

「日医標準レセプトソフト」

平成30年4月診療報酬改定対応

2019年3月26日
(三版)

日本医師会ORCA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	9
5	第1部 医学管理等	9
6	第2部 在宅医療	23
7	第3部 検査	38
8	第4部 画像診断	44
9	第5部 投薬	47
10	第6部 注射	52
11	第7部 リハビリテーション	52
12	第8部 精神科専門療法	55
13	第9部 処置	61
14	第10部 手術	68
15	第11部 麻酔	94
16	第12部 放射線治療	96
17	第13部 病理診断	99

その他

18	改定対応実施日が平成30年4月1日でないものについて	101
19	処方せん	101
20	向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式40対応）	107
21	点数付加情報引き継ぎについて	108
22	向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧	110

改版履歴

初版 2018 年 4 月 20 日

二版 2018 年 4 月 25 日

- ・施設基準コードの名称を見直しました。

三版 2019 年 3 月 26 日

- ・ 9 第 5 部 投薬の項、” ◆向精神薬長期処方について” を追加しました。
- ・ 1 1 第 7 部 リハビリテーションの項、” 疾患別リハビリテーション（平成 31 年 4 月以降）” を追加しました。
- ・ 2 0 向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式 4 0 対応）の項、” 抗精神病薬にブレクスピプラゾール” を追加しました。
- ・ 2 2 向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧の項を追加しました。

1 プログラム更新について

2018 年 4 月診療報酬改定対応（窓口業務）について以下の通り、平成 28 年 3 月 26 日に提供を開始しました。

ver5.0.0 「パッチ提供（第 21 回）」

ver4.8.0 「パッチ提供（第 80 回）」

今回のパッチでは点数テーブルについてスキーマを変更しました。

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

A000 初診料

[改定の概要]

- 1 許可病床が500床以上であることを要件の一部としている初診料について、当該基準を400床に変更された。
【経過措置 平成30年10月1日より適用】【平成30年9月対応】
- 2 初診料、再診料等に係る未妥結減算制度が見直された。【許可病床数200床以上】
- 3 妊婦加算が新設された。
- 4 機能強化加算が新設された。【要届出】

◆未妥結減算【許可病床数200床以上】

現 行	改 正
注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。 [施設基準] 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。

[改定内容]

- ①妥結率5割以下は変更なし。
- ②報告していない場合も減算とされた。

◆妊婦加算【新設】

現 行	改 正
注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合においては、345点）を所定点数に加算する。 (追加)	注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。 注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は

(追加)	注 11 に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注 11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（注 7 のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注 7 の規定にかかわらず、それぞれ 200 点、365 点又は 695 点を所定点数に加算する。
------	---

111013370	妊婦加算（初診）	75 点
111012970	妊婦時間外加算（初診）	200 点
111013070	妊婦休日加算（初診）	365 点
111013170	妊婦深夜加算（初診）	695 点
111013270	妊婦時間外特例医療機関加算（初診）	345 点
111013470	妊婦夜間加算（産科又は産婦人科初診）	200 点
111013570	妊婦休日加算（産科又は産婦人科初診）	365 点
111013670	妊婦深夜加算（産科又は産婦人科初診）	695 点

[算定方法]

●自動算定する場合

- ①妊婦である患者について患者登録で妊婦の設定をすることにより自動算定が可能です。
また、時間外区分により自動算定する時間外加算コードも妊婦加算のコードを発生します。
患者登録の「その他」タブ画面に項目を新設しました。

□妊婦

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

性別チェック：男性の場合は妊婦を解除します（性別を変更された場合など）。

年齢チェック：患者の年齢が 16 歳未満の時は警告を表示します。

画面情報：妊婦にチェックがある場合は以下の画面に「(妊婦)」と表示します。

- ・ 患者登録画面の基本情報タブの性別の横
- ・ 診療行為画面の上部

- ②診療行為入力で診察料等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。

- ③同一日複数受診の場合は自動発生はしません。

- ④産科又は産婦人科を標榜する場合の加算点数については、小児科特例の時間外区分を使用します。

システム管理の「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の「時間外加算（小児・産・産婦人科特例）」で設定します。

- 1 算定する
- 2 算定する（小児科のみ）
- 3 算定する（産・産婦人科のみ）

1 又は 3 を設定すると環境設定の外来時間外区分にて 5（夜間）、6（休日）、7（深夜）に産科・産婦人科の条件を設定できます。

これらの時間外区分と妊婦の設定がある場合は、産科又は産婦人科の時間外加算コードを自動算定します。

●手入力する場合

- ①妊婦設定をしない場合は該当する妊婦加算コードを手入力します。

性別チェック：男性の場合はエラーとします。

年齢チェック：6 歳未満はエラーとします。

◆機能強化加算【許可病床数 200 床未満の病院、診療所】【要届出】

現 行	改 正
(追加)	注 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80 点を所定点数に加算する。

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出等している保険医療機関（診療所又は 200 床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

A000 初診料

111013770	機能強化加算（初診）	80 点
-----------	------------	------

B001-2 小児科外来診療料

113028870	機能強化加算（初診）（小児科外来診療料）	80 点
-----------	----------------------	------

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

113028970	機能強化加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	80 点
-----------	------------------------	------

[算定方法]

①施設基準の届出が必要です。

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。

3522	機能強化加算
------	--------

②診療行為を入力で初診料の算定に併せて自動算定します。

※同一剤として算定します。

A001 再診料

◆電話等再診

現 行	改 正
[算定要件] 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。	[算定要件] 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。ただし、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。

[経過措置]

平成 30 年 3 月 31 日以前に、電話、テレビ電話等を用いて医学的な管理を行い、当該再診料を算定していた患者については、一連の医学的な管理が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。

なお、この場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・早朝加算は算定できない。

112023350	電話等再診料（30年3月以前継続）	72 点
112023450	同日電話等再診料（30年3月以前継続）	72 点
112023650	電話等特定妥結率再診料（30年3月以前継続）	53 点
112023750	同日電話等特定妥結率再診料（30年3月以前継続）	53 点
112023550	電話等再診料（同一日複数科受診時の2科目）（30年3月以前継続）	36 点
112023850	電話等特定妥結率再診料（同一日複数科2科目・30年3月以前継続）	26 点

◆未妥結減算【許可病床数 200 床以上】

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

〔改定内容〕

- ①妥結率5割以下は変更なし。
 ②報告していない場合も減算とされた。

◆妊婦加算【新設】

現 行	改 正
注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。	注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。
（追加）	注15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。
（追加）	注16 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

112022070	妊婦加算（再診）	38 点
112021370	妊婦時間外加算（再診）（入院外）	135 点
112021470	妊婦休日加算（再診）（入院外）	260 点

112021570	妊婦深夜加算（再診）（入院外）	590 点
112021670	妊婦時間外特例医療機関加算（再診）（入院外）	250 点
112022170	妊婦夜間加算（産科又は産婦人科再診）（入院外）	135 点
112022270	妊婦休日加算（産科又は産婦人科再診）（入院外）	260 点
112022370	妊婦深夜加算（産科又は産婦人科再診）（入院外）	590 点
112019990	妊婦時間外加算（再診）（入院）	135 点
112020090	妊婦休日加算（再診）（入院）	260 点
112020190	妊婦深夜加算（再診）（入院）	590 点
112020290	妊婦時間外特例医療機関加算（再診）（入院）	250 点
112020390	妊婦夜間加算（産科又は産婦人科再診）（入院）	135 点
112020490	妊婦休日加算（産科又は産婦人科再診）（入院）	260 点
112020590	妊婦深夜加算（産科又は産婦人科再診）（入院）	590 点

◆A000 初診料の妊婦加算を参照してください。

◆地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算

現 行	改 正
注 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20 点を所定点数に加算する。 注 13 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（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には、認知症地域包括診療加算として、30 点を所定点数に加算する。 [施設基準] (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 イ 常勤の医師が 2 名以上配置されていること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。	注 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 1 25 点 ロ 地域包括診療加算 2 18 点 注 13 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（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、当該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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 認知症地域包括診療加算 1 35 点 ロ 認知症地域包括診療加算 2 28 点 [施設基準] （地域包括診療加算 1） (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の医療機関については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。） (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っているこ

	と。 イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 (3) 以下の全てを満たしていること。 ア 訪問診療を提供した患者のうち、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が、在宅療養支援診療所については 10 人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所について 3 人以上であること。 イ 直近 1 ヶ月に初診、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 70%未満であること。 (略) (地域包括診療加算 2) (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保していること。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。 (略)
--	--

112021770	地域包括診療加算 1	25 点
112021870	認知症地域包括診療加算 1	35 点

[算定方法]

①施設基準の届出が必要です。

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。

3523	地域包括診療加算 1
------	------------

②地域包括診療加算 1 又は認知症地域包括診療加算 1 の施設基準が設定されている場合は、それぞれ加算 2 より優先して自動算定します。

◆薬剤適正【新設】

現 行	改 正
(追加)	注 14 注 12 又は注 13 の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第 8 条第 28 項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使

	用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を更に所定点数に加算する。
--	---

112021970	薬剤適正使用連携加算（再診）	30 点
-----------	----------------	------

A002 外来診療料**◆未妥結減算【許可病床数 200 床以上】**

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

〔改定内容〕

- ①妥結率 5 割以下は変更なし。
 ②報告していない場合も減算とされた。

◆妊婦加算【新設】

現 行	改 正
注 8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ 65 点、190 点又は 420 点（6 歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ 135 点、260 点又は 590 点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180 点（6 歳未満の乳幼児の場合においては、250 点）を所定点数に加算する。	注 8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ 65 点、190 点又は 420 点（6 歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、それぞれ 135 点、260 点又は 590 点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180 点（6 歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、250 点）を所定点数に加算する。
(追加)	注 10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38 点を所定点数に加算する。ただし、注 8 又は注 11 に規定する加算を算定する場合は算定しない。
(追加)	注 11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注 8 の規定にかかわらず、それぞれ 135 点、260 点又は 590 点を所定点数に加算する。

112022870	妊婦加算（外来診療料）	38 点
112022470	妊婦時間外加算（外来診療料）（入院外）	135 点
112022570	妊婦休日加算（外来診療料）（入院外）	260 点
112022670	妊婦深夜加算（外来診療料）（入院外）	590 点

112022770	妊婦時間外特例医療機関加算（外来診療料）（入院外）	250 点
112022970	妊婦夜間加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院外）	135 点
112023070	妊婦休日加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院外）	260 点
112023170	妊婦深夜加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院外）	590 点
112020690	妊婦時間外加算（外来診療料）（入院）	135 点
112020790	妊婦休日加算（外来診療料）（入院）	260 点
112020890	妊婦深夜加算（外来診療料）（入院）	590 点
112020990	妊婦時間外特例医療機関加算（外来診療料）（入院）	250 点
112021090	妊婦夜間加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院）	135 点
112021190	妊婦休日加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院）	260 点
112021290	妊婦深夜加算（産科又は産婦人科外来診療料）（入院）	590 点

◆A000 初診料の妊婦加算を参照してください。

A003 オンライン診療料（月1回）【新設】【要届出】

改 正	
A003 オンライン診療料（月1回） 70 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、継続的に対面による診察を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診察を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。	
注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する月は、別に算定できない。	

112023210	オンライン診療料	70 点
-----------	----------	------

◆オンライン診療料【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	オンライン診療料
------	----------

4 第2部 入院料等

「平成30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

通則【新設】【要届出】

現 行	改 正
(新設)	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であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B

	001-2-9 に掲げる地域包括診療料、区分番号 B 001-2-10 に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号 B001-3 に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が 2 月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100 点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月 1 回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。
--	---

113023890	オンライン医学管理料	100 点
-----------	------------	-------

◆オンライン医学管理料【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	オンライン診療料
------	----------

B001 特定疾患治療管理料

2 特定薬剤治療管理料

現 行	改 正
特定薬剤治療管理料 470 点 (追加)	イ 特定薬剤治療管理料 1 470 点 ロ 特定薬剤治療管理料 2 100 点 注 7 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月 1 回に限り所定点数を算定する。

113023910	特定薬剤治療管理料 2	100 点
-----------	-------------	-------

4 小児特定疾患カウンセリング料

現 行	改 正
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を限度として月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。	注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に 1 回以上行った場合に、2 年を限度として月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 I002 に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号 I004 に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

[対象患者] 15 歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者	[対象患者] 18 歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者
--	--

[算定チェック]

①15 歳未満から 18 歳未満へ対象を拡大された。

5 小児科療養指導料

現 行	改 正
注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 (追加) [対象疾患] (15 歳未満の患者) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病（同条第 2 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。） (6 歳未満の患者) (略) [算定要件] (新設) (略)	注 1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする 15 歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 18 に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 注 5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して 1 月を限度として、1 回に限り、500 点を所定点数に加算する。 [対象疾患] (15 歳未満の患者) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病（同条第 2 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）<u>並びに同法第 56 条の 6 第 2 項に規定する医療的ケア児に該当する状態</u> (6 歳未満の患者) (略) [算定要件] 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。 (略)

対象疾患に医療的ケア児を追加するとともに、患児が通学する場合には学校と情報共有・連携を行うことを明確化する

小児科医が作成した治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行う場合

113024070	人工呼吸器導入時相談支援加算（小児科療養指導料）	500 点
-----------	--------------------------	-------

7 難病外来指導管理料

現 行	改 正
(追加)	注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

113024170	人工呼吸器導入時相談支援加算（難病外来指導管理料）	500点
-----------	---------------------------	------

12 心臓ペースメーカー指導管理料

現 行	改 正
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。	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、320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。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

現 行	改 正
(追加)	注3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。
[施設基準]	[施設基準]
(新設)	導入期加算2の施設基準を全て満たしていること。

113024270	腎代替療法実績加算	100点
-----------	-----------	------

◆腎代替療法実績加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3582	導入期加算2、腎代替療法実績加算
------	------------------

24 外来緩和ケア管理料

現 行	改 正
300点	290点

27 糖尿病透析予防指導管理料

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。	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、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

28 小児運動器疾患指導管理料 250 点（6 月に 1 回）【新設】

改 正	
小児運動器疾患指導管理料 250 点 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する 6 歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6 月に 1 回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号 B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。 〔算定要件〕 かかりつけの医師からの紹介を受けて受診した 6 歳未満の患者であって、脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患を有する者に対し、小児の運動器疾患について専門的な知識を有する医師が療養上の指導を実施した場合 〔施設基準〕 以下の全ての要件を満たす常勤医師が 1 名以上配置されていること。 (1) 5 年以上の整形外科の診療に従事していること。 (2) 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。 (3) 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有していること。 (4) 必要に応じて、自施設又は連携にて入院可能な体制を有していること。	

113024310	小児運動器疾患指導管理料	250 点
-----------	--------------	-------

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料【新設】【要届出】

改 正	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料 イ 初回 500 点 ロ 2 回目から 4 回目まで 150 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、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1 回の分娩につき 4 回に限り算定する。	

113024410	乳腺炎重症化予防ケア・指導料（初回）	500 点
113024510	乳腺炎重症化予防ケア・指導料（2 回目から 4 回目まで）	150 点

◆乳腺炎重症化予防ケア・指導料【要届出】

〔算定方法〕

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3583	乳腺炎重症化予防ケア・指導料
------	----------------

B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料（1 日につき）

現 行	改 正
(追加)	注 4 1 のイ又は 2 のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説

	明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80 点を所定点数に加算する。 〔算定要件〕 急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。 〔施設基準〕 感染症の研修会等に定期的に参加していること。 病院においては、データ提出加算 2 を算定していること。
--	---

113024670	小児抗菌薬適正使用支援加算（小児科外来診療料）	80 点
113028870	機能強化加算（初診）（小児科外来診療料）	80 点

B001-2-5 院内トリアージ実施料

現 行	改 正
100 点	300 点

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

現 行	改 正
【要届出】（追加）	注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200 点を所定点数に加算する。 〔施設基準〕 (1) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 200 件以上であること。 (2) 専任の看護師が配置されていること。

113024770	救急搬送看護体制加算	200 点
-----------	------------	-------

◆救急搬送看護体制加算【要届出】

〔算定方法〕

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3584	救急搬送看護体制加算
------	------------

B001-2-9 地域包括診療料（月 1 回）

現 行	改 正
地域包括診療料（月 1 回） 1,503 点	地域包括診療料（月 1 回）
	1 地域包括診療料 1 1,560 点
	2 地域包括診療料 2 1,503 点
（追加）	注 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人

	保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。
--	--

113024810	地域包括診療料 1	1,560 点
113025670	薬剤適正使用連携加算（地域包括診療料）	30 点

妊婦加算については◆妊婦加算を参照してください。

◆地域包括診療料 1 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3585	地域包括診療料 1
------	-----------

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月 1 回）

現 行	改 正
認知症地域包括診療料（月 1 回） 1,515 点 (追加)	認知症地域包括診療料（月 1 回） 1 認知症地域包括診療料 1 1,580 点 2 認知症地域包括診療料 2 1,515 点 注 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。

