



泌尿器科 保険診療の手引き

(令和 6 年 5 月第 15 版)

一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会編



泌尿器科 保険診療の手引き

(令和 6 年 5 月第15版)

一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会編

「保険診療の手引き」発行にあたって

一般社団法人日本臨床泌尿器科医会
会長 清原 久和

診療報酬はその時代に求められている医療と社会経済事情によって決められています。今回の改定で当初財務省はマイナス改定を示唆していましたが、結果的には、0.88%のプラス改定になりました。詳細に関しては編集後記をご覧ください。今回の改定の基本方針は医療従事者の確保、DXなどを推進して地域医療を確保すること、その他医療従事者の働き方改革、身近で安心安全な医療の提供、医療機能の分化、効率化、適正化などであります。其々の項目で具体的方向性が示されており、保険新設、改定項目はこれから内容に沿って決められていきます。

保険診療の流れに関して改めて3点確認いたします。

1つ目は新規あるいは改定の保険診療報酬項目、点数の申請の作業は、学会、医会が加入する外保連、内保連と看保連（三保連）への各学会の保険委員会からの要望、提出が出発点となります。診療報酬改定の要望は三保連、日本医師会の診療報酬検討委員会から厚労省の分科会を通して中医協に上げられ、議論の上採択されますが採択率は数10%であります。

2つ目は医療機関によるレセプト提出と審査委員会によるレセプト審査であります。医療内容により検査の回数などについては審査委員の裁量権はあるものの、通常保険診療のルールに基づいて審査されます。審査について疑義を申し立てる医療機関もありますがほとんどの場合ルール違反です。

3つ目として、指導監査があります。監査までいくことは先ずありませんが、特定共同指導は大学、特定機能病院を対象として数日にわたり病院施設、全診療科の診療録、レセプト、施設基準の遵守などについておこなわれます。また新規個別指導は新規開設診療所にたいして開設後1年以内におこなわれます。指導監査内容により診療報酬の返還を求められたり、行政罰を受ける場合があります。

この手引きは社保、国保の審査委員会へ提出するレセプト作成に至るまでのルールと注意点について、特に泌尿器科関連の項目について重点的に記載しています。約20年にわたり当会が主催している全国社保国保審査委員懇談会の合意事項も記載しております。この手引きは診療報酬改定ごとに改定を重ね今回15版となりますが、今回の手引きを作成頂いた当会副会長で千葉県みはま病院理事長の正井基之先生、監修頂いた埼玉県

南はとがや泌尿器科内科クリニックの賀屋仁先生、当会保険委員長で昭和大学教授富士幸藏先生、当会副会長斎藤忠則先生に謝意を表します。会員の先生方にこの手引きが日常の保険診療にお役にたてば幸いです。

目 次

「保険診療の手引き」発行にあたって	1
保険医の責務	5
療養担当規則	7
療養担当規則に基づいた診療	16
新規個別指導について	18
傷病名記載上の注意点	19
医科点数表に関して泌尿器科医が知っておく事項について	33
泌尿器科に関連する主な変更点	36
抗がん剤の適応病名について	43
第1章 基本診療料	45
第2章 特掲診療料	
第1部 医学管理等	50
第2部 在宅医療	55
第3部 検査	61
第4部 画像診断	68
第5部 投薬	69
第6部 注射	75
第7部 リハビリテーション 略	75
第8部 精神科専門療法 略	75
第9部 処置	76
第10部 手術	80
第11部 麻酔	88
第12部 放射線治療 略	88
第13部 病理診断	88
不妊手術をすれば届出を	89
審査用語について	90
通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断	91
検査の同時算定一覧（泌尿器科関連のみ）	95
算定期間の定められている検査（泌尿器科関連で行われているもの）	98
審査情報提供に関して	100
審査情報提供事例（診療行為等）	100
審査情報提供事例（医薬品等）	105
診療報酬点数の概要（早見表）	111

保険医の責務

良質な医療を広く国民に供給できることを目的として、社会保険医療制度が制定されています（国民健康保険法等）。この目的を遂行するには診療を実践する医療機関の質と、提供される医療内容の質が保証されることが必要になってきます。質の保証のため、国はその時代の医学や科学技術の進歩に即した水準的医療を想定し、その水準的医療を社会の要望に応じた国民への提供を、保険医療機関及び保険医に周知し、遵守を求めることになります（保険医療機関および保険医療養担当規則）。

