する医薬品が算定されている入院、外来の範囲を指定します。
 - 0：全体
 - 1：入院分のみ
 - 2：外来分のみ

注意事項

対象区分パラメタ及び入外区分パラメタは**対象とするデータ範囲が不明確**なため準備しました。

様式38の3の届出書添付書類に転記する前には内容をきちんと確認してください。

明細の「後発」欄の区分について

厚生労働省のホームページの「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」の中の「5. その他（各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報）」にある内容にそって集計を行っています。

（抜粋）

各先発医薬品における後発医薬品の有無及び後発医薬品について、1：後発医薬品がない先発医薬品（後発医薬品の上市前の先発医薬品等）、2：後発医薬品がある先発医薬品（先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む。ただし、全ての後発医薬品が経過措置として使用期限を定められている場合を除きます。後発医薬品と同額又は薬価が低いものについては、「☆」印を付しています。）と3：後発医薬品（先発医薬品と同額又は薬価が高いものについては、「★」印を付しています。）として分類しています。なお、昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品及び平成28年度診療報酬改定における「基礎的医薬品」の対象成分については、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」は空欄となっています。

「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（厚生労働省平成25年4月5日）に基づく後発医薬品の数量シェア（置換え率）※における『後発医薬品のある先発医薬品』が2で分類される品目であり、『後発医薬品』が3で分類される品目であるため、置換え率を算出する際には、こちらの情報をご活用ください。

※後発医薬品の数量シェア（置換え率）＝〔後発医薬品の数量〕／
〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕
＝〔3で分類される品目の数量（★を除く）〕／
〔2で分類される品目の数量（☆を除く）〕＋
〔3で分類される品目の数量（★を除く）〕

このデータから「後発」欄の区分は以下のように設定しています。

- 0：以下以外
- 1：後発医薬品がない先発医薬品（後発医薬品の上市前の先発医薬品等）
- 2：後発医薬品がある先発医薬品（先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む。ただし、全ての後発医薬品が経過措置として使用期限を定められている場合を除きます。）
- 3：後発医薬品
- 4：後発医薬品がある先発医薬品（後発医薬品と同額又は薬価が低いもの）「☆」
- 5：後発医薬品（先発医薬品と同額又は薬価が高いもの）「★」

点数付加情報引き継ぎについて

経過措置延長とされた医薬品マスタについては、ユーザーにより設定された「一般名記載」等の設定が、延長後の期間に引継がれません。
 バッチ処理により点数マスタの付加情報として設定した内容を延長後の期間に設定するプログラムにより設定を行います。

プログラムは、月次統計処理から実行できますので、使用する場合はシステム管理で登録が必要です。

システム管理の登録

- (1) 管理コードに 3002「統計帳票出力情報（月次）」を選択します。
- (2) 区分コードに登録する空き番号を入力します。
- (3) 有効年月日を空白のまま Enter キーを入力します。
 “00000000” ～ “99999999”
- (4) 「確定」をクリックします。
- (5) 「複写」をクリックします。
- (6) 一覧の中から「改正対応（点数付加引継ぎ作成）」をクリックし、「確定」ボタンをクリックします。
- (7) 「登録」ボタンをクリックします。

月次統計業務から処理を行います。

パラメタ説明

改正年月日

改正施行日に平成 28 年 4 月 1 日を指定します。

経過措置延長とされた医薬品マスタ

経過措置年月日：平成 28 年 9 月 30 日

内	621495902	アセチルシステイン内用液 17.6%「ショーワ」
内	620003894	塩酸バンコマイシン散 0.5「MEEK」 500mg
内	620002678	塩酸ピルジカイニドカプセル 25mg「タイヨー」
内	620002679	塩酸ピルジカイニドカプセル 50mg「タイヨー」
内	620542901	カリジノゲナーゼ錠 25単位「ショーワ」
内	620000031	カルジール錠 200 200mg
内	620003965	スプラストトシル酸塩カプセル 100mg「タイヨー」
内	622103401	スプラストトシル酸塩カプセル 50mg「タイヨー」
内	620006949	スラマ錠 500mg