113025710	認知症地域包括診療料 1	1,580 点
113026570	薬剤適正使用連携加算（認知症地域包括診療料）	30 点

妊婦加算については◆妊婦加算を参照してください。

◆認知症地域包括診療料 1 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3585	地域包括診療料 1
------	-----------

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

現 行	改 正
(追加) [算定要件] 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 (新設) (略)	注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。 [算定要件] 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 <u>ただし、以下のいずれかの要件を満たす医師が配置された保険医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する輪番医療機関又はいわゆる「#8000事業」における電話相談を案内することも可能であること。</u> <u>(1) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤の小児科医であること。</u> <u>(2) 直近1年間に、いわゆる「#8000事業」において、相談対応者として1回以上協力したことがある常勤の小児科医であること。</u> (略)

113027870	小児抗菌薬適正使用支援加算（小児かかりつけ診療料）	80点
113028970	機能強化加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	80点
113026670	時間外加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	85点
113026770	休日加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	250点
113026870	深夜加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	480点
113026970	時間外特例医療機関加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	230点
113027070	時間外加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	65点
113027170	休日加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	190点
113027270	深夜加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	420点
113027370	時間外特例医療機関加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	180点
113027470	時間外加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	65点
113027570	休日加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	190点
113027670	深夜加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	420点
113027770	時間外特例医療機関加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	180点

B001-9 療養・就労両立支援指導料（6月に1回）【新設】【要届出】

改 正
B001-9 療養・就労両立支援指導料 1,000点 注1 がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況

を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注2 別に厚生労働大臣が定める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は、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

注3 注1の規定に基づく産業医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)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

〔算定要件〕

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

〔相談体制充実加算の施設基準〕

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。

113027910	療養・就労両立支援指導料	1,000点
113028070	相談体制充実加算	500点

◆相談体制充実加算【要届出】

〔算定方法〕

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3586	相談体制充実加算（療養・就労両立支援指導料）
------	------------------------

B004 退院時共同指導料1

現 行	改 正
注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。	注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号B005において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限

	り算定できる。
--	---------

B005 退院時共同指導料2

現 行	改 正
注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。	注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

B005-1-2 介護支援連携指導料

現 行	改 正
介護支援連携指導料 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、	介護支援等連携指導料 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護

B005-7 認知症専門診断管理料B005-7-2 認知症療養指導料19

113028110	認知症療養指導料 2	300 点
113028210	認知症療養指導料 3	300 点

B005-7-3 認知症サポート指導料【新設】

改 正		
B005-7-3 認知症サポート指導料 450 点 注 1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6 月に 1 回に限り算定する。 注 2 注 1 の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号 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。 〔施設基準〕 以下の要件を満たす常勤の医師が配置されていること。 ア 認知症サポート医に係る研修等を修了していること。 イ 認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること		

113028310	認知症サポート指導料	450 点
-----------	------------	-------

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1【新設】【要届出】

改 正		
B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1 1,000 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産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 2 同一の保険医療機関において、区分番号 B005-10-2 に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料 2 を同一の患者について別に算定できない。 〔算定要件〕 (1) 精神疾患の妊婦又は出産後 2 月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 (2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者又は他の保険医療機関で精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている者に限る。 (3) 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。 (4) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。 (5) 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が、概ね月に 1 回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行うこと。 (6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね 2 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。 (7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第 25 条の 2 に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は		

母子保健法第 22 条第 1 項に基づき設置された母子健康包括支援センター等に相談し、情報提供を行うこと。
 (8) 関係学会から示されている指針に基づき、以上が適切に実施されていること。
 (9) 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料 1 とハイリスク妊産婦連携指導料 2 を算定することはできない。

〔施設基準〕

- (1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神疾患の妊産婦について、直近 1 年間の市町村等との連携実績が 1 件以上であること。
- (3) 原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。

113028410	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	1,000 点
-----------	-----------------	---------

◆ハイリスク妊産婦連携指導料 1 【要届出】

〔算定方法〕

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3587	ハイリスク妊産婦連携指導料 1
------	-----------------

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2 【新設】【要届出】

改 正
B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2 750 点 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 6 月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 2 同一の保険医療機関において、区分番号 B005-10 に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料 1 を同一の患者について別に算定できない。 〔算定要件〕 (1) 精神疾患の妊婦又は出産後 6 月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料 2 とハイリスク妊産婦連携指導料 1 を算定することはできない。 (2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者に限る。 (3) 産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響についても適切に情報を提供していること。 (4) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。 (5) 精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行うこと。 (6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね 2 ヶ月に 1 回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。 (7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第 25 条の 2 に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第 22 条第 1 項に基づき設置された母子健康包括支援センターに相談し、情報提供を行うこと。 〔施設基準〕 (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。 (2) 精神疾患の妊婦について、直近 1 年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が 1 件以上であること。

と。

113028510	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	750 点
-----------	-----------------	-------

◆ハイリスク妊産婦連携指導料 2 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3588	ハイリスク妊産婦連携指導料 2
------	-----------------

B009 診療情報提供料 (I)

現 行	改 正
注 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第 46 条第 1 項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 7 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、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200 点を所定点数に加算する。 (追加)	注 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項第 1 号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。 注 7 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、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200 点を所定点数に加算する。 注 15 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50 点を所定点数に加算する。

113028670	療養情報提供加算	50 点
-----------	----------	------

B010-2 診療情報連携共有料【新設】

改 正
B010-2 診療情報連携共有料 120 点 注 1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書

により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

注 2 区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料 (I) (同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。) を算定した同一月においては、別に算定できない。

〔対象患者〕

慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者

〔算定要件〕

(1) 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

(2) 診療情報提供料 (I) (同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。) を算定した同一月においては、別に算定できない。

(3) 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制 (窓口の設置など) を確保していること。

113028710	診療情報連携共有料	120 点
-----------	-----------	-------

6 第 2 部 在宅医療

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料 (1 日につき)

現 行	改 正
在宅患者訪問診療料 (1 日につき) 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 203 点 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診療を行う場合の当該患者 (以下この区分番号において「同一建物居住者」という。) を除く。) であって通院が困難なものに対して、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。	在宅患者訪問診療料 (I) (1 日につき) 1 在宅患者訪問診療料 1 イ 同一建物居住者以外の場合 833 点 ロ 同一建物居住者の場合 203 点 2 在宅患者訪問診療料 2 イ 同一建物居住者以外の場合 830 点 ロ 同一建物居住者の場合 178 点 注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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及び有料老人ホームその他これに準ずる施設 (以下この区分番号及び区分番号 C 0 0 1 - 2 において「有料老人ホーム等」という。) に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。) に、当該患者が同一建物居住者 (当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。) 以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者 1 人につき週 3 回 (同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。) に限り (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。) 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、区分番号 A 0 0 3 に掲げるオンライン診療料、区分番号 C 0 0 0 に

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 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

（１）病床を有する場合 6,000 点

（２）病床を有しない場合 5,000 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。）の場合 4,000 点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,000 点

掲げる往診料又は区分番号 C 0 0 2 の注 12 に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

注 2 2 については、区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者 1 人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して 6 月（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。）を限度として、月 1 回に限り算定する。この場合において、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料、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、区分番号 A 0 0 3 に掲げるオンライン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（1 を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、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、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として 2,000 点を更に所定点数に加算する。

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

（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

① 病床を有する場合 6,500 点

② 病床を有しない場合 5,500 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 4,500 点

（３）（１）及び（２）に掲げるもの以外の場合 3,500 点

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

（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

注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合には、看取り加算として、3,000 点を所定点数に加算する。 注8 患家において死亡診断を行った場合には、200 点を所定点数に加算する。ただし、注7の加算を算定する場合は、算定できない。	① 病床を有する場合 6,500 点 ② 病床を有しない場合 5,500 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 4,500 点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500 点 注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合(1を算定する場合に限る。)には、看取り加算として、3,000 点を所定点数に加算する。 注8 死亡診断を行った場合(1を算定する場合に限る。)には、死亡診断加算として、200 点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。
---	---

114042110	在宅患者訪問診療料(1)2(同一建物居住者以外)	830 点
114042210	在宅患者訪問診療料(1)2(同一建物居住者)	178 点
114042370	在宅ターミナルケア加算(口)(機能強化した在支診等)(病床あり)	6,500 点
114042470	在宅ターミナルケア加算(口)(機能強化した在支診等)(病床なし)	5,500 点
114042570	在宅ターミナルケア加算(口)(在支診等)	4,500 点
114042670	在宅ターミナルケア加算(口)(在支診等以外)	3,500 点
114042770	酸素療法加算(在宅患者訪問診療料(1)1)	2,000 点

【別紙様式 14 対応】

~~「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式 14 に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式 14 のとおりの内容が記載された症状詳細記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書に摘要欄に記載する。~~

上記が削除されましたので4月診療分からは入力する必要はなくなりました。

099140011 訪問診療にかかる記録書

099140012 診療人数合計

上記2マスタの期限を平成30年3月31日としたマスタ更新データを提供します(平成30年4月中)。

既に平成30年4月以降診療分として入力していた場合は削除することを推奨します。

C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(1日につき)【新設】

改 正
C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(1日につき) 144 点 注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。 イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、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A000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。) ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合 注2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回(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。)に限り算定する。

注3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(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。)を限度として、月1回に限り算定する。

注4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等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(注1のイの場合に限る。)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1000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ 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

(1) 病床を有する場合 6,200点

(2) 病床を有しない場合 5,200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。)の場合 4,200点

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点

注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

114042810	在宅患者訪問診療料(2)イ	144点
114046310	在宅患者訪問診療料(2)ロ(他の保険医療機関から紹介された患者)	144点
114042970	在宅ターミナルケア加算(2)(機能強化した在支診等)(病床あり)	6,200点
114043070	在宅ターミナルケア加算(2)(機能強化した在支診等)(病床なし)	5,200点
114043170	在宅ターミナルケア加算(2)(在支診等)	4,200点
114043270	在宅ターミナルケア加算(2)(在支診等以外)	3,200点
114043370	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅患者訪問診療料(2)イ)	1,000点
114043470	在宅療養実績加算1(在宅患者訪問診療料(2)イ)	750点
114043570	在宅療養実績加算2(在宅患者訪問診療料(2)イ)	500点
114043670	酸素療法加算(在宅患者訪問診療料(2)イ)	2,000点

C002 在宅時医学総合管理料(月1回)

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) 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 ①～③ (略) (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 ①～③ (略) □ 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 ①～③ (略) (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 ①～③ (略) 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)～(3) (略) 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)～(3) (略) 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 2,850 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 (追加)	4,100 点 2,200 点 1,100 点 3,700 点 2,000 点 1,000 点 2,300 点 1,280 点 680 点 2,750 点 1,475 点 750 点 1,760 点 995 点 560 点 注 9 3 を算定する患者であって継続的に診療を行っ ているものに対して、保険医療機関 (診療所に限る。) が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関におい
---	--

(追加)	て又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216 点を所定点数に加算する。
(追加)	注 10 1 のイの(2)及び(3)、1 のロの(2)及び(3)、2 のロ及びハ並びに 3 のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150 点を所定点数に加算する。
(追加)	注 11 区分番号 1002 に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の 1 を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
(追加)	注 12 1 のイの(3)若しくはロの(3)、2 のハ又は 3 のハの場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察(訪問診療と同日に行う場合を除く。)による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として 100 点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する 3 月は算定できない。

114043770	継続診療加算(在医総管・施医総管(在支診等以外))	216 点
114043870	包括的支援加算(在医総管・施医総管)	150 点
114043970	オンライン在宅管理料(在医総管(月 1 回訪問診療))	100 点

◆オンライン在宅管理料(在医総管(月 1 回訪問診療))【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3524	オンライン診療料
------	----------

C002-2 施設入居時等医学総管理料(月 1 回)

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) 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 ①～③ (略) (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 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 ①～③ (略) ロ 病床を有しない場合	3,200 点 1,700 点 1,200 点

(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 ①～③ (略) (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 ①～③ (略) 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) ～ (3) (略) 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 2,700 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) 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) ～ (3) (略) 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 (追加)	2,900 点 1,550 点 1,100 点 2,600 点 1,400 点 1,000 点 1,640 点 920 点 680 点 1,950 点 1,025 点 750 点 1,280 点 725 点 560 点 注 4 区分番号 I O O 2 に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号 C O O 1 に掲げる在宅患者訪問診療料 (I) の 1 又は区分番号 C O O 1 - 2 に掲げる在宅患者訪問診療料 (II) (注 1 のイの場合に限る。) を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
---	--

(追加)	注5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。
------	---

C003 在宅がん医療総合診療料

現 行	改 正
注2 患家において死亡診断を行った場合は、200点を所定点数に加算する。	注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

現 行	改 正
1・2 (略) 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点 注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。 注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。 注6 1及び2については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ50点を所定点数に加算する。 注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師	1・2 (略) 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点 注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。 注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。 注6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。 注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師

等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。この場合において、イ又はロについては、週 1 日に限り算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430 点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380 点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300 点

注 9 1 及び 2 については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月 2 回に限り 200 点を所定点数に加算する。

注 10 1 及び 2 については、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に、2 回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、2,000 点を所定点数に加算する。

等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週 1 日を、ハの場合にあっては週 3 日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450 点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380 点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300 点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

（ 1 ） 1 日に 1 回の場合 300 点

（ 2 ） 1 日に 2 回の場合 600 点

（ 3 ） 1 日に 3 回以上の場合 1,000 点

注 9 1 及び 2 については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月 2 回に限り 200 点を所定点数に加算する。

注 10 1 及び 2 については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に、2 回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等

(追加) (追加)	要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 21 号）別表の 1 に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500 点 ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000 点 注 13 1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）附則第 20 条第 1 項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、特定行為業務（同項に規定する特定行為業務をいう。以下同じ。）が円滑に行われるよう、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）第 1 条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）に関して当該事業者の介護の業務に従事する者（社会福祉士及び介護福祉士法附則第 3 条第 1 項に規定する介護の業務に従事する者をいう。以下同じ。）に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月 1 回に限り 250 点を所定点数に加算する。 注 14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が 1 時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。 イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合 ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合
-------------------------	---

114044070	複数名訪問看護・指導加算（看護補助者・看護困難者等・1 日 1 回）	300 点
114044170	複数名訪問看護・指導加算（看護補助者・看護困難者等・1 日 2 回）	600 点
114044270	複数名訪問看護・指導加算（看護補助者・看護困難者等・1 日 3 回～）	1,000 点
114044370	在宅ターミナルケア加算（在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く）	2,500 点
114044470	在宅ターミナルケア加算（特養等（看取り介護加算等算定））	1,000 点
114044570	看護・介護職員連携強化加算（訪問看護・訪問看護（同一））	250 点
114044670	特別地域訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一））	50 点

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1 日につき）

現 行	改 正
1・2 （略） 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに	1・2 （略） 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は

係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点 注 2 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号 C 0 1 3 に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者 1 人について、それぞれ月 1 回を限度として算定する。 （追加）	人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285 点 注 2 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号 C 0 1 3 に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者 1 人について、それぞれ月 1 回に限り算定する。 注 4 区分番号 C 0 0 5 の注 3 から注 14 まで及び注 16 の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注 8 中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注 9 中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注 10 中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。
---	--

C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料

現 行	改 正
1 同一建物居住者以外の場合 650 点 2 同一建物居住者の場合 300 点 注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて患者 1 人につき	1 単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点 3 1 及び 2 以外の場合 290 点 注 1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、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 から 3 までを合わせて薬剤師 1 人に

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。 (追加)	つき週 40 回に限り算定できる。 注 4 6 歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100 点を所定点数に加算する。
--	--

114044710	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 1 人）	650 点
114044810	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 2 人～9 人）	320 点
114044910	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 10 人～）	290 点
114045070	乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）	100 点

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

現 行	改 正
1 同一建物居住者以外の場合 530 点 2 同一建物居住者の場合 450 点 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。	1 単一建物診療患者が 1 人の場合 530 点 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 480 点 3 1 及び 2 以外の場合 440 点 注 1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者 1 人につき月 2 回に限り所定点数を算定する。

114045110	在宅患者訪問栄養食事指導料（単一建物診療患者が 1 人）	530 点
114045210	在宅患者訪問栄養食事指導料（単一建物診療患者が 2 人～9 人）	480 点
114045310	在宅患者訪問栄養食事指導料（単一建物診療患者が 10 人～）	440 点

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料

現 行	改 正
注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療	注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカン

養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。	ファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。
------------------------------	--

C 0 1 2 在宅患者共同診療料

現 行	改 正
注 1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が 500 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 注 2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 500 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 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。	注 1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が 400 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 注 2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 400 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1 から 3 までのいずれかを最初に算定した日から起算して 1 年以内に、患者 1 人につき 1 から 3 までを合わせて 2 回に限り算定する。 注 3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 400 床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（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。