一方、医療を広く国民に提供するためには国民が負担する医療費を適切なものに制定する必要が生じます。医療費を担う側と医療を実践する側の状態を考慮しつつ診療報酬が決定され、保険医療機関および保険医はこの決定された診療報酬の算定方法（診療報酬点数表）に従うことが求められることになります。

【Ⅰ】法による規制

法で規制されている社会的規則であり、医師のみでなく該当するすべての国民が対象とされている。法による直接規制のため、抵触した場合は検察庁などで取り調べを受けることになります。

（１） 医師法

医療行為を行うことのできる資格を規定すると同時に有資格者の責務を規定している。資格を有していない者への医療行為や類似行為を厳しく罰している。また有資格者には社会的要請への責任（処方箋の発行義務、死因の診断等）や実際に行った行為の社会的妥当性を印すための診療録記載などの責務が規定されている。

（２） 医薬品医療機器等法

有害物質の取り扱いなどの規制であり、医薬品の製造、販売等に関したことが定められている。国が許可した医薬品を使用法に基づいてしか使用できないことが規定されている。

（３） 健康保険法

憲法が定める国民の健康な生活を保障するために設けられたもので、身分や財産に左右されることなく医療を享受できるような医療供給体制を規制したものである。この法律の主旨に基づき、国民全てが公的医療の対象となり、この制度を運営するために保険による医療制度と保険医による契約医療制度が導入されている。

【Ⅱ】国（厚生労働省）との契約による規制

契約を結ぶことにより、契約に準じた医療を提供することが責務となるものである。契約内容は厚生労働大臣が認めた範囲内での医療行為とその代価としての報酬の請求に係わるものに大別される。それらで規定された項目は契約事項であるため、これに違反した場合は契約の打ち切りという形でしか処分されない。しかし、その内容が恣意的であった場合は詐欺的行為となり、刑法にて罰則が科せられることにもなり、その結果、医道審において医師資格をも問われることになります。

（１） 保険医療機関、保険医療養担当規則

保険医療機関に関するものと診療方針に係わるものからなっています。

A 保険医療機関に係わる規定には保険資格の確認、一部負担金の徴収などがあります。一部負担金に係わる考え方は混合診療の禁止と深く関係し、一部負担金を徴収できないものが含められた場合は関わった診療費の全てが保険外として取り扱われることになります。

B 診療の方針についての記載は抽象的な記載となっています。投薬にあたっては厚生労働大臣が定めた要綱に沿って行い、検査、処置等は必要な場合に行うというような記載です。医学的判

断に委ねられる行為が多いため、そのような規定となっていますが、医学的判断は水準的医療の尺度で決められるため、請求する側と審査する側でしばしば意見の相違が発生します。解決の方法は学会等の上部団体を通して協議し、妥当な線をきめることになります。審査支払基金の中にはそうした機関も設けられています。

(2) 診療報酬の算定方法（点数表の解釈本）

行われた医療行為に対する評価（診療報酬額）が定められた告示部分（中央線より左に記載）と費用を算定できる要件を定めた通知部分（中央線の右側に記載）からなっております。告示部分に記載のない項目は厚生局に問い合わせ、適切な項目で算定することになっていることにご留意ください。また、通知に記載された算定要件はその項目の記載だけでなく、その項目のある節全体に渡った要件の記載があることにも注意が必要です。保険医の指導において最も数多く指摘されるのはこの要件に関するものですので、診療報酬明細書を「提出する際には保険医自らが点検しておくこと」がもとめられます。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和三十二年四月三十日厚生省令第十五号)

最終改正：令和6年3月5日厚生労働省令告示第56号

第一章 保険医療機関の療養担当（第一条―第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条―第二十三条の二）

第三章 雑則（第二十四条）

附則

第一章 保険医療機関の療養担当

(療養の給付の担当の範囲)

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(療養の給付の担当方針)

第二条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

- 2 保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

(診療に関する照会)

第二条の二 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な手続の確保)

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の四 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第二条の四の二 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事

業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

- 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

- 2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対価として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(掲示)

第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

- 2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(受給資格の確認)

第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

(要介護被保険者等の確認)

第三条の二 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第二項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなったとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第百条、第百五条又は第百十三條の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費

用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。)、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）、又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。
- 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。
 - 一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。
 - 二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

（領収証等の交付）

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

- 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するとき、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。
- 3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

- 2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(食事療養)

第五条の三 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(生活療養)

第五条の三の二 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供し、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

- 2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
- 3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第百一条の規定による出産育児一時金、法第百二条第一項の規定による出産手当金又は法第百十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書に

ついては、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

第七条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス（同法第八条第四項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認めた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