内	610412098	セループカプセル 50mg
内	622384301	タクロリムス錠 0.5mg 「参天」
内	622384501	タクロリムス錠 1.5mg 「参天」
内	622384401	タクロリムス錠 1mg 「参天」
内	622384601	タクロリムス錠 3mg 「参天」
内	622384701	タクロリムス錠 5mg 「参天」
内	610463109	チムケント錠 20 20mg
内	620006999	トラネキサム酸シロップ 5% 「タイヨー」
内	611120158	フェノバルビタール 「ホエイ」
内	620180101	ブチブロン錠 10mg
内	620004584	ペラプリン錠 5mg
内	620004079	マグラックス細粒 83%
内	610453118	マグラックス錠 200mg
内	610433135	マグラックス錠 250mg
内	620008083	マグラックス錠 300mg
内	610433136	マグラックス錠 330mg
内	620008084	マグラックス錠 400mg
内	620002852	マグラックス錠 500mg
内	610463211	リオハード錠 5mg
内	620006171	レベニンS 散
注	620006190	アスルダム注 1mL
注	620006191	アスルダム注 2mL
注	640463007	イオベリンシリンジ 300 64.71% 50mL
注	620000191	イオベリンシリンジ 300 64.71% 80mL
注	640453018	イオベリンシリンジ 300 64.71% 100mL
注	620008813	献血アルブミン 5% 静注 12.5g/250mL 「ベネシス」
注	620008812	献血アルブミン 5% 静注 5g/100mL 「ベネシス」
注	621157301	赤十字アルブミン 20% 静注 10g/50mL
注	621155201	赤十字アルブミン 20% 静注 4g/20mL
注	622104001	セフメタゾールNa 静注用 0.25g 「タイヨー」 250mg
注	622104101	セフメタゾールNa 静注用 0.5g 「タイヨー」 500mg
注	621101802	セフメタゾールNa 静注用 1g 「タイヨー」
注	621101902	セフメタゾールNa 静注用 2g 「タイヨー」
注	640463091	点滴静注用バンコマイシン 0.5 「MEEK」 0.5g
注	622107901	点滴静注用バンコマイシン 1.0 「MEEK」 1g
注	620005191	トラネキサム酸注射液 1000mg 「タイヨー」 10% 10mL
注	622192301	日赤ポリグロビン N 10% 静注 10g/100mL
注	622192201	日赤ポリグロビン N 10% 静注 5g/50mL
注	621758001	日赤ポリグロビン N 5% 静注 0.5g/10mL 500mg
注	621758201	日赤ポリグロビン N 5% 静注 5g/100mL
注	621758101	日赤ポリグロビン N 5% 静注 2.5g/50mL
注	640407061	ヒシセオール液 300mL
注	642190261	ヒシセオール液 500mL
注	642190260	ヒシセオール液 200mL

注	620008232	ミダゾラム注射液 10mg 「タイヨー」 2mL
外	620385701	アセチルシステインNa塩 20W/V% ショーワ 17.62% 2mL
外	620221002	ジクロフェナクNa点眼液 0.1% 「ショーフ」
外	660463025	ヒアール点眼液 0.1 0.1% 5mL
外	620415401	ポビドンヨードガーグル 7% 「ショーフ」
外	620003870	マイリー点鼻液 0.125% 9.375mg 7.5g
外	620007795	マルチネスパップ 70mg 10cm×14cm

訪問診療等の状況について

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「注8」に規定する基準
直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分未満の保険医療機関（診療所に限る）である。

この要件について参考とするための集計表を準備しました。

訪問診療等の状況の作成方法

- 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“訪問診療等の状況”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“訪問診療等の状況”を選択します。
- ③ 診療年月パラメタは、対象診療年月を指定します。
（直近1年間の訪問診療等の実施回数については、指定した診療年月に対し1年前からを集計対象とします。）