C 1 0 3 在宅酸素療法指導管理料

現 行	改 正
【要届出】（追加）	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、2 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、150 点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2 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。
--	--

114045470	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料（その他））	150 点
-----------	------------------------------	-------

◆遠隔モニタリング加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3589	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）
------	-------------------------

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料【新設】

改 正	
C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500 点	
注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。	

114045510	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	2,500 点
-----------	-------------------	---------

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

現 行	改 正
【要届出】（追加）	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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、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、150 点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2 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。

114045670	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2）	150 点
-----------	------------------------------	-------

◆遠隔モニタリング加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3590	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）
------	-----------------------------

C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

現 行	改 正
注 便失禁のコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	注 便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱管

	理に関する指導管理を行った場合に算定する。
--	-----------------------

C 1 1 7 在宅経腸投薬指導管理料【新設】

改 正	
C 1 1 7 在宅経腸投薬指導管理料 4,000 点 注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。	

114045710	在宅経腸投薬指導管理料	1,500 点
-----------	-------------	---------

C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料【新設】【要届出】【C 1 0 7 から移動】

改 正	
C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800 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、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。	

114042050	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	2,800 点
-----------	-----------------	---------

◆在宅腫瘍治療電場療法指導管理料【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3591	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
------	-----------------

C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料【新設】【要届出】

改 正	
C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950 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、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 注 2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500 点を所定点数に加算する。	

114045810	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	950 点
114045970	導入初期加算（在宅経肛門的自己洗腸指導管理料）	500 点

◆在宅経肛門的自己洗腸指導管理料【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3592	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
------	-----------------

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

現 行	改 正
1 月 20 回以上測定する場合 400 点	1 月 20 回以上測定する場合 350 点
2 月 40 回以上測定する場合 580 点	2 月 30 回以上測定する場合 465 点
3 月 60 回以上測定する場合 860 点	3 月 40 回以上測定する場合 580 点
4 月 80 回以上測定する場合 1,140 点	4 月 60 回以上測定する場合 830 点
5 月 100 回以上測定する場合 1,320 点	5 月 90 回以上測定する場合 1,170 点

6 月 120 回以上測定する場合 1,500 点 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～ニ (略) 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～ハ (略)	6 月 120 回以上測定する場合 1,490 点 注 1 1 から 4 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～ニ (略) 注 2 5 及び 6 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)
--	--

114046010	血糖自己測定器加算 (30 回以上) (1 型糖尿病の患者を除く)	465 点
114046110	血糖自己測定器加算 (30 回以上) (1 型糖尿病・小児低血糖症等)	465 点

C 1 5 2 - 3 経腸投薬用ポンプ加算【新設】

改 正	
C 1 5 2 - 3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500 点 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2 月に 2 回に限り第 1 款の所定点数に加算する。	

114046210	経腸投薬用ポンプ加算	2,500 点
-----------	------------	---------

C 1 6 2 在宅経管栄養法用栄養管セット加算

現 行	改 正
注 在宅成分栄養経管栄養法又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に対して、栄養管セットを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。	注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者 (在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号 C 1 0 5 - 3 に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。) に対して、栄養管セットを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。

C 1 6 5 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

現 行	改 正
1 ASV を使用した場合 3,750 点	3,750 点
2 CPAP を使用した場合 1,100 点	1,000 点

7 第 3 部 検査**D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査**

現 行	改 正
(新設)	17 シュウ酸 (尿) 200 点
(新設)	18 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) 210 点

160210610	シュウ酸（尿）	200 点
-----------	---------	-------

D003 糞便検査

現 行	改 正
(新設)	9 カルプロテクチン（糞便） 276 点

D004-2 悪性腫瘍組織検査

現 行	改 正
(追加)	注 患者から 1 回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 2 項目 4,000 点 ロ 3 項目以上 6,000 点

◆包括項目数算定（まるめ）について

[算定方法]

①入力された検査の項目数により包括点数を算定します。

D006 出血・凝固検査

現 行	改 正
(新設)	34 ADAMTS13 活性 400 点
(新設)	35 ADAMTS13 インヒビター 600 点

160210710	ADAMTS13 活性	400 点
160210810	ADAMTS13 インヒビター	600 点

D006-4 遺伝学的検査

現 行	改 正
遺伝学的検査 3,880 点	遺伝学的検査 1 処理が容易なもの 3,880 点 2 処理が複雑なもの 5,000 点 3 処理が極めて複雑なもの 8,000 点

160210910	遺伝学的検査（容易）	3,880 点
160211010	遺伝学的検査（複雑）	5,000 点
160211110	遺伝学的検査（極複雑）	8,000 点
160211210	遺伝学的検査（容易）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）	3,880 点
160211310	遺伝学的検査（複雑）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）	5,000 点
160211410	遺伝学的検査（極複雑）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）	8,000 点

◆遺伝学的検査（容易）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）、
遺伝学的検査（複雑）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）、
遺伝学的検査（極複雑）（（１）の工に掲げる遺伝子疾患）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3477	遺伝学的検査
------	--------

D006-11 FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査【新設】【平成 28 年 12 月】

改正
D006-11 FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査 3,300 点

D006-12 EGFR遺伝子検査（血漿）【新設】【平成 29 年 7 月】

改正
D006-12 EGFR遺伝子検査（血漿） 2,100 点

D006-13 骨髓微小残存病変量測定【新設】【要届出】

改正
D006-13 骨髓微小残存病変量測定 1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,500 点 2 モニタリングに用いるもの 2,100 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実施した場合に限り算定する。

160211510	骨髓微小残存病変量測定（遺伝子再構成の同定）	3,500 点
160211610	骨髓微小残存病変量測定（モニタリング）	2,100 点

◆骨髓微小残存病変量測定

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3593	骨髓微小残存病変量測定
------	-------------

D007 血液化学検査

現 行	改 正
(新設) (平成 30 年 2 月) (新設)	20 遊離脂肪酸 59 点 24 総カルニチン 95 点 遊離カルニチン 95 点

160211710	遊離脂肪酸	59 点
-----------	-------	------

D012 感染症免疫学的検査

現 行	改 正
(平成 28 年 6 月) (新設) (追加)	41 デングウイルス抗原・抗体同時測定定性 233 点 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において実施した場合に算定する。

D014 自己抗体検査

現 行	改 正
(平成 28 年 10 月) (新設)	30 抗MDA5抗体 270 点 抗Mi-2抗体 270 点 抗TIF1- γ 抗体 270 点
【要届出】(新設)	44 抗HLA抗体（スクリーニング検査） 1,000 点
【要届出】(新設)	45 抗HLA抗体（抗体特異性同定検査） 5,000 点
	注2 本区分の 44 及び 45 に掲げる検査については、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

	において実施した場合に算定する。
--	------------------

160211910	抗H L A抗体（スクリーニング検査）	1,000 点
160212010	抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	5,000 点

◆抗H L A抗体

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3594	抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）
------	--

D O 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

現 行	改 正
(新設)	17 免疫電気泳動法（抗ヒト全血清） 170 点
(新設)	24 免疫電気泳動法（特異抗血清） 230 点

160212110	免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）	170 点
160212210	免疫電気泳動法（特異抗血清）	230 点

D O 1 6 細胞機能検査

現 行	改 正
リンパ球刺激試験（L S T） 345 点	リンパ球刺激試験（L S T） イ 1 薬剤 345 点 ロ 2 薬剤 425 点 ハ 3 薬剤以上 515 点

160212310	L S T（1 薬剤）	345 点
160212410	L S T（2 薬剤）	425 点
160212510	L S T（3 薬剤以上）	515 点

D O 1 8 細菌培養同定検査

現 行	改 正
(追加)	注 2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40 点を所定点数に加算する。

160212670	質量分析装置加算（細菌培養同定検査）	40 点
-----------	--------------------	------

D O 2 3 微生物核酸同定・定量検査

現 行	改 正
7 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C－U Sと判定された患者に対して行った場合に限り算定する。	7 EBウイルス核酸定量 310 点 8 百日咳菌核酸検出 360 点 注 HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C－U Sと判定された患者又は過去に区分番号K 8 6 7に掲げる子宮頸部（腔部）切除術若しくは区分番号K 8 6 7－3に掲げる子宮頸部摘

	出術（腔部切断術を含む。）を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
（新設）	14 サイトメガロウイルス核酸検出 850 点
（追加）	15 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700 点
（追加）	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において実施した場合に算定する。
	注 5、6、8（百日咳菌核酸検出に限る。）又は9（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100 点を所定点数に加算する。

160212710	E B ウイルス核酸定量	310 点
160212870	迅速微生物核酸同定・定量検査加算	100 点

D 0 2 6 検体検査判断料

現 行	改 正
注7 区分番号D 0 1 5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。	注7 区分番号D 0 1 5の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）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。

第3節 生体検査料

現 行	改 正
通則 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80又は100分の50に相当する点数を加算する。 イ～タ （略） 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。	通則 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。 イ～タ （略） 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

現 行	改 正
	注2 冠攣縮誘発薬物負荷試験加算 600 点

160212970	冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	600 点
-----------	---------------	-------

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

現 行	改 正
-----	-----

2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530 点 ロ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350 点 3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 1,000 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限り算定する。	2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530 点 ロ 下肢血管 450 点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350 点 3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 300 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、月 1 回に限り算定する。 注 2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700 点を所定点数に加算する。
---	---

160213010	超音波検査（断層撮影法）（下肢血管）	450 点
160213170	胎児心エコー法診断加算（超音波検査・胎児心エコー法）	700 点

D 2 3 1－2 皮下連続式グルコース測定（一連につき）

現 行	改 正
（追加）	注 2 注 1 に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6 月に 2 回に限り算定する。

160213210	皮下連続式グルコース測定（病院）	700 点
-----------	------------------	-------

D 2 5 6－3 光干渉断層血管撮影【新設】

改 正
D 2 5 6－3 光干渉断層血管撮影 400 点 注 光干渉断層血管撮影は、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号 D 2 5 6 に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

160213310	光干渉断層血管撮影	400 点
-----------	-----------	-------

D 2 6 1 屈折検査

現 行	改 正

160213430	屈折（薬剤使用前後）（1 以外）	138 点
-----------	------------------	-------

D 2 6 3－2 コントラスト感度検査【新設】

改 正
D 2 6 3－2 コントラスト感度検査 207 点 注 コントラスト感度検査は、患者 1 人につき手術の前後においてそれぞれ 1 回に限り算定する。

160213510	コントラスト感度検査	207 点
-----------	------------	-------

D 2 7 4－2 前眼部三次元画像解析【新設】

改 正

D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析 265 点

注 前眼部三次元画像解析は、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号 D 2 6 5 - 2 に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号 D 2 7 4 に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

160213610	前眼部三次元画像解析	265 点
-----------	------------	-------

D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査【新設】

改 正

D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査 149 点

注 緑内障濾過手術後の患者であって、術後から 1 年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。

160213710	前房水漏出検査	149 点
-----------	---------	-------

D 2 7 7 - 2 涙道内視鏡検査【新設】

改 正

D 2 7 7 - 2 涙道内視鏡検査 640 点

160213810	涙道内視鏡検査	640 点
-----------	---------	-------

D 2 8 2 - 4 ダーモスコープ

現 行

改 正

注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4 月に 1 回に限り算定する。

D 3 0 2 - 2 気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査【新設】

改 正

D 3 0 2 - 2 気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査 320 点

160213910	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	320 点
-----------	--------------------	-------

D 4 1 5 - 3 経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）【新設】

改 正

D 4 1 5 - 3 経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの） 5,500 点

160214010	経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）	5,500 点
-----------	-----------------------	---------

D 4 1 9 - 2 眼内液（前房水・硝子体液）検査【新設】

改 正

D 4 1 9 - 2 眼内液（前房水・硝子体液）検査 1,000 点

160214110	眼内液（前房水・硝子体液）検査	1,000 点
-----------	-----------------	---------

8 第 4 部 画像診断

[改定の概要]

1 画像診断管理加算の届出及び遠隔画像診断の専従要件が緩和された。

- 2 画像診断管理加算 3 が新設された。【要届出】
- 3 小児鎮静下MRI撮影加算が新設された。【要届出】
- 4 頭部MRI撮影加算が新設された。【要届出】
- 5 他医療機関撮影のコンピューター断層診断料が同日複数科初診料算定日も算定可能とされた。

通則

現 行	改 正
4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点を所定点数に加算する。 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）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通則第4号本文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画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関	4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）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通則第4号本文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画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号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画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り、画像診断管理加算 2 を算定することができる。	であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 を算定することができる。
---	--

170035710	画像診断管理加算 3（核医学診断）	300 点
170035810	画像診断管理加算 3（コンピューター断層診断）	300 点
170035910	遠隔画像診断管理加算 3（核医学診断）	300 点
170036010	遠隔画像診断管理加算 3（コンピューター断層診断）	300 点

◆画像診断管理加算 3【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3595	画像診断管理加算 3
------	------------

◆遠隔画像診断管理加算 3【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0238	遠隔画像診断
------	--------

E 1 0 1 - 2 ポジトロン断層撮影

現 行	改 正
3 13 N 標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,500 点	9,000 点

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

現 行	改 正
注 4 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、心臓の MRI 撮影を行った場合は、心臓 MRI 撮影加算として、300 点を所定点数に加算する。 （追加）	注 4 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、心臓の MRI 撮影を行った場合は、心臓 MRI 撮影加算として、400 点を所定点数に加算する。 注 7 MRI 撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15 歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1 回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下 MRI 撮影加算として、当該撮影の所定点数に 100 分の 80 に相当する点数を加算する。 （追加） 注 8 1 について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部の MRI 撮影を行った場合は、頭部 MRI 撮影加算として、100 点を所定点数に加算する。

170036170	小児鎮静下MR I 撮影加算	80%加算
170036270	頭部MR I 撮影加算	100 点

◆小児鎮静下MR I 撮影加算【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3596	小児鎮静下MR I 撮影加算
------	----------------

- ②所定点数は、「注3」から「注5」まで及び「注8」の加算を含まない点数となります。

(造影剤使用加算、心臓MR I 撮影加算、乳房MR I 撮影加算、頭部MR I 撮影加算は除外)

◆頭部MR I 撮影加算【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3597	頭部MR I 撮影加算
------	-------------

9 第5部 投薬

[改定の概要]

- 1 疾病治療以外の血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）は算定不可とされた。
- 2 向精神薬多剤投与の要件が見直された。
- 3 外来後発医薬品使用体制加算3、向精神薬調整連携加算が追加された。
- 4 紹介率が低い大病院30日以上投薬について引き下げられました。40%減⇒60%減
- 5 一般名処方加算の点数が引き上げられました。
- 6 **ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期継続処方の減算規定が設けられました。（平成31年4月以降）**

通則

【ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し】

改 正
[算定要件] 入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

[算定方法]

- ①~~ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の医薬品が入力されている場合は、「登録」ボタンクリック時に警告を表示します。~~（4月3日提供パッチで廃止しました）
- ②ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の医薬品の判定は、薬価基準コードの先頭9桁が以下に該当する医薬品とします。
 - 2649865N1 副腎エキス・ヘパリン類似物質配合クリーム
 - 2649950M1 ヘパリン類似物質ゲル0.3%
 - 3334700M1 ヘパリンNa軟膏500単位/g
 - 3339950M1 ヘパリン類似物質軟膏0.3%
 - 3339950N1 ヘパリン類似物質クリーム0.3%
 - 3339950Q1 ヘパリン類似物質外用液0.3%
 - 3339950R1 ヘパリン類似物質スプレー0.3%

F100 処方料

現 行	改 正
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 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29 点 3 1及び2以外の場合 42 点 注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。 注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。 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 (追加)	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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（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 18 点 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29 点 3 1及び2以外の場合 42 点 注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。 注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。 注9 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所定点数に加算する。 イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5 点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4 点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2 点 注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したもののについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状

[施設基準（通知）] (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 70% 未満あること。	の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8 - 2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。 [施設基準（通知）] (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 85% 以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 75% 以上 85% 未満、外来後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 70% 以上 75% 未満であること。 [算定要件] 不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。） [算定要件] 直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であつて、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合
---	--

120004370	外来後発医薬品使用体制加算 1	5 点
120004470	向精神薬調整連携加算（処方料）	12 点

◆外来後発医薬品使用体制加算 1 【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

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

※改定前の外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準を引き継ぎます。

◆外来後発医薬品使用体制加算 2 【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

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

※改定前の外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準を引き継ぎます。

◆外来後発医薬品使用体制加算 3 【要届出】

[算定方法]

ORCA Project

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3598	外来後発医薬品使用体制加算 3
------	-----------------

◆向精神薬多剤投与（4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬）について
抗不安薬と睡眠薬を合せて 4 種類以上の場合として判定を追加します。