(診療録の記載及び整備)

第八条 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿等の保存)

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から五年間とする。

(通知)

第十条 保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によって事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

(入院)

第十一条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

- 2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(看護)

第十一条の二 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

- 2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

(報告)

第十一条の三 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方厚生局長又は地方厚生支局長に定期的に報告を行わなければならない。

2 前項の規定による報告は、当該保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

第二章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

(療養及び指導の基本準則)

第十三条 保険医は、診療に当っては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

(指導)

第十四条 保険医は、診療にあたっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

第十五条 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

(転医及び対診)

第十六条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

(診療に関する照会)

第十六条の二 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

(施術の同意)

第十七条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第十八条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第十九条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十七項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診

療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

- 2 歯科医師である保険医は、厚生労働大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴において使用してはならない。ただし、治験に係る診療において、当該治験の対象とされる機械器具等を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

- 2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第十九条の四 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。

- 2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

- イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。
- ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。
- ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
- ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
- ヘ ホによるほか、各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

- イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。
- ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。
- ニ 投薬を行うに当たっては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する

法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

- ホ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。
- ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならない。厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

- イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。
- ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。
- ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない

四 注射

- イ 注射は、次に掲げる場合に行う。
 - （１） 経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。
 - （２） 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。
 - （３） その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。
- ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ハ 内服薬との併用は、これによって著しく治療の効果を上げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限って行う。
- ニ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。
- ホ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

- イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。
- ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(歯科診療の具体的方針)

(略)

療養担当規則に基づいた診療

保険医、保険医療機関の責務

1. 保険医、保険医療機関

(1) 保険医とは

健康保険法の規定により「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない」（第64条）とされている。この登録（保険医登録）は、医師国家試験に合格し、医師免許を受けることにより自動的に登録されるものではない。医師自らの意志により、地方厚生局長へ申請する必要がある。

(2) 保険医・保険医療機関の責務

健康保険法の規定により、「保険医療機関において従事する保険医は、厚生労働省令の定めるところにより健康保険の診療に当たらねばならない」（第72条）とされている。ここでいう厚生労働省令が「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）」とよばれるものであり、保険診療を行うに当たっての、保険医療機関と保険医が順守すべき基本的事項を厚生労働大臣が定めたものである。

2. 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」による契約診療である。
- 保険診療を行うためには、一定の基本的ルールに沿った診療を行う必要がある。

(1) 療養担当規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が順守すべき事項として厚生労働大臣が定めたものであり、大きく以下の事項について取りまとめられている。

第1章：保険医療機関の療養担当

療養の給付の担当範囲、担当方針 等

第2章：保険医の診療方針等

診療の一般的・具体的方針、診療録の記載 等

(2) 診療報酬が支払われる条件

以下に掲げる事項を満たしていなければ、保険診療として認められず、診療報酬の支払いを受けることができない。

- ・保険医が、
- ・保険医療機関において、
- ・健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し、
- ・「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の規定を遵守し、
- ・医学的に適切な診療を行い
- ・「診療報酬点数表」に定められたとおりに請求を行っている。

(3) 保険診療の禁止事項

ア 無診察治療等の禁止（療担第12条）

医師が自ら診察を行わずに治療、投薬（処方箋の交付）、診断書の作成等を行うことにつ

いては、保険診療の必要性について医師の判断が適切に行われているといえず、保険診療としては認められるものではない。

なお、医師法違反「医師は自ら診察しないで治療してはならない」（第20条）にもあたるものであり、極めて不適切な行為である。

イ 特殊療法・研究的診療等の禁止（療担第18条、19条、20条）

医学的評価が十分に確立されていない「特殊な療法または新しい療法等」の実施、「厚生大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究目的」による検査の実施などは、保険診療上認められるものではない。

（例外）

- ・ 先進医療による一連の検査
- ・ 治験による薬物の投与や。これに伴う一連の検査

ウ 健康診断の禁止（療担第20条）

健康診断は保険診療としては行ってはならない。

エ 濃厚（過剰）診療の禁止（療担第20条）

検査、投薬、注射、手術・処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最低限に行う必要がある。

オ 特定の保険薬局への患者誘導の禁止（療担第19条の3）

患者に対して、「特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等」を行ったり「指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益」を受けることは、療養担当規則により禁止されている。

（4） その他

カ 適正な手続きの確保（療担第2条の3）

保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣または地方厚生局長に対する申請、届出に係る手続き及び療養の給付に関する費用の請求に係わる手続きを適正に行わなければならない。