別紙様式 40 は変更はありませんが、これの参考とする集計表「向精神薬投与患者一覧」には、抗不安薬と睡眠薬を合せて 4 種類以上に該当するものも集計します。

◆向精神薬長期処方について

向精神薬長期処方減算ルールが、平成 31 年 4 月診療分から適用となります。適切な研修を修了した医師が処方した場合は、減算ルールは適用されないことから自動算定は行いません。

また、参考資料として、月次統計業務から「向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧」を作成できます。当減算ルールに照らし、該当する場合は以下の算定方法により算定します。

[算定方法]

①向精神薬長期処方に該当する場合は、減算指示用のシステム予約マスタを入力します。

099200301	向精神薬長期処方減算
-----------	------------

②診療行為確認画面へ遷移する時に算定チェックを行い、該当する点数に対する確認メッセージを表示します。

③確認メッセージの応答により処方料又は処方箋料を発生します。

④向精神薬長期処方として処方料又は処方箋料の点数コードを入力した場合であっても、向精神薬長期処方の扱いとはせず、現行通りの算定を行います。

向精神薬長期処方とする場合は、併せてシステム予約マスタも入力します。

※システム管理 1007 自動算定・チェック機能制御情報 「訂正時の展開（処方料）」の設定によります。

[算定チェック]

算定ルール	処方料／処方箋料	薬剤料
向精神薬多剤投与	18 点 / 28 点	100 分の 80
内服薬多剤投与	29 点 / 40 点	100 分の 90
向精神薬長期処方	29 点 / 40 点	逡減なし
上記以外	42 点 / 68 点	逡減なし

①上表の算定ルールを上から下へ向けてチェックを行う。

②向精神薬長期処方では、対象医薬品が会計内に算定されているかチェックを行う。（1 年以上継続して服用しているかのチェックは行わない。）

F200 薬剤

現 行	改 正
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。	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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（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。
注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は	注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は

注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。	注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。
---	---

◆向精神薬多剤投与（4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬）の要件を追加しました。

◆紹介率が低い大病院 30 日以上投薬について 60%引き下げられました。

F 4 0 0 処方箋料

現 行	改 正
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 2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40 点 3 1 及び 2 以外の場合 68 点 注 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。 注 5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 65 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注 4 の加算は算定できない。 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 （追加）	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、3 種類以上の抗精神病薬又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（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 28 点 2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40 点 3 1 及び 2 以外の場合 68 点 注 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。 注 5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 2 として、月 1 回に限り、1 処方につき 66 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。 注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 6 点 ロ 一般名処方加算 2 4 点 注 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に

	処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少した ものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬 量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示 した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に 限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。た だし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬 剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8 - 2 に掲 げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。
--	---

120004570	向精神薬調整連携加算（処方箋料）	12 点
-----------	------------------	------

◆向精神薬多剤投与（4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬）の要件を追加しました。

1 0 第 6 部 注射

[改定の概要]

1 無菌製剤処理料の算定要件が見直された。

G 0 2 0 無菌製剤処理料

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

[算定要件]

無菌製剤処理料 1 の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であつて細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であつて細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）第 4 条第 5 項第 1 号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

1 1 第 7 部 リハビリテーション

[改定の概要]

- 1 リハビリテーション総合計画評価料が見直された。
- 2 リハビリテーション計画提供料が見直された。
- 3 摂食機能療法が見直された。

疾患別リハビリテーション（平成 31 年 4 月以降）

【要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーションに係る経過措置の終了に当たっての必要な対応について】

改 正

〔経過措置〕

区分番号 H O O 1 の注 4 の後段及び注 5、H O O 1－2 の注 4 の後段及び注 5 並びに H O O 2 の注 4 の後段及び注 5 に規定する診療料は、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、算定できるものとする。

〔特別対応〕

保険医療機関においては、維持期・生活期リハビリテーション料は、平成 31 年 4 月 1 日以降は算定できないことから、患者やその家族等に対して、十分な説明や情報提供を行うこと。

ただし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する観点から、平成 31 年 3 月中に維持期・生活期リハビリテーション料を算定している患者が、別の施設で介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）を同一月に併用する場合に限り、介護保険のリハビリテーション利用開始日を含む月の翌々月まで引き続き維持期・生活期リハビリテーション料を 1 月 7 単位まで算定することができる。

〔算定チェック〕

算定要件を満たしていないケースで算定するのを防ぐため、平成 31 年 4 月診療分以降に入力された場合は、「維持期リハ経過措置終了による特別対応の要件を満たしていますか？」と警告メッセージを表示します。

※警告メッセージを抑止する方法はありません。

※翌々月まで算定可能・平成 31 年 5 月末で廃止とする診療行為マスターが提供されるかは不明である。

H O O 3－2 リハビリテーション総合計画評価料

現 行	改 正
リハビリテーション総合計画評価料 300 点 注 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、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、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回に限り算定する。 (追加)	リハビリテーション総合計画評価料 1 リハビリテーション総合計画評価料 1 300 点 2 リハビリテーション総合計画評価料 2 240 点 注 1 1 について、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、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又は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行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回に限り算定する。 注 2 2 について、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃

注 2 当該保険医療機関の保険医、看護師等が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号 A 3 0 8 に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中 1 回に限り、150 点を所定点数に加算する。	用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、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又は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行った場合に、患者 1 人につき 1 月に 1 回に限り算定する。 注 3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号 A 3 0 8 に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中 1 回に限り、150 点を所定点数に加算する。
---	---

180053910	リハビリテーション総合計画評価料 2	240 点
-----------	--------------------	-------

◆リハビリテーション総合計画評価料 2 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0732	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）
又は	
0733	脳血管疾患等リハビリテーション料（2）
又は	
0828	運動器リハビリテーション料（1）
又は	
0829	運動器リハビリテーション料（2）

H 0 0 3 - 3 リハビリテーション総合計画提供料

現 行	改 正
リハビリテーション総合計画提供料 100 点 （追加）	リハビリテーション計画提供料 1 リハビリテーション計画提供料 1 275 点 2 リハビリテーション計画提供料 2 100 点 注 1 1 について、区分番号 H 0 0 1 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号 H 0 0 1 - 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 H 0 0 2 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患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第 53

	条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第 8 条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。
(追加)	注 3 1 について、区分番号 B 0 0 5 - 1 - 3 に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。
(追加)	注 4 1 について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5 点を所定点数に加算する。

180054010	リハビリテーション計画提供料 1	275 点
180054270	電子化連携加算	5 点

H 0 0 4 摂食機能療法（1 日につき）

現 行	改 正
摂食機能療法（1 日につき） 185 点 (追加)	摂食機能療法（1 日につき） 1 30 分以上の場合 185 点 2 30 分未満の場合 130 点 注 2 2 については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から 14 日以内に限り、1 日につき算定できる。

180054310	摂食機能療法（30 分未満）	130 点
-----------	----------------	-------

H 0 0 7 - 3 認知症患者リハビリテーション料（1 日につき）

現 行	改 正
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合に、入院した日から起算して 1 月に限り、週 3 回を限度として算定する。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合に、入院した日から起算して 1 年を限度として、週 3 回に限り算定する。

1 2 第 8 部 精神科専門療法

[改定の概要]

- 1 麻酔医師加算が新設された。
- 2 通院・在宅精神療法が見直された。
- 3 認知療法・認知行動療法が見直された。

- 4 精神科訪問看護・指導料が見直された。
 5 精神科重症患者早期集中支援管理料が名称変更され項目が見直された。

I 0 0 0 精神科電気痙攣療法

現 行	改 正
1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 3,000 点 2 1 以外の場合 150 点 (追加)	2,800 点 150 点 注 3 1 については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第 6 条の 6 第 1 項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900 点を所定点数に加算する。

180055470	麻酔医師加算（許可を受けた医師が麻酔を行った場合）	900 点
-----------	---------------------------	-------

◆麻酔医師加算

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

I 0 0 1 入院精神療法（1 回につき）

現 行	改 正
1 入院精神療法（Ⅰ） 360 点 2 入院精神療法（Ⅱ）（略）	1 入院精神療法（Ⅰ） 400 点 2 入院精神療法（Ⅱ）（略）

I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1 回につき）

現 行	改 正
1 通院精神療法 イ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 600 点 ロ イ 以外の場合 (1) 30 分以上の場合 400 点 (2) 30 分未満の場合 330 点 2 在宅精神療法 イ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合 600 点 ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 60 分以上の在宅精神療法を行った場合（イに該当する場合を除く。） 540 点	1 通院精神療法 イ 精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の 2 の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660 点 ロ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 540 点 ハ イ 及びロ 以外の場合 (1) 30 分以上の場合 400 点 (2) 30 分未満の場合 330 点 2 在宅精神療法 イ 精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の 2 の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660 点 ロ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 600 点

ハイ及びびロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 400 点 (2) 30 分未満の場合 330 点 (追加)	ハイ及びびロ以外の場合 (1) 60 分以上の場合 540 点 (2) 30 分以上 60 分未満の場合 400 点 (3) 30 分未満の場合 330 点 注 7 1 のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に 1 回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3 月に 1 回に限り 275 点を所定点数に加算する。
---	---

180055510	通院精神療法（入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師）	660 点
180055610	在宅精神療法（入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師）	660 点
180055710	在宅精神療法（60 分以上）	540 点
180055850	家族在宅精神療法（60 分以上）	540 点
180055970	措置入院後継続支援加算（通院精神療法（入院措置後退院患者））	275 点
180056030	通院精神療法（入院措置後退院患者・3 種類以上抗うつ薬等減算）	330 点
180056130	在宅精神療法（入院措置後退院患者・3 種類以上抗うつ薬等減算）	330 点
180056230	在宅精神療法（3 種類以上抗うつ薬等減算）（60 分以上）	270 点
180056330	家族在宅精神療法（3 種類以上抗うつ薬等減算）（60 分以上）	270 点
180058530	通院精神療法（入院措置後退院患者・3 種類以上減算・継続支援加算）	468 点

◆新設項目

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1 日につき）

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 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して行う場合 350 点	1 医師による場合 480 点 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350 点

180056410	認知療法・認知行動療法（医師）	480 点
-----------	-----------------	-------

◆認知療法・認知行動療法 医師による場合【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3359	認知療法・認知行動療法 1
------	---------------

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1 日につき）

現 行	改 正
(追加)	注 7 1 については、40 歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の

	計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。
--	---

180056570	疾患別等専門プログラム加算（精神科ショート・ケア、小規模なもの）	200点
-----------	----------------------------------	------

I O 1 2 精神科訪問看護・指導料

現 行	改 正
1 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） イ・ロ（略） 2 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）160点 3 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ） イ・ロ（略） 注2 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回に限り算定する。 注5 注1及び注3に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、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、ハの場合にあつては週1回を限度とする。 イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 450点 ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 380点 ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 300点 注6 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに40点を所定点数に加算する。	1 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ） イ・ロ（略） 2 削除 3 精神科訪問看護・指導料（Ⅲ） イ・ロ（略） （削除） 注4 注1及び注2に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度とする。 イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 （1）1日に1回の場合 450点 （2）1日に2回の場合 900点 （3）1日に3回以上の場合 1,450点 ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 （1）1日に1回の場合 380点 （2）1日に2回の場合 760点 （3）1日に3回以上の場合 1,240点 （削除）

注7 注1及び注3に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の保健師、看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1回（15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回）に限り、520点を所定点数に加算する。	注5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。
(追加)	注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録特定行為事業者と連携し、特定行為業務が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関して当該事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。
(追加)	注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合 ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

180056670	複数名精神科訪問看護・指導加算（他保健師等と同時）（1日2回）	900点
180056770	複数名精神科訪問看護・指導加算（他保健師等と同時・1日3回以上）	1,450点
180056870	複数名精神科訪問看護・指導加算（准看護師と同時）（1日に2回）	760点
180056970	複数名精神科訪問看護・指導加算（准看護師と同時・1日に3回以上）	1,240点
180057070	看護・介護職員連携強化加算	250点
180057170	特別地域訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）	50点

◆新設項目

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0023	精神科
------	-----

I O 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料（月1回）【名称変更】

精神科重症患者早期集中支援管理料⇒精神科在宅患者支援管理料

現 行	改 正
精神科重症患者早期集中支援管理料（月1回） 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1 イ 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点 ロ 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 ロ 単一建物診療患者が2人以上の場合 1,110点	精神科在宅患者支援管理料（月1回） 1 精神科在宅患者支援管理料 1 イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 （1）単一建物診療患者1人 3,000点 （2）単一建物診療患者2人以上 2,250点 ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

注 1 1については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。 注 2 2については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。 (追加)	(1) 単一建物診療患者1人 2,500 点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,875 点 ハ イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,030 点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248 点 2 精神科在宅患者支援管理料 2 イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,467 点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,850 点 ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,056 点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,542 点 注 1 1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。 注 2 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。 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、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100 点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。
---	---

180057210	精神科在宅患者支援管理料 1（集中的支援必要）（単一建物 1 人）	3,000 点
180057310	精神科在宅患者支援管理料 1（集中的支援必要）（単一建物 2 人以上）	2,250 点

180057410	精神科在宅患者支援管理料 1（重度精神障害者）（単一建物 1 人）	2,500 点
180057510	精神科在宅患者支援管理料 1（重度精神障害者）（単一建物 2 人以上）	1,875 点
180057610	精神科在宅患者支援管理料 1（イ及びロ以外）（単一建物 1 人）	2,030 点
180057710	精神科在宅患者支援管理料 1（イ及びロ以外）（単一建物 2 人以上）	1,248 点
180057810	精神科在宅患者支援管理料 2（集中的支援必要）（単一建物 1 人）	2,467 点
180057910	精神科在宅患者支援管理料 2（集中的支援必要）（単一建物 2 人以上）	1,850 点
180058010	精神科在宅患者支援管理料 2（重度精神障害者）（単一建物 1 人）	2,056 点
180058110	精神科在宅患者支援管理料 2（重度精神障害者）（単一建物 2 人以上）	1,542 点
180058270	精神科オンライン在宅管理料	100 点

◆新設項目【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3361	精神科在宅患者支援管理料
------	--------------

13 第9部 処置

[改定の概要]

- 1 ハイフローセラピーが見直された。
- 2 内視鏡的結腸軸捻転解除術が新設された。
- 3 人工腎臓が見直された。
- 4 鶏眼・胼胝処置が月 2 回まで算定可能とされた。
- 5 ギプスの乳幼児加算の対象患者が 3 歳未満から 6 歳未満に拡大された。

J000 創傷処置

現 行	改 正
1 100 平方センチメートル未満 45 点	52 点
2 100 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満 60 点	60 点
3 500 平方センチメートル以上 3,000 平方センチメートル未満 90 点	90 点
4 3,000 平方センチメートル以上 6,000 平方センチメートル未満 160 点	160 点
5 6,000 平方センチメートル以上 275 点	275 点

J001 熱傷処置

現 行	改 正
1、2（略）	
3 500 平方センチメートル以上 3,000 平方センチメートル未満 225 点	270 点
4 3,000 平方センチメートル以上 6,000 平方センチメートル未満 420 点	504 点
5 6,000 平方センチメートル以上 1,250 点	1,500 点

J005 脳室穿刺

現 行	改 正
500 点	600 点

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

現 行	改 正
220 点	264 点

J 0 1 1 骨髄穿刺

現 行	改 正
1 胸骨 260 点 2 その他 280 点	310 点 330 点

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺

現 行	改 正
240 点	280 点

J 0 1 7 エタノールの局所注入

現 行	改 正
1,000 点	1,200 点

J 0 1 7-2 リンパ管腫局所注入

現 行	改 正
1,000 点	1,020 点

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ（開始日）

現 行	改 正
550 点	660 点

J 0 2 6-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき）

現 行	改 正
65 点	160 点

J 0 2 6-4 ハイフローセラピー（1日につき）

現 行	改 正
ハイフローセラピー（1日につき） 160 点	ハイフローセラピー（1日につき） 1 15 歳未満の患者の場合 282 点 2 15 歳以上の患者の場合 192 点

140057310	ハイフローセラピー（15 歳未満）	282 点
140057410	ハイフローセラピー（15 歳以上）	192 点

J 0 2 7 高気圧酸素治療（1日につき）

現 行	改 正
1 救急的なもの イ 1 人用高圧酸素治療 5,000 点 ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000 点 2 非救急的なもの 200 点 (追加)	1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000 点 2 その他のもの 3,000 点 注 1 については、高気圧酸素治療の実施時間が 5 時間を超えた場合には、30 分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500 点を所定点数に加算する。ただし、3,000 点を限度として加算する。

140057510	高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）	5,000 点
140057610	高気圧酸素治療（その他のもの）	3,000 点

◆高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）

[算定方法]

①実施時間を分単位で入力します。

②301 分（5 時間超）から 480 分までの範囲で点数が変わります。

J 0 3 0 食道ブジー法

現 行	改 正
100 点	120 点

J 0 3 1 直腸ブジー法

現 行	改 正
100 点	120 点

J 0 3 4 - 2 E Dチューブ挿入術【名称変更】

E Dチューブ挿入術⇒経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

J 0 3 4 - 3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）

改 正
J 0 3 4 - 3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360 点

140057710	内視鏡的結腸軸捻転解除術	5,360 点
-----------	--------------	---------

J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）

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 2,010 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,175 点 ハ 5 時間以上の場合 2,310 点 2 慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合 2,225 点 3 その他の場合 1,580 点 注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後 5 時以降に開始した場合若しくは午後 9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300 点を所定点数に加算する。 注 2 導入期 1 月に限り 1 日につき 300 点を加算する。	1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 1,980 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,140 点 ハ 5 時間以上の場合 2,275 点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4 時間未満の場合 1,940 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,100 点 ハ 5 時間以上の場合 2,230 点 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 1,900 点 ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,055 点 ハ 5 時間以上の場合 2,185 点 4 その他の場合 1,580 点 注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後 5 時以降に開始した場合若しくは午後 9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380 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行った場合には、導入期加算として、導

注 3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1 日につき 120 点を加算する。 注 6 1 及び 2 の場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 注 9 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った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 透析液水質確保加算 1 8 点 ロ 透析液水質確保加算 2 20 点 (追加) (追加) (追加) (経過措置)	入期 1 月に限り 1 日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 導入期加算 1 300 点 ロ 導入期加算 2 400 点 注 3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1 日につき 140 点を加算する。 注 6 1 から 3 までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 注 9 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った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に 10 点を加算する。 注 11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6 時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1 回につき 150 点を加算する。 注 12 1 から 3 までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注 13 1 から 3 までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析過濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析過濾過加算として、所定点数に 50 点を加算する。 2018 年 3 月 31 日時点で人工腎臓の算定実績がない医療機関については、2019 年 3 月までの間に限り、人工腎臓の算定を開始した翌月から 4 月間、「慢性維持透析を行った場合 1」の施設基準を満たすものとされた。4 月間を経過後又は 2019 年 4 月以降に引き続き「慢性維持透析を行った場合 1」又は「2」を算定する場合には、基準を満たした上で届出が必要となる。
---	---

140057810	人工腎臓（慢性維持透析 1）（4 時間未満）	1,980 点
140057910	人工腎臓（慢性維持透析 1）（4 時間以上 5 時間未満）	2,140 点
140058010	人工腎臓（慢性維持透析 1）（5 時間以上）	2,275 点
140058110	人工腎臓（慢性維持透析 2）（4 時間未満）	1,940 点
140058210	人工腎臓（慢性維持透析 2）（4 時間以上 5 時間未満）	2,100 点
140058310	人工腎臓（慢性維持透析 2）（5 時間以上）	2,230 点
140058410	人工腎臓（慢性維持透析 3）（4 時間未満）	1,900 点
140058510	人工腎臓（慢性維持透析 3）（4 時間以上 5 時間未満）	2,055 点
140058610	人工腎臓（慢性維持透析 3）（5 時間以上）	2,185 点

140058770	導入期加算 1 (人工腎臓)	300 点
140058870	導入期加算 2 (人工腎臓)	400 点
140058970	透析液水質確保加算 (人工腎臓)	10 点
140059070	長時間加算 (人工腎臓)	150 点
140059170	慢性維持透析濾過加算 (人工腎臓)	50 点
140059310	人工腎臓 (慢性維持透析 1) (4 時間未満) (経過措置)	1,980 点
140059410	人工腎臓 (慢性維持透析 1) (4 時間以上 5 時間未満) (経過措置)	2,140 点
140059510	人工腎臓 (慢性維持透析 1) (5 時間以上) (経過措置)	2,275 点

◆人工腎臓 (慢性維持透析 1) 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3599	人工腎臓 (慢性維持透析を行った場合 1)
------	-----------------------

◆人工腎臓 (慢性維持透析 2) 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3600	人工腎臓 (慢性維持透析を行った場合 2)
------	-----------------------

◆導入期加算 1 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3601	導入期加算 1
------	---------

◆導入期加算 2 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3582	導入期加算 2、腎代替療法実績加算
------	-------------------

◆透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算 【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3071	透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算
------	----------------------

J 0 3 8 - 2 持続緩徐式血液濾過 (1 日につき)

140059270	時間外・休日加算 (持続緩徐式血液濾過)	300 点
-----------	----------------------	-------

マスタが追加されました。

J 0 4 3 - 4 経管栄養カテーテル交換法 【名称変更】

経管栄養カテーテル交換法⇒経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

J 0 4 3 - 5 尿路ストーマカテーテル交換法

現 行	改 正
(追加)	注 2 6 歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55 点を加算する。

J 0 4 9 食道圧迫止血チューブ挿入法

現 行	改 正
-----	-----

2,700 点	3,240 点
---------	---------

J 0 5 0 気管内洗浄（１日につき）

現 行	改 正
240 点	280 点

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法【名称変更】

いぼ冷凍凝固法⇒いぼ等冷凍凝固法

現 行	改 正
いぼ冷凍凝固法	いぼ等冷凍凝固法
1 3 箇所以下 210 点	210 点
2 4 箇所以上 260 点	270 点

J 0 5 7－3 鶏眼・胼胝処置

現 行	改 正
注 月 1 回に限り算定する。	注 月 2 回に限り算定する。

J 0 6 2 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）

現 行	改 正
1,080 点	1,290 点

J 0 6 6 尿道拡張法

現 行	改 正
180 点	216 点

J 0 6 7 誘導ブジー法

現 行	改 正
180 点	216 点

J 0 7 1 羊水穿刺（羊水過多症の場合）

現 行	改 正
120 点	144 点

J 0 7 5 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法

現 行	改 正
340 点	408 点

J 0 7 7 子宮出血止血法

現 行	改 正
1 分娩時のもの 520 点	624 点
2 分娩外のもの 45 点	45 点

J 0 8 1 分娩時鈍性頸管拡張法

現 行	改 正
380 点	456 点

J 0 8 2－2 薬物放出子宮内システム処置

現 行	改 正
-----	-----

1 挿入術 200 点	240 点
2 除去術 150 点	150 点

J 0 8 5 - 2 人工羊水注入法

現 行	改 正
600 点	720 点

J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）

現 行	改 正
1 片側 100 点 2 両側 150 点 注 6 歳未満の乳幼児の場合は、50 点を加算する。	100 点 180 点 注 6 歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55 点を加算する。

J 1 1 6 - 5 酵素注射療法

現 行	改 正
490 点	2,490 点

ギプス 通則

現 行	改 正
3 3 歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9 - 4 までは掲げるギプスの処置を行った場合には、当該各区分の所定点数の 100 分の 55 に相当する点数を所定点数に加算する。	3 6 歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9 - 4 までは掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の 100 分の 55 に相当する点数を所定点数に加算する。

J 1 2 2 四肢ギプス包帯

現 行	改 正
1 鼻ギプス 310 点 2 手指及び手、足（片側） 490 点 3 半肢（片側） 780 点 4 内反足矯正ギプス包帯（片側） 950 点 5 上肢、下肢（片側） 1,200 点 6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側） 1,700 点	310 点 490 点 780 点 1,140 点 1,200 点 1,840 点

J 1 2 3 体幹ギプス包帯

現 行	改 正
1,250 点	1,500 点

J 1 2 6 斜頸矯正ギプス包帯

現 行	改 正
1,500 点	1,670 点

J 1 2 7 先天性股関節脱臼ギプス包帯

現 行	改 正
2,000 点	2,400 点

J 1 2 8 脊椎側弯矯正ギブス包帯

現 行	改 正
3,000 点	3,440 点

J 2 0 1 酸素加算

現 行	改 正
注1 区分番号J 0 2 4からJ 0 2 8まで及びJ 0 4 5に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。	注1 区分番号J 0 2 4からJ 0 2 8まで及びJ 0 4 5に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

1 4 第10部 手術**通則**

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3のイ、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 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、K 5 1 4の10、K 5 1 4-4、K 5 1 4-6、K 5 3 0-3、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 0 5-5、K 6 1 5-2、K 6 1 7-5、K 6 2 7-3、K 6 2 7-4、K 6 3 6-2、K 6 4 2-3、K 6 4 3-2、K 6 5 6-2、K 6 7 7の1、K 6 7 8、K 6 9 5-2、K 6 9 7-5、K 6 9 7-7、K 6 9 9-2、K 7 0 2-2、K 7 0 3-2、K 7 0 9-3、K 7 0 9-5、K 7 2 1-4、K 7 5 4-3、K 7 6 8、K 7 6 9-3、K 7 7 2-3、K 7 7 3-3からK 7 7 3-5まで、K 7 8 0、K 7 8 0-2、K 7 8 5-2、K 8 0 0-3、K 8 0 2-4、K 8 0 3-2、K 8 0 3-3、K 8 2 3-5、K 8 4 1-4、K 8 4 3-2からK 8 4 3-4まで、K 8 6 5-2、K 8 7 9-2、K 9 1 0-2及びK 9 1 0-3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出し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K 5 4 6、K 5 4 9、K 5 9	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 1 4-2、K 0 2 2の1、K 0 5 9の3のイ、K 0 5 9の4、K 1 3 3-2、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 6 8の6、K 2 8 0-2、K 2 8 1-2、K 3 2 0-2、K 3 2 8からK 3 2 8-3まで、K 3 4 0-7、K 4 0 0の3、K 4 4 3の3、K 4 4 4の4、K 4 6 1-2、K 4 6 2-2、K 4 6 3-2、K 4 6 4-2、K 4 7 4-3の2、K 4 7 5（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、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、K 5 1 4の10、K 5 1 4-4、K 5 1 4-6、K 5 2 0の4、K 5 3 0-3、K 5 4 6、K 5 4 8、K 5 4 9、K 5 5 4-2、K 5 5 5-2、K 5 5 5-3、K 5 5 9-3、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 2-2、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 0 5-5、K 6 1 5-2、K 6 1 7-5、K 6 2 7-3、K 6 2 7-4、K 6 3 6-2、K 6 4 2-3、K 6 4 3-2、K 6 4 7-3、K 6 5 6-2、K 6 6 4-3、K 6 6 5の2、K 6 6 8-2、K 6 7 7の1、K 6 7 8、K 6 8 4-2、K 6 9 5-2、K 6 9 7-5、K 6 9 7-7、K 6 9 9-2、K 7 0 0-3、K 7 0 2-2、K 7 0 3-2、K 7 0 9-3、K 7 0 9-5、K 7 1 6-4、K 7 1 6-6、K 7 2 1-4、K 7 3 0の3、K 7 3 1の3、K 7 5 4-3、K 7 6 8、K 7 6 9-3、K 7 7 2-3、K 7 7 3-3からK 7 7 3-5まで、K 7 7 7の1、K 7 8 0、K 7 8

7-3、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。	0-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、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。
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。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K	5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、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、K190-2、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、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、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。）、K695-2、K702、K703、K703-2、K756（1歳未満の乳児に対して行

779-3、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。

6 区分番号K528、K528-3、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。

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、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、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、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K726-2、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458並びにK463に掲げる手術については、区分番号K4

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。

6 区分番号K528、K528-3、K535、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、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。

7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、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、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、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、K603-2、K610の1、K616-3、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K639、K644、K664、K666、K666-2、K674、K674-2、K684、K684-2、K697-5、K716の1、K716-2、K717、K726、K726-2、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からK805-3まで、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K376、K394、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463並びにK463-2に掲げる手術について

69 に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4,000 点を、両側の場合は 6,000 点を加算する。 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、200 点を所定点数に加算する。	は、区分番号 K 4 6 9 に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4,000 点を、両側の場合は 6,000 点を加算する。 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、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200 点を所定点数に加算する。
(追加)	18 K 5 0 4 - 2、K 5 1 3 - 2、K 5 1 4 - 2 の 3、
	K 5 2 9 - 2、K 5 5 4 - 2、K 6 5 5 - 2、K 6 5
	5 - 5、K 6 5 7 - 2、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 - 2、
	K 8 7 7 - 2 及び K 8 7 9 - 2（子宮体がんに限る。）
	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内視鏡下手術用支
	援機器を用いて行った場合においても算定できる。
	[通知]
	24 性同一性障害の患者に対して次に掲げる手術を行
	う場合は、届出を行った場合に限り算定できる。
	区分番号「K 4 7 5」乳房切除術
	区分番号「K 8 1 8」尿道形成手術の「1」前部尿道
	区分番号「K 8 1 9」尿道下裂形成手術
	区分番号「K 8 1 9 - 2」陰茎形成術
	区分番号「K 8 2 5」陰茎全摘術
	区分番号「K 8 3 0」精巣摘出術
	区分番号「K 8 5 1」会陰形成手術の「1」筋層に及
	ばないもの
	区分番号「K 8 5 9」造脛術、脛閉鎖症術の「2」遊
	離植皮によるもの
	区分番号「K 8 5 9」造脛術、脛閉鎖症術の「4」腸
	管形成によるもの
	区分番号「K 8 5 9」造脛術、脛閉鎖症術の「5」筋
	皮弁移植によるもの
	区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術
	区分番号「K 8 7 7 - 2」腹腔鏡下腔式子宮全摘術
	区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
	の「1」開腹によるもの
	区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
	の「2」腹腔鏡によるもの

◆通則 18

150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	58,950 点
150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	58,950 点
150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1 肺葉超・手術用支援機器使用）	92,000 点
150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）	125,240 点
150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）	104,190 点
150406410	胸腔鏡下弁形成術（1 弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	109,860 点

150406510	胸腔鏡下弁形成術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	123,170 点
150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	45,470 点
150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	64,120 点
150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	54,010 点
150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術・手術用支援機器使用）	75,730 点
150407010	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）	64,740 点
150407110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	83,090 点
150407210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	75,460 点
150407310	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）	83,930 点
150407410	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）	83,930 点
150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）	76,880 点
150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）	117,790 点
150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）	120,590 点
150409210	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）	42,050 点
150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）	70,200 点

◆通知 24 【要届出】下段：施設基準コード

150405810	乳房切除術（性同一性障害）	6,040 点
	3611 乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150407810	尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害）	17,030 点
	3634 尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150407910	尿道下裂形成手術（性同一性障害）	33,790 点
	3635 尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408010	陰茎形成術（性同一性障害）	52,710 点
	3636 陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408110	陰茎全摘術（性同一性障害）	16,630 点
	3637 陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408210	精巣摘出術（性同一性障害）	2,770 点
	3638 精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408310	会陰形成手術（筋層に及ばない）（性同一性障害）	2,330 点
	3639 会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408410	造脛術（遊離植皮）（性同一性障害）	18,810 点
	3640 造脛術等、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408510	脛閉鎖症術（遊離植皮）（性同一性障害）	18,810 点
	3640 造脛術等、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408610	造脛術（腸管形成）（性同一性障害）	47,040 点
	3640 造脛術等、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408710	脛閉鎖症術（腸管形成）（性同一性障害）	47,040 点
	3640 造脛術等、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408810	造脛術（筋皮弁移植）（性同一性障害）	55,810 点
	3640 造脛術等、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150408910	脛閉鎖症術（筋皮弁移植）（性同一性障害）	55,810 点

	3640 造腔術等、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150409010	子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	28,210 点
	3641 子宮全摘術（性同一性障害）	
150409110	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害）	42,050 点
	3642 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150409710	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害・内視鏡手術用支援機器使用）	42,050 点
	3642 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
	3643 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
150409410	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）	17,080 点
	3646 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	
150409510	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）	25,940 点
	3646 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	

◆各マスタについて

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

現 行	改 正
注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

K014-2 皮膚移植術（死体）【要届出】

現 行	改 正
1 200 平方センチメートル未満 6,750 点	8,000 点
2 200 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満 9,000 点	16,000 点
3 500 平方センチメートル以上 1,000 平方センチメートル未満 13,490 点	32,000 点
4 1,000 平方センチメートル以上 3,000 平方センチメートル未満 32,920 点	80,000 点
5 3,000 平方センチメートル以上 37,610 点	96,000 点

◆皮膚移植術（死体）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3605	皮膚移植術（死体）
------	-----------

K046-3 一時的創外固定骨折治療術【新設】

改 正
一時的創外固定骨折治療術 34,000 点

150395810	一時的創外固定骨折治療術	34,000 点
-----------	--------------	----------

K060-2 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術

現 行	改 正
肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 3,600 点	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 1 観血的に行うもの 8,640 点 2 関節鏡下で行うもの 12,720 点

150395910	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（観血的）	8,640 点
150396010	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下）	12,720 点

K076-2 関節鏡下関節授動術【新設】

改 正
K076-2 関節鏡下関節授動術 1 肩、股、膝 46,660 点 2 胸鎖、肘、手、足 33,850 点 3 肩鎖、指（手、足）10,150 点

150396110	関節鏡下関節授動術（肩）	46,660 点
150396210	関節鏡下関節授動術（股）	46,660 点
150396310	関節鏡下関節授動術（膝）	46,660 点
150396410	関節鏡下関節授動術（胸鎖）	33,850 点
150396510	関節鏡下関節授動術（肘）	33,850 点
150396610	関節鏡下関節授動術（手）	33,850 点
150396710	関節鏡下関節授動術（足）	33,850 点
150396810	関節鏡下関節授動術（肩鎖）	10,150 点
150396910	関節鏡下関節授動術（指）	10,150 点

K082-4 自家肋骨肋軟骨関節全置換術【新設】

改 正
K082-4 自家肋骨肋軟骨関節全置換術 91,500 点

150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500 点
-----------	---------------	----------

K133-2 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）【新設】【要届出】

改 正
K133-2 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの） 69,000 点

150397110	後縦靱帯骨化症手術（前方進入）	69,000 点
-----------	-----------------	----------

◆後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3606	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
------	----------------------

K134-2 内視鏡下椎間板摘出（切除）術

現 行	改 正
（追加）	注 2 について、2 以上の椎間板の摘出を行う場合には、1 椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加

	算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。
--	---------------------------

K 1 4 2 - 5 内視鏡下椎弓形成術【新設】

改 正
K 1 4 2 - 5 内視鏡下椎弓形成術 30,390 点

150397210	内視鏡下椎弓形成術	30,390 点
-----------	-----------	----------

K 1 4 2 - 6 歯突起骨折骨接合術【新設】

改 正
K 1 4 2 - 6 歯突起骨折骨接合術 23,750 点

150397310	歯突起骨折骨接合術	23,750 点
-----------	-----------	----------

K 1 4 2 - 7 腰椎分離部修復術【新設】

改 正
K 1 4 2 - 7 腰椎分離部修復術 28,210 点

150397410	腰椎分離部修復術	28,210 点
-----------	----------	----------

K 1 4 9 - 2 後頭蓋窩減圧術【新設】

改 正
K 1 4 9 - 2 後頭蓋窩減圧術 31,000 点

150397510	後頭蓋窩減圧術	31,000 点
-----------	---------	----------

K 1 6 9 頭蓋内腫瘍摘出術

現 行	改 正
注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、10,000点を所定点数に加算する。	注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

現 行	改 正
注2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。 (追加)	注2 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。 注3 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

150397670	ハイフローバイパス術併用加算	30,000 点
-----------	----------------	----------

K 1 8 2 - 3 神経再生誘導術

現 行	改 正
神経再生誘導術 12,640 点	神経再生誘導術

	1 指(手、足) 12,640 点 2 その他のもの 21,590 点
--	--

150397710	神経再生誘導術（指）	12,640 点
150397810	神経再生誘導術（その他）	21,590 点

K 1 8 8 - 2 硬膜外腔癒着剥離術【新設】

改 正	
K 1 8 8 - 2 硬膜外腔癒着剥離術	11,000 点

150397910	硬膜外腔癒着剥離術	11,000 点
-----------	-----------	----------

K 1 9 0 脊髄刺激装置植込術

現 行	改 正
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（略）	脊髄刺激装置植込術 1 脊髄刺激電極を留置した場合 24,200 点 2 ジェネレーターを留置した場合 16,100 点 注（略）

150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）	24,200 点
150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）	16,100 点

K 1 9 0 - 2 脊髄刺激装置交換術【要届出】

現 行	改 正
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	脊髄刺激装置交換術 15,650 点

150398210	脊髄刺激装置交換術	15,650 点
-----------	-----------	----------

◆脊髄刺激装置交換術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

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

K 1 9 0 - 2 仙骨神経刺激装置植込術

現 行	改 正
仙骨神経刺激装置植込術 40,280 点	仙骨神経刺激装置植込術 1 脊髄刺激電極を留置した場合 24,200 点 2 ジェネレーターを留置した場合 16,100 点

150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）	24,200 点
150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）	16,100 点

K 2 6 8 緑内障手術

現 行	改 正
緑内障手術 1～5（略）	緑内障手術 1～5（略）

平成 28 年 12 月（追加）	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 27,990 点
------------------	------------------------------

150395150	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	27,990 点
-----------	--------------------------	----------

◆緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3607	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）
------	--------------------------

K 3 1 9 鼓室形成手術

現 行	改 正
鼓室形成手術 42,770 点	鼓室形成手術 1 耳小骨温存術 34,660 点 2 耳小骨再建術 51,330 点

150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）	34,660 点
150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）	51,330 点

K 3 2 0 - 2 人工中耳植込術【新設】【平成 28 年 9 月】

改 正
K 3 2 0 - 2 人工中耳植込術 32,140 点

K 4 0 0 喉頭形成手術

現 行	改 正
喉頭形成手術 1、2（略）	喉頭形成手術 1、2（略） 3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの 34,840 点

150398710	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具使用）	34,840 点
-----------	---------------------	----------

◆喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具使用）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3608	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
------	-------------------------

K 4 6 3 - 2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術【新設】【要届出】

改 正
K 4 6 3 - 2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術 1 切除 27,550 点 2 全摘及び亜全摘 37,160 点

150398810	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（切除）	27,550 点
150398910	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）	37,160 点

◆内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3609	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
------	---------------

K 4 7 4 - 3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

現 行	改 正
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 6,240 点	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 1 マンモグラフィー又は超音波装置によるもの 6,240 点 2 MRI によるもの 8,210 点【要届出】

150399010	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（マンモグラフィー又は超音波装置）	6,240 点
150399110	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRI）	8,210 点

◆乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRI）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3610	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRI によるもの）
------	---------------------------------

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

現 行	改 正
注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	注1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

K 5 0 4 - 2 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術

150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	58,950 点
-----------	----------------------------	----------

◆胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3612	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	--------------------------------

K 5 1 3 - 2 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術

150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	58,950 点
-----------	----------------------------	----------

◆胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3613	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	--------------------------------

K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用）	92,000 点
-----------	----------------------------------	----------

◆胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3614	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	---

K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

現 行	改 正
(追加)	注 3 両側肺を移植した場合は、45,000 点を所定点数に加算する。

150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）	45,000 点
-----------	-------------------	----------

K 5 2 0 食道縫合術（穿孔、損傷）

現 行	改 正
食道縫合術（穿孔、損傷） 1～3（略）	食道縫合術（穿孔、損傷） 1～3（略） 4 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】

150399310	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡）	10,300 点
-----------	-------------------	----------

◆食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術等（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	---

K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術【新設】

改 正
K 5 2 3 - 2 硬性内視鏡下食道異物摘出術 5,360 点 注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号 K 3 6 9 に掲げる咽頭異物摘出術（2 に限る。）及び K 6 5 3 - 3 に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。

150399410	硬性内視鏡下食道異物摘出術	5,360 点
-----------	---------------	---------

K 5 2 4 - 3 腹腔鏡下食道憩室切除術【新設】

改 正
K 5 2 4 - 3 腹腔鏡下食道憩室切除術 39,930 点

150399510	腹腔鏡下食道憩室切除術	39,930 点
-----------	-------------	----------

K 5 2 9 - 2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）	125,240 点
150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）	104,190 点

◆胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3616	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	--------------------------------

K 5 2 9 - 3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術【新設】

改 正	
K 5 2 9 - 3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	109,240 点

150399610	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	109,240 点
-----------	--------------	-----------

K 5 5 4 - 2 胸腔鏡下弁形成術【新設】【要届出】

改 正	
K 5 5 4 - 2 胸腔鏡下弁形成術	
1 1 弁のもの	109,860 点
2 2 弁のもの	123,170 点

150399710	胸腔鏡下弁形成術（1 弁）	109,860 点
150406410	胸腔鏡下弁形成術（1 弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	109,860 点
150399810	胸腔鏡下弁形成術（2 弁）	123,170 点
150406510	胸腔鏡下弁形成術（2 弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	123,170 点

◆胸腔鏡下弁形成術（1 弁）【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3617	胸腔鏡下弁形成術
------	----------

◆胸腔鏡下弁形成術（2 弁）【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3618	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	----------------------------

K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下弁置換術【新設】【要届出】

改 正	
K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下弁置換術	
1 1 弁のもの	115,500 点
2 2 弁のもの	130,200 点
注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。	

150399910	胸腔鏡下弁置換術（1 弁）	115,500 点
150400010	胸腔鏡下弁置換術（2 弁）	130,200 点
150400170	心臓弁再置換術加算（胸腔鏡下弁置換術）（1 弁）	57,750 点
150400270	心臓弁再置換術加算（胸腔鏡下弁置換術）（2 弁）	65,100 点

◆胸腔鏡下弁置換術【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3619	胸腔鏡下弁置換術
------	----------

K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術【新設】【要届出】

改 正	
-----	--

K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術 34,930 点
 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

150400310	経皮的僧帽弁クリップ術	34,930 点
-----------	-------------	----------

◆経皮的僧帽弁クリップ術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3620	経皮的僧帽弁クリップ術
------	-------------

K 5 6 1 スtentグラフト内挿術

現 行	改 正
スtentグラフト内挿術 1 胸部大動脈 56,560 点 2 腹部大動脈 49,440 点 3 腸骨動脈 43,830 点	スtentグラフト内挿術 1 血管損傷の場合 43,830 点 2 以外の場合 イ 胸部大動脈 56,560 点 ロ 腹部大動脈 49,440 点 ハ 腸骨動脈 43,830 点

150400410	stentグラフト内挿術（血管損傷）	43,830 点
-----------	--------------------	----------

K 5 9 4 - 2 肺静脈隔離術【新設】

改 正
K 5 9 4 - 2 肺静脈隔離術 72,230 点

150400510	肺静脈隔離術	72,230 点
-----------	--------	----------

K 5 9 7 ペースメーカー移植術【要届出】

現 行	改 正
ペースメーカー移植術 1、2（略）	ペースメーカー移植術 1、2（略） 3 リードレスペースメーカーの場合 9,520 点

150395350	ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカー）	9,520 点
-----------	--------------------------	---------

◆ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカー）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3621	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
------	--------------------------------------

K 5 9 7 - 2 ペースメーカー交換術【要届出】

150140410	ペースメーカー交換術	4,000 点
-----------	------------	---------

◆ペースメーカー交換術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

施設基準 2

3621	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
------	--------------------------------------

K 5 9 7 - 3 植込型心電図記録計移植術

150346910	植込型心電図記録計移植術	1,260 点
-----------	--------------	---------

◆植込型心電図記録計移植術

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

施設基準 5

3621	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
------	--------------------------------------

K 5 9 7 - 4 植込型心電図記録計摘出術

150347010	植込型心電図記録計摘出術	840 点
-----------	--------------	-------

◆植込型心電図記録計摘出術

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

施設基準 5

3621	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
------	--------------------------------------

K 6 0 2 - 2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1 日につき）【新設】【要届出】

改 正	
K 6 0 2 - 2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1 日につき）	
1 初日	11,100 点
2 2 日目以降	3,680 点

150395450	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（初日）	11,100 点
150395550	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）（2 日目以降）	3,680 点

◆経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを使用）【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

施設基準 5

3622	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
------	--------------------------

K 6 1 2 末梢動静脈瘻造設術

現 行	改 正
末梢動静脈瘻造設術 7,760 点	末梢動静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの 21,300 点 2 その他のもの 7,760 点

150400610	末梢動静脈瘻造設術（静脈転位を伴う）	21,300 点
150400710	末梢動静脈瘻造設術（その他）	7,760 点

K 6 4 7 - 3 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術【新設】【要届出】

改 正	
K 6 4 7 - 3 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術 10,300 点	

150400810	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	10,300 点
-----------	-------------------	----------

◆内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 6 5 5 - 2 腹腔鏡下胃切除術

現 行	改 正
1 単純切除術 40,890 点	45,470 点
2 悪性腫瘍手術 64,120 点	

150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	45,470 点
150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	64,120 点

◆腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3623	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	----------------------------

K 6 5 5 - 5 腹腔鏡下噴門側胃切除術

150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	54,010 点
150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術・手術用支援機器使用）	75,730 点

◆腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3624	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	-------------------------------

K 6 5 7 - 2 腹腔鏡下胃全摘術

150407010	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）	64,740 点
150407110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	83,090 点

◆腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3625	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	----------------------------

K 6 6 4 - 3 薬剤投与用胃瘻造設術【新設】

改 正
K 6 6 4 - 3 薬剤投与用胃瘻造設術 8,570 点

K 6 6 5 胃瘻閉鎖術

現 行	改 正
胃瘻閉鎖術 12,040 点	胃瘻閉鎖術 1 開腹又は腹腔鏡によるもの 12,040 点

	2 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】
--	--------------------------

150400910	胃瘻閉鎖術（開腹）	12,040 点
150409610	胃瘻閉鎖術（腹腔鏡）	12,040 点
150401010	胃瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点

◆胃瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 6 6 8 - 2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術【新設】【要届出】

改 正	
K 6 6 8 - 2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 31,710 点

150401110	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	31,710 点
-----------	-------------------	----------

◆バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3627	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
------	-------------------

K 6 8 4 - 2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術【新設】【要届出】

改 正	
K 6 8 4 - 2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術 119,200 点

150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	119,200 点
-----------	-------------	-----------

◆腹腔鏡下胆道閉鎖症手術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3628	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
------	-------------

K 6 8 9 - 2 経皮経肝バルーン拡張術

改 正	
K 6 8 9 - 2	経皮経肝バルーン拡張術 12,270 点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

150401310	経皮経肝バルーン拡張術	12,270 点
-----------	-------------	----------

K 6 9 5 肝切除術

現 行		改 正
	（追加）	注 区分番号 K 6 9 7 - 2 に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号 K 6 9 7 - 3 に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼 灼 療法を併せて実施した場合に

	は、局所穿刺療法併用加算として、6,000 点を所定点数に加算する。
--	------------------------------------

150401470	局所穿刺療法併用加算	6,000 点
-----------	------------	---------

K700-3 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術【新設】【要届出】

改 正		
K700-3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	39,950 点

150401510	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	39,950 点
-----------	------------	----------

◆腹腔鏡下膵腫瘍摘出術【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3629	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
------	------------

K716-3 移植用部分小腸採取術（生体）【新設】

改 正		
K716-3	移植用部分小腸採取術（生体）	56,850 点
注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		

150401610	移植用部分小腸採取術（生体）	56,850 点
-----------	----------------	----------

K716-4 生体部分小腸移植術【新設】【要届出】

改 正		
K716-4	生体部分小腸移植術	164,240 点
注1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。		
注2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		

150401710	生体部分小腸移植術	164,240 点
150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算	

◆生体部分小腸移植術【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3630	生体部分小腸移植術
------	-----------

K716-5 移植用小腸採取術（死体）【新設】

改 正		
K716-5	移植用小腸採取術（死体）	65,140 点
注 小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		

150401910	移植用小腸採取術（死体）	65,140 点
-----------	--------------	----------

K716-6 同種死体小腸移植術【新設】【要届出】

改 正		
K716-6	同種死体小腸移植術	177,980 点

注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

150402010	同種死体小腸移植術	177,980 点
-----------	-----------	-----------

◆同種死体小腸移植術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3631	同種死体小腸移植術
------	-----------

K 7 3 0 小腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
小腸瘻閉鎖術 1、2（略）	小腸瘻閉鎖術 1、2（略） 3 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】

150402110	小腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
-----------	-------------	----------

◆小腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 7 3 1 結腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
結腸瘻閉鎖術 1、2（略）	結腸瘻閉鎖術 1、2（略） 3 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】

150402210	結腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
-----------	-------------	----------

◆結腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 7 3 5－5 腸管延長術【新設】

改 正
腸管延長術 76,000 点

150402310	腸管延長術	76,000 点
-----------	-------	----------

K 7 4 0 直腸切除・切断術

現 行	改 正
(追加)	注 1 から 3 までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000 点を所定点数に加算する。

150402470	人工肛門造設加算（直腸切除・切断術）	2,000 点
-----------	--------------------	---------

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

現 行	改 正
(追加)	注 1 及び 2 については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470 点を所定点数に加算する。

150407210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	75,460 点
150407310	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）	83,930 点
150407410	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）	83,930 点
150402570	人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術）	3,470 点

◆腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器使用を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3632	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	--------------------------------

K 7 4 1 - 2 直腸瘤手術【新設】

改 正
直腸瘤手術 5,760 点

150402610	直腸瘤手術	5,760 点
-----------	-------	---------

K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）

現 行	改 正
痔核手術（脱肛を含む。） 1～4（略） 5 PPH 11,260 点	痔核手術（脱肛を含む。） 1～4（略） 5 根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの） 6,520 点 6 PPH 11,260 点

150402710	痔核手術（脱肛を含む）（根治手術（硬化療法）を伴う）	6,520 点
-----------	----------------------------	---------

K 7 7 7 腎（腎盂）腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 28,210 点	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】 2 その他のもの 28,210 点

150402810	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）	28,210 点

◆腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 7 8 6 尿管膀胱吻合術

現 行	改 正
(追加)	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、尿管形成加算として、9,400 点を所定点数に加算する。

150403070	尿管形成加算（尿管膀胱吻合術）	9,400 点
-----------	-----------------	---------

K 7 9 2 尿管腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
尿管腸瘻閉鎖術 36,840 点	尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】 2 その他のもの 36,840 点

150403110	尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）	36,840 点

◆尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 8 0 3 - 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

現 行	改 正
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 89,380 点	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）76,880 点 2 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）117,790 点 3 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）120,590 点

150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）	76,880 点
150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則 1 8）	76,880 点
150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）	117,790 点
150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則 1 8）	117,790 点

150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）	120,590 点
150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則 18）	120,590 点

◆腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（通則 18）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3633	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	--------------------------------

K803-3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

現 行	改 正
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 87,380 点	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）74,880 点 2 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）115,790 点 3 全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）118,590 点

150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）	74,880 点
150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）	115,790 点
150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）	118,590 点

K805-2 膀胱皮膚瘻造設術【新設】

改 正
膀胱皮膚瘻造設術 25,200 点

150403910	膀胱皮膚瘻造設術	25,200 点
-----------	----------	----------

K805-3 導尿路造設術【新設】

改 正
導尿路造設術 49,400 点

150404010	導尿路造設術	49,400 点
-----------	--------	----------

K808 膀胱腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
膀胱腸瘻閉鎖術 27,700 点	膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】 2 その他のもの 27,700 点

150404110	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）	27,700 点

◆膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

	の)、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
--	--

K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術【新設】

改 正	
顕微鏡下精索静脈瘤手術	12,500 点

150404310	顕微鏡下精索静脈瘤手術	12,500 点
-----------	-------------	----------

K 8 4 1 - 5 経尿道的前立腺核出術【新設】

改 正	
経尿道的前立腺核出術	21,500 点

150404410	経尿道的前立腺核出術	21,500 点
-----------	------------	----------

K 8 5 8 腔腸瘻閉鎖術

現 行	改 正
腔腸瘻閉鎖術 35,130 点	腔腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの 10,300 点【要届出】 2 その他のもの 35,130 点

150404510	腔腸瘻閉鎖術（内視鏡）	10,300 点
150404610	腔腸瘻閉鎖術（その他）	35,130 点

◆腔腸瘻閉鎖術（内視鏡）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3615	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
------	--

K 8 7 7 - 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術

150409210	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）	42,050 点
-----------	---------------------------	----------

◆腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3643	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
------	-------------------------------

K 8 7 9 - 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）	70,200 点
150409810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る）	70,200 点

◆腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3644	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
------	--

◆腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3645	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
------	-------------------------

K909 流産手術

現 行	改 正
流産手術 1 妊娠 11 週までの場合 2,000 点 2 妊娠 11 週を超え妊娠 21 週までの場合 5,110 点	流産手術 1 妊娠 11 週までの場合 イ 手動真空吸引法によるもの 4,000 点 ロ その他のもの 2,000 点 2 妊娠 11 週を超え妊娠 21 週までの場合 5,110 点

150404710	流産手術（妊娠 11 週まで）（手動真空吸引法）	4,000 点
150404810	流産手術（妊娠 11 週まで）（その他）	2,000 点

K920 輸血

現 行	改 正
注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査（ABO 式及びRh 式）の費用として 48 点を所定点数に加算する。 注8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1 回につき 30 点又は 34 点をそれぞれ加算する。	注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査（ABO 式及びRh 式）の費用として 54 点を所定点数に加算する。 注8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、1 回につき 30 点、47 点又は 30 点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。

150404970	コンピュータクロスマッチ加算	30 点
-----------	----------------	------

K922 造血幹細胞移植

現 行	改 正
（追加） 【要届出】（追加）	注8 1 のイ及び2 のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000 点を所定点数に加算する。 注9 1 及び2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500 点を所定点数に加算する。

150405070	非血縁者間移植加算	10,000 点
150405170	コーディネート体制充実加算	1,500 点

◆コーディネート体制充実加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3647	コーディネート体制充実加算
------	---------------

K 9 2 3 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）

現 行	改 正
術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの） 4,500 点	術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの） 1 濃縮及び洗浄を行うもの 5,500 点 2 濾過を行うもの 3,500 点

150405210	術中術後自己血回収術（濃縮及び洗浄）	5,500 点
150405310	術中術後自己血回収術（濾過）	3,500 点

K 9 2 4 - 2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）【新設】【要届出】

改 正
K 9 2 4 - 2 自己クリオプレシピテート作製術（用手法） 1,760 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、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

150405410	自己クリオプレシピテート作製術	1,760 点
-----------	-----------------	---------

◆自己クリオプレシピテート作製術【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3648	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
------	----------------------

K 9 3 2 創外固定器加算

現 行	改 正
注 区分番号 K 0 4 6、K 0 5 6 - 2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6、K 0 7 8、K 1 2 4 - 2 又は K 1 2 5 に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。	注 区分番号 K 0 4 6、K 0 5 6 - 2、K 0 5 8、K 0 7 3、K 0 7 6、K 0 7 8、K 1 2 4 - 2、K 1 2 5、K 1 8 0 の 3 又は K 4 4 3 に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

現 行	改 正
注 区分番号 K 4 8 8 - 4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4 - 2、K 5 1 7、K 5 2 2 - 3、K 5 2 4 - 2、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 2 9 - 2、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 5 4 - 3 の 2 から K 6 5 5 - 2 まで、K 6 5 5 - 4、K 6 5 6 - 2、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 6 7 4、K 6 7 5 の 2 から K 6 7 5 の 5 まで、K 6 7 7、K 6 7 7 - 2、K 6 8 0、K 6 9 5 の 4 から K 6 9 5 の 7 まで、K 6 9 6、K 7 0 2 から K 7 0 3 まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1 - 2、K 7 1 6、K 7 1 9 から K 7 1 9 - 3 まで、K 7 1 9 - 5、K 7 3 2 の 2、K 7 3 5、K 7 3 5 - 3、K 7 3 9、K 7 3 9 - 3、K 7 4 0、K 7 4 0 - 2、K 8 0 3 及び K 8 1 7 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。	注 1 区分番号 K 4 8 8 - 4、K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4 - 2、K 5 1 7、K 5 2 2 - 3、K 5 2 4 - 2、K 5 2 4 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9 から K 5 2 9 - 3 まで、K 5 3 1 から K 5 3 2 - 2 まで、K 6 5 4 - 3 の 2 から K 6 5 5 - 2 まで、K 6 5 5 - 4、K 6 5 5 - 5、K 6 5 6 - 2、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 6 6 2、K 6 6 2 - 2、K 6 7 4、K 6 7 4 - 2、K 6 7 5 の 2 から K 6 7 5 の 5 まで、K 6 7 7、K 6 7 7 - 2、K 6 8 0、K 6 9 5 の 4 から K 6 9 5 の 7 まで、K 6 9 5 - 2 の 4 から K 6 9 5 - 2 の 6 まで、K 6 9 6、K 7 0 0 から K 7 0 0 - 3 まで、K 7 0 2 から K 7 0 3 - 2 まで、K 7 0 5、K 7 0 6、K 7 1 1 - 2、K 7 1 6、K 7 1 6 - 2、K 7 1 9 から K 7 1 9 - 3 まで、K 7 1 9 - 5、K 7 3 2

(追加)	の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。 注2 区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。
------	---

K936-2 自動吻合器加算

現 行	改 正
注 区分番号K522-3、K525、K529、K529-2、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。	注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K937-2 術中グラフト血流測定加算

現 行	改 正
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。	注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。

K939 画像等手術支援加算

現 行	改 正
1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434及びK436からK444までに掲げる手	1 ナビゲーションによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000 点 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434

術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	及び K 4 3 6 から K 4 4 4 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000 点 注 区分番号 K 0 8 2 及び K 0 8 2 - 3 に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。	3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000 点 注 区分番号 K 0 8 2 及び K 0 8 2 - 3 に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

K 9 3 9 - 7 レーザー機器加算【新設】【要届出】

改 正
K 9 3 9 - 7 レーザー機器加算 1 レーザー機器加算 1 50 点 2 レーザー機器加算 2 100 点 3 レーザー機器加算 3 200 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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。 注 2 1 については、K 4 0 6 (1 に限る。)、K 4 1 3 (1 に限る。)、K 4 2 1 (1 に限る。)、K 4 2 3 (1 に限る。) 及び K 4 4 8 に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。 注 3 2 については、区分番号 K 4 1 3 (2 に限る。) に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。 注 4 3 については、区分番号 K 4 0 6 (2 に限る。)、K 4 0 9、K 4 1 1、K 4 2 1 (2 に限る。)、K 4 2 3 (2 に限る。)、K 4 5 1 及び K 4 5 2 に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

150405510	レーザー機器加算 1	50 点
150405610	レーザー機器加算 2	100 点
150405710	レーザー機器加算 3	200 点

◆レーザー機器加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3649	レーザー機器加算
------	----------

1 5 第 1 1 部 麻酔

[改定の概要]

- 術中経食道心エコー連続監視加算が新設された。
- 術中脳灌流モニタリング加算が新設された。

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

現 行	改 正
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号 K 5 5 2 - 2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900 点	24,900 点

ロ イ以外の場合 18,300 点 2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号 K552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1 に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600 点 ロ イ以外の場合 12,200 点 3 1 若しくは 2 以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1 又は 2 に掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450 点 ロ イ以外の場合 9,150 点 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1 から 3 までに掲げる場合を除く。） イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130 点 ロ イ以外の場合 6,710 点 5 その他の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300 点 ロ イ以外の場合 6,100 点 注 7 心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880 点を所定点数に加算する。 （追加）	18,200 点 16,600 点 12,100 点 12,450 点 9,050 点 9,130 点 6,610 点 8,300 点 6,000 点 注 7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880 点又は 1,500 点を所定点数に加算する。 注 11 区分番号 K609 に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000 点を所定点数に加算する。
--	---

150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的な心臓手術）	1,500 点
150395770	術中脳灌流モニタリング加算	1,000 点

◆術中脳灌流モニタリング加算

[算定方法]

①同一会計内に術中脳灌流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。

L009 麻酔管理料（I）

現 行	改 正
-----	-----

ORCA Project

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200 点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 900 点 注4 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として7,500点を所定点数に加算する。	250 点 1,050 点 注4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の2、K552の1、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2の二、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4、K695の6、K695の7、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。
---	--

L010 麻酔管理料（Ⅱ）

現 行	改 正
1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100 点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300 点	150 点 450 点

L105 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。）【名称変更】

硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。）

⇒神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。）

16 第12部 放射線治療

[改定の概要]

- 1 遠隔放射線治療計画加算が新設された。【要届出】
- 2 放射性同位元素内用療法管理料に骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌が対象とされた。
- 3 画像誘導放射線治療加算が見直された。
- 4 1回線量増加加算が新設された。【要届出】
- 5 粒子線治療が見直された。

M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

現 行	改 正
-----	-----

ORCA Project

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co.,Ltd.All rights reserved.

注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。 （追加）	注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100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、緊急時の放射線治療の治療計画を、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別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。
--	---

180054470	遠隔放射線治療計画加算（放射線治療管理料）	2,000 点
-----------	-----------------------	---------

◆遠隔放射線治療計画加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3650	遠隔放射線治療計画加算
------	-------------

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

現 行	改 正
1 甲状腺癌に対するもの 1,390 点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390 点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700 点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000 点 （追加）	1 甲状腺癌に対するもの 1,390 点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390 点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700 点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000 点 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 2,630 点 注4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

180054510	放射性同位元素内用療法管理料（骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌）	2,630 点
-----------	---------------------------------	---------

M001 体外照射

現 行	改 正
3 強度変調放射線治療（IMRT） イ 1回目 3,000 点 ロ 2回目 1,500 点 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000 点 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、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（I G R T）による体外照射（2のイの（3）若しくは口の（3）又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り300点を所定点数に加算する。 （追加）	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放射線治療（I G R T）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、口及びハの場合は、2のイの（3）若しくは口の（3）又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ 体表面の位置情報によるもの 150 点 ロ 骨構造の位置情報によるもの 300 点 ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450 点 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。
--	--

180054670	画像誘導放射線治療加算（体表面の位置情報）	150 点
180054770	画像誘導放射線治療加算（骨構造の位置情報）	300 点
180054870	画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報）	450 点
180054970	1回線量増加加算（前立腺照射）	1,000 点

◆画像誘導放射線治療加算【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0843	画像誘導放射線治療（I G R T）
------	--------------------

◆1回線量増加加算【要届出】

[算定方法]

- ①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3651	1回線量増加加算（前立腺照射）
------	-----------------

M O O 1 - 4 粒子線治療（一連につき）

現 行	改 正
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。	1 希少な疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 187,500 点 ロ 陽子線治療の場合 187,500 点 2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合 イ 重粒子線治療の場合 110,000 点 ロ 陽子線治療の場合 110,000 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

180055010	粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）	187,500 点
180055110	粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）	187,500 点
180055210	粒子線治療（1以外の特定の疾病）（重粒子線治療）	110,000 点

180055310	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）	110,000 点
-----------	-------------------------	-----------

◆粒子線治療【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3512	粒子線治療
------	-------

17 第13部 病理診断

[改定の概要]

1 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製が新設された。【平成29年2月】

2 悪性腫瘍病理組織標本加算が新設された。【要届出】

通則

現 行	改 正
[算定要件] 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において区分番号 N006 病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側の保険医療機関において、別紙様式 44 又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側の保険医療機関に交付するものであること。 [施設基準] (1) 標本の送付側（検体採取が行われる 保険医療機関）においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。	[算定要件] 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号 N006 病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付又は送信側の保険医療機関において、別紙様式 44 又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。 [施設基準] (1) 標本等の送付又は送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本等の受取又は受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）【名称変更】

病理組織標本作製（1臓器につき）⇒病理組織標本作製

現 行	改 正
病理組織標本作製（1臓器につき） 860 点	病理組織標本作製 1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860 点 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860 点

2 セルブロック法によるものは細胞診より移動

N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）【名称変更】

術中迅速細胞診（1手術につき）⇒迅速細胞診

現 行	改 正
術中迅速細胞診（1手術につき） 450 点	迅速細胞診 1 手術中の場合（1手術につき） 450 点

	2 検査中の場合（1 検査につき） 450 点
--	-------------------------

160214210	迅速細胞診（検査中）	450 点
160214310	迅速細胞診（検査中）（デジタル病理画像）	450 点

◆迅速細胞診（検査中）（デジタル病理画像）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

0844	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診
------	--------------------------------

N004 細胞診（1 部位につき）

現 行	改 正
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 3 セルブロック法によるもの 860 点 注 1 1 について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、18 点を所定点数に加算する。	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 注 1 1 について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36 点を所定点数に加算する。

3 セルブロック法によるものは病理組織標本作製へ移動

N005-3 PD-L1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製【平成 29 年 2 月】

現 行	改 正
(新設)	PD-L1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700 点

N006 病理診断料

現 行	改 正
注 1 1 については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製、区分番号 N001 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号 N003 に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。	注 1 1 については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製、区分番号 N001 に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号 N003 に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製又は区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号 N000 に掲げる病理組織標本作製又は区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

(追加)	注5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作成又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。
(追加)	[算定要件] デジタル病理画像に基づく診断については、病理診断を専ら担当する医師が、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。
(追加)	[施設基準] イ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。 ロ デジタル病理画像の管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

160214710	組織診断料（他医療機関作製の組織標本）（デジタル病理画像）	450 点
160214810	細胞診断料（他医療機関作製の標本）（デジタル病理画像）	200 点
160214470	悪性腫瘍病理組織標本加算	150 点
160214970	悪性腫瘍病理組織標本加算（他医療機関作製の組織標本）	150 点

◆組織診断料（他医療機関作製の組織標本）（デジタル病理画像）

細胞診断料（他医療機関作製の標本）（デジタル病理画像）

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3652	デジタル病理画像による病理診断
------	-----------------

◆悪性腫瘍病理組織標本加算【要届出】

[算定方法]

①システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3653	悪性腫瘍病理組織標本加算
------	--------------

②同一会計内に悪性腫瘍病理組織標本加算が算定可能な診療行為の算定がない場合は警告となります。
他医療機関作製の組織標本についてはノンチェックです。

18 改定対応実施日が平成30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
許可病床 500 床以上の要件見直し	平成 30 年 10 月 1 日	平成 30 年 9 月

19 処方箋

[改定の概要]

1 「分割指示に係る処方箋」の様式が追加されました。

日レセでの対応は、「中途終了」「請求確認画面」「前回処方」「再印刷」が対応しています。
退院時院外処方せんは対応を行っていません。

1 様式の変更等

「処方せん」を「処方箋」の表記に変更します。

「分割指示に係る処方箋」欄を設けた新たな様式（以下、新様式）を追加します。

新様式は交付年月日が平成30年4月1日以降で分割指示をした場合に作成します。それ以外は現行様式で作成します。

(1) 「分割指示に係る処方箋」欄の追加

「保険者番号」欄の上側に追加します。（下図参照）

処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		分割指示に係る処方箋		分割の 回目	
公費負担医療の 受給者番号		保 険 者 番 号			
患 氏 名		被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号			
生 年 月 日		保 険 者 の 氏 名			
区 分		電 話 番 号			
交 付 年 月 日		保 険 医 氏 名			
処方箋の 使用期間		都道府県 番号		点数表 番号	
平成 年 月 日		医療機関 コード			
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。					

分割指示欄追加
○分割の○回目は編集項目

(2) 各様式に対応したフォームファイルは以下とします。

処方箋 新様式	様式	フォームファイル
	A 5 サイズ縦 (QRなし)	HC02V04. red
	A 5 サイズ縦 (QRあり)	HC02QV04. red
	A 4 サイズ横	HCM19V04. red

「分割指示に係る処方箋 ○分割の○回目」全体を差し込み編集しており、分割指示のない場合でもこのフォームを使用して作成しています。

A 5 サイズ縦（QRなし）の見本

処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

		分割指示に係る処方箋		分割の		回目	
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 所 在 地 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	
処 方 箋 の 使 用 期 間		平成 年 月 日		医療機関 コード			
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。〕					
処 方							
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 の 所 在 地 及 び 保 険 薬 剤 師 氏 名				公費負担医療の 受 給 者 番 号			
		㊞					

2 様式の追加

「分割指示に係る処方箋（別紙）」を追加します。

交付年月日が平成30年4月1日以降で分割指示をした場合に作成します。

(1) 新様式に対応したフォームファイルは以下とします。

分割指示に係る処方箋（別紙）	A 5 サイズ縦	HC02ZA5. red
	A 4 サイズ横	HC02ZA4. red

A 5 サイズ縦の見本

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名 称 _____

所 在 地 _____

保険薬剤師氏名 _____ ㊞

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名 称 _____

所 在 地 _____

保険薬剤師氏名 _____ ㊞

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名 称 _____

所 在 地 _____

保険薬剤師氏名 _____ ㊞

調剤年月日 _____

3 分割調剤の指示

分割調剤とする処方箋を発行するには、以下のシステム予約マスタを分割する剤内に入力します。
分割回数は最大で3回までとなります。

099208101	【分割調剤】	〇〇日分	〇〇日分	〇〇日分
-----------	--------	------	------	------

【留意事項】

現時点で外用薬（又は在宅分も）の分割指示の方法が未定のため仕様変更が発生する可能性があることに留意してください。

例 アテノロール25mg錠 1錠/日 30日分 1日1回朝食後
分割回数3回 6日分－10日分－14日分
チアトンカプセル5mg 2錠/日 30日分 1日2回朝夕食後
分割回数2回 16日分－0日分－14日分

薬\分割回	1回目	2回目	3回目
アテノロール25mg錠	6日分	10日分	14日分
チアトンカプセル5mg	16日分	－	14日分

診療日 平成30年4月1日

入力コード	名称
.212	* 内服薬剤（院外処方）
610461002 1	【般後】アテノロール25mg錠
099208101 6 10 14	【分割調剤】 6日分 10日分 14日分
001000106*30	【1日1回朝食後に】
.212	* 内服薬剤（院外処方）
620002525 2	【般後】チアトンカプセル5mg
099208101 16 0 14	【分割調剤】 16日分 0日分 14日分
001000206*30	【1日2回朝夕食後に】

又は

入力コード	名称
.212	* 内服薬剤（院外処方）
610461002 1	【般後】アテノロール25mg錠
001000106	【1日1回朝食後に】
099208101 6 10 14*30	【分割調剤】 6日分 10日分 14日分
.212	* 内服薬剤（院外処方）
620002525 2	【般後】チアトンカプセル5mg
001000206	【1日2回朝夕食後に】
099208101 16 0 14*30	【分割調剤】 16日分 0日分 14日分

「処方箋」を3枚と「分割指示に係る処方箋（別紙）」を1枚発行します。

処方箋1枚目

分割指示に係る処方箋	3分割の1回目
交付年月日	平成30年4月1日

処方	変更不可	1) アテノロール 25mg 錠 【1日1回朝食後に】	1 錠 (6日分) (総投与日数 30日)
		2) チアトンカプセル 5mg 【1日2回朝夕食後に】	2 カプセル (16日分) (総投与日数 30日)

処方箋 2 枚目

分割指示に係る処方箋	3分割の2回目
交付年月日	平成 30 年 4 月 1 日

処方	変更不可	1) アテノロール 25mg 錠 【1日1回朝食後に】	1 錠 (10日分) (総投与日数 30日)
		2) チアトンカプセル 5mg 【1日2回朝夕食後に】	2 カプセル (16日分) (総投与日数 30日)

処方箋 3 枚目

分割指示に係る処方箋	3分割の3回目
交付年月日	平成 30 年 4 月 1 日

処方	変更不可	1) アテノロール 25mg 錠 【1日1回朝食後に】	1 錠 (14日分) (総投与日数 30日)
		2) チアトンカプセル 5mg 【1日2回朝夕食後に】	2 カプセル (14日分) (総投与日数 30日)

4 院外処方せん 2 次元シンボル記録対応

「JAHIS 院外処方せん 2 次元シンボル記録条件規約 Ver. 1. 4 (平成 30 年 4 月診療報酬改定対応版)」の規約に合わせた対応を行います。

～平成 30 年 3 月診療分	「JAHIS 院外処方せん 2 次元シンボル記録条件規約 Ver1. 1 (平成 24 年 4 月診療報酬改定対応版)」バージョン情報「JAHIS2」 「JAHIS 院外処方せん 2 次元シンボル記録条件規約 Ver. 1. 2 (平成 28 年 4 月診療報酬改定対応版)」バージョン情報「JAHIS3」
平成 30 年 4 月診療分～	「JAHIS 院外処方せん 2 次元シンボル記録条件規約 Ver. 1. 4 (平成 30 年 4 月診療報酬改定対応版)」バージョン情報「JAHIS5」

※分割調剤がない場合であっても Ver. 1. 4/バージョン情報「JAHIS5」でデータを作成します。

◆Ver. 1. 4 での対応内容

- ①分割調剤の場合は、「分割指示レコード (No.63) 【新設】」、「分割指示調剤数量レコード (No.102) 【新設】」の記録をします。
- ②「備考レコード (No.81)」での分割指示のコメント記録は行いません。
- ③医療機関の電話番号の登録がある場合は、「医療機関電話レコード (No.3)」を記録しますが、FAX 番号の登録がある場合は、「FAX 番号」を記録します。「その他連絡先」は記録を省略します。

【留意事項】

保険調剤薬局側のシステムでは、バージョン情報をチェックしている可能性があります。

20 向精神薬多剤投与患者一覧（別紙様式 40 対応）

[対応内容]

- ・多剤投与の判定で平成 30 年 4 月診療分以降は、抗不安薬と睡眠薬を合わせて 4 種類以上となる投薬を追加しました。
- ・抗精神病薬にアセナピンマレイン酸塩が追加されました。
- ・抗精神病薬にブレクスピプラゾールを追加しました。（平成 31 年 2 月末対応）

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	クロルジアゼボキシド	1124028
	1124701	ロフラゼブ酸エチル	1124029
フルジアゼパム	1124019	タンドスピロンクエン酸塩	1129008
プロマゼパム	1124020	ヒドロキシジン塩酸塩	1179005
	1124700	クロチアゼパム	1179012
メダゼパム	1124021	ヒドロキシジnP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	アモバルビタール	1125001
抱水クロラール	1123001	バルビタール	1125002
	1123700	フェノバルビタール	1125003
エスタゾラム	1124001		1125004
フルラゼパム塩酸塩	1124002	フェノバルビタールナトリウム	1125700
ニトラゼパム	1124003	ペントバルビタールカルシウム	1125006
ニメタゼパム	1124004	トリクロホスナトリウム	1129004
ハロキサゾラム	1124005	リルマザホン塩酸塩水和物	1129006
トリアゾラム	1124007	ゾピクロン	1129007
フルニトラゼパム	1124008	ゾルピデム酒石酸塩	1129009
プロチゾラム	1124009	エスゾピクロン	1129010
ロルメタゼパム	1124010	ラメルテオン	1190016
クアゼパム	1124030	スボレキサント	1190023

【抗うつ薬】

クロミプラミン塩酸塩	1174002	セチブ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	ブロムペリドール	1179028
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	1171005	クロカプラミン塩酸塩水和物	1179030
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	1172004	カルピプラミンマレイン酸塩	1179031
ペルフェナジン（塩酸ペルフェナジン）	1172006	スルトプリド塩酸塩	1179032
	1172007	モサプラミン塩酸塩	1179035
ペルフェナジンマレイン酸塩	1172013	ネモナプリド	1179036
プロペリシアジン	1172005	モペロン塩酸塩	1179010
フルフェナジンマレイン酸塩	1172009	レセルピン	2143006
プロクロルペラジンマレイン酸塩	1172010	リスペリドン	1179038
レボメプロマジンマレイン酸塩	1172014	クエチアピンフマル酸塩	1179042
ピパンペロン塩酸塩	1179006	ペロスピロン塩酸塩水和物（ペロスピロン塩酸塩）	1179043
オキシペルチン	1179011	オランザピン	1179044
スピペロン	1179015	アリピプラゾール	1179045
スルピリド	1179016	ブロナンセリン	1179048
	2329009	クロザピン	1179049
ハロペリドール	1179020	パリペリドン	1179053
ピモジド	1179022	アセナピンマレイン酸塩	1179056
ゾテピン	1179024	ブレクスピプラゾール	1179058
チミペロン	1179026		

※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 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30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 30 年 9 月 30 日

内	616130378	Ｌ－キサル顆粒 5 0 0 5 0 0 m g
内	620004448	アロストワ錠 2 0 m g
内	620005914	アンタゴスチンカプセル 5 0 m g
内	610412018	アンタゴスチン細粒 1 0 %
内	621629501	ウリンメット配合散
内	621629401	ウリンメット配合錠
内	620005934	エプカロールシロップ 5 μ g / m L 0 . 0 0 0 5 %
内	620002670	エメロミンカプセル 1 m g
内	620002671	エメロミンカプセル 2 m g
内	612370104	ガスオール錠 4 0 m g 「陽進」
内	620002715	キネルダー錠 5 0 5 0 m g
内	620004479	グランパム錠 5 0 m g
内	622032301	ケトブン錠 5 0 m g
内	620006910	コレポリール R 散 1 0 %
内	620003551	シーサール散 1 0 %
内	620003552	シーサール錠 1 5 m g
内	620005978	シプロヘプタジン塩酸塩シロップ 0 . 0 4 % 「タイヨー」
内	620002057	ソレング錠 8 0 8 0 m g
内	620008646	チカタレン錠 2 5 m g
内	620004532	デアノサート錠 1 2 m g
内	620004531	デアノサート錠 6 m g
内	620000080	トワジール錠 2 m g
内	620002757	トワジール錠 4 m g
内	620004002	トシラートカプセル 1 0 0 m g
内	620005519	トシラートカプセル 5 0 m g
内	612190250	ニスタジール錠 1 0 1 0 m g
内	610422240	ビタファント F 錠 2 5 2 5 m g
内	622452201	フリウェル配合錠 L D
内	620008712	ベナンジール錠 1 m g
内	620007123	ヨーピス錠 2 . 5 m g
内	620007122	ヨーピス顆粒 1 %
注	620004683	スコルパン注 2 0 m g 2 % 1 m L
注	622013701	ニスタジール注 2 m g 2 m L
注	643120180	ビタファント注 1 0 1 0 m g
注	643120181	ビタファント注 2 5 2 5 m g 1 0 m L
注	643120182	ビタファント注 5 0 5 0 m g 2 0 m L
注	620000286	プリンク注 1 0 μ g 2 m L

注	620000285	プリנק注5 μ g 1 mL
注	620001942	プリנק注シリンジ10 μ g 2 mL
注	620001941	プリנק注シリンジ5 μ g 1 mL
外	620002299	アラジオフ点眼液0. 1% 5 mg 5 mL
外	620007645	ジドレンテープ27 mg 9. 6 cm ²
外	620009013	スプデル点鼻液0. 05% 6. 048 mg 8 mL
外	620005270	セキトン点鼻液0. 055% 6. 048 mg 8 mL
外	620006447	タッチロンテープ20 7 cm×10 cm
外	620005745	タッチロンテープ40 10 cm×14 cm
外	620007668	タッチロンパップ30 10 cm×14 cm
外	621968701	タッチロンパップ60 20 cm×14 cm
外	620009031	トーフタール点鼻液2% 190 mg 9. 5 mL

経過措置年月日：平成31年3月31日

外	662650050	モクタール
外	667140002	ラベンダー油

2.2 向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧

向精神薬長期処方減算ルールが平成31年4月から適用となり、該当する場合は、処方料、処方箋料の点数が低くなります。しかし、ルールについては不明確な部分もあり、また、適切な研修を修了した医師が処方した場合は減算ルールは適用されないことから、自動算定は行わず、減算する場合は会計時にその指示を行うという対応とする予定です（この対応については、平成31年3月に対応プログラムを提供します）。

このことから、会計時の参考とするために向精神薬長期処方減算ルールの対象医薬品を、過去1年間に投与した患者の一覧表を作成するプログラムを提供します。

統計プログラムを組み込み、処理を実施して一覧表が作成された場合は内容を確認します。向精神薬長期処方減算に該当すると判断された場合は、診療行為入力から減算指示用のシステム予約コードを入力してください。

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「向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧」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

対象年月

平成31年3月（以降）の年月を指定します。

※指定した年月より1年間遡った期間について集計対象とします。

平成31年3月指定の場合、平成30年4月から平成31年3月の期間となります。

一覧表の見方

- ・患者毎に投与した医薬品に対し番号を付けています。投与時期を表すカレンダーに付けた番号がその医薬品と対になります。

(1)	内科	0001	内服	(1129009F2)	マイスリー錠 10mg
(2)	内科	0001	内服	(1179025F1)	デパス錠 0.5mg
日・回 4月 5月 6月 . .					
(1)	140	14	14	14	14 14 . .
(2)	140	14	14	14	14 14 . .

- ・カレンダーの一月には、上・中・下旬と分けてその期間内に投与された日数の合計を表示します。

(1) 140 | 14 14 | 14 | 14 14 | . .

↑ ↑ ↑

上 中 下 上：1日～10日、中：11日～20日、下：21日～月末日

- ・上・中・下旬の各期間内に複数回投与された場合は、投与日数の前に[*]を表示します。ただし、投与日数の合計が3桁になる場合は[*]は表示しません。

1日に7日分、10日に7日分の場合

(1) 14 |*14 | . .

- ・医薬品名の前にある9桁コードは薬価基準コードの先頭9桁、後にある9桁コードは医薬品コードです。

注意事項

向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧に計上された患者は、必ずしも減算ルールの対象とは限りません。参考の資料となりますので必ず確認をして使用してください。

向精神薬長期処方の対象医薬品の成分一覧（ベンゾジアゼピン受容体作動薬）

オキサゾラム	1124013	エスタゾラム	1124001
クロキサゾラム	1124014	フルラゼパム塩酸塩	1124002
クロラゼブ酸ニカリウム	1124015	ニトラゼパム	1124003
ジアゼパム	1124017	ニメタゼパム	1124004
	1124701	ハロキサゾラム	1124005
フルジアゼパム	1124019	トリアゾラム	1124007
ブロマゼパム	1124020	フルニトラゼパム	1124008
	1124700	ブロチゾラム	1124009
メダゼパム	1124021	ロルメタゼパム	1124010
ロラゼパム	1124022	クアゼパム	1124030
アルプラゾラム	1124023	リルマザホン塩酸塩水和物	1129006
フルタゾラム	1124024	ゾピクロン	1129007
メキサゾラム	1124025	ゾルピデム酒石酸塩	1129009
フルトプラゼパム	1124027	エスゾピクロン	1129010
クロルジアゼポキシド	1124028	クロナゼパム（注）	1139003
ロフラゼブ酸エチル	1124029	クロバザム（注）	1139006
クロチアゼパム	1179012	ミダゾラム（注射）	1124401
エチゾラム	1179025		1139401

（注）抗てんかん剤ですが参考のため対象医薬品としています。適応外使用にご注意ください。

なお、以下の疑義解釈をご確認ください。

疑義解釈資料の送付について（その1）

問 170 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、てんかんの治療のために、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 1 年以上にわたって、同一の成分を同一の 1 日当たり用量で連続して処方している場合は該当するか。

(答) 該当しない。