キ 適正な費用請求の確保（療担第23条の2）

保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

ク 証明書等の交付（療担第6条）

保険給付をうけるための証明書は無償で交付しなければならない。

ケ 転医及び対診の義務（療担第16条）

患者の疾病が専門外にあるときに他の保険医に対診を求める必要があることともに、患者との信頼関係が成り立たなくなってしまった時には、当該医療機関で保険診療を続けるのではなく、他の保険医療機関へ転医を行うなどの措置が必要であることが記載されている。

新規個別指導について

保険診療の「指導」には、集团的指導、集团的個別指導、新規個別指導、個別指導があるが、この項では新規あるいは継承にて医療機関を開設された後1年以内に受けることになる新規個別指導の内容について、以下箇条書きで述べる。

- 1 根拠法令は健康保険法 第78条、国民健康保険法 第45条の2、高齢者の医療に関する法律 第72条である。
- 2 各地域の厚生局から呼び出しをうける。
- 3 指導実施は4週間前をめぐりに通知される。
- 4 指導対象となる患者の通知は、1週間前に診療所は10人分、病院は20人分をFAXにて行われる（該当日が土、日曜日、祭日、休診日の場合は前日に連絡）。カルテを人数分用意する（電カルの場合カルテのコピー、どうしても電カルで説明したいときは厚生局に相談、ただしこの場合閲覧用の機器の準備も必要）。厚生局は当該レセプトをすでに把握している。
- 5 通常厚生局事務官と医師である医療技官が対応する（年配の技官は元大学教授か大病院の部長以上の経験者が多い）。
- 6 都道府県医師会の保険指導委員、当該地区の医師会役員が立ち会うことがある。
- 7 通常医療機関側は開設者と事務責任者が出席する。
- 8 先ず書類の確認がある、電カルなら各使用者のID作成、3か月ごとのパスワードの変更など守秘義務のためのルールがあるか事務方より質問がある。
- 9 指導実施時間は事務確認を除いて1時間、患者一人ずつレセプトとカルテの内容の突合、特に指導管理料の算定要件の記載、特に指導内容、画像検査の算定根拠、結果の記載を確認、カルテの記載はSOAPなど判りやすく整理されていることが望ましい。
- 10 指導内容は厚生局了解の上うえ録音も可、メモを取るのもよい。
- 11 通常新規個別指導は教育的指導であるが保険ルールが守られていないときは当日検閲のレセプト分につき自主返還が求められる。施設継承の場合は以前から同様の保険診療違反が疑われれば、さかのぼって別途個別指導を受ける可能性もある。

傷病名記載上の注意点

- ※ 診療の都度、医学的に妥当適切な病名を診療録に記載する。
- ※ いわゆるレセプト病名をつけるのではなく、必要があれば摘要欄に注記を行う。
- ※ 医学的に妥当な病名を主治医自らがつけること。
- ※ 炎症の場合、急性・慢性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では急性と判断されます）
- ※ 腫瘍の場合、良性・悪性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では良性と判断されます）

例）精巣腫瘍とあれば、良性腫瘍扱いとなりますので、腫瘍マーカーは算定できません。

- ※ 病名は原則として傷病名コードに記載されたものを用いる
- ※ 傷病名欄に症状・病態・徴候等はできる限り使用しないで下さい。（傷病名コードがあっても）

例：排尿困難、尿閉、頻尿、夜間頻尿、不安定膀胱、血尿、高PSA血症、発熱、ED、勃起障害等

- ※ 転帰欄には、治癒・中止・死亡を記載し日付も記載して下さい。
記載要領に転帰の日付の記載は、ありませんが、元社会保険事務局（現厚生局）では記載を指導していますのでご協力下さい。
- ※ 急性炎症は、早期に治療をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る急性炎症→返戻）
- ※ 疑い病名は、早期に診断をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る疑い病名→返戻。但し、前立腺癌の疑いを除く）
- ※ 左右の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）
- ※ 両側という接頭語はできる限り使用しないで下さい。

例：両側腎結石症→右腎結石症、左腎結石症

- ◆ 特殊ケース（いずれのケースも病名ならびに術名に左右の区別がある場合です。両側という場合は、判断しにくい場合があります、保険者から疑義申請されることもありますので使用を控えて下さい。）

1. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（3,400点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
2. 左D-Jカテーテル留置+右D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（3,400点）+K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
3. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル留置の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（3,400点）+K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（3,400点）が算定できます。
4. 右D-Jカテーテル抜去+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。

算定不可例

1. K783—2 経尿道的尿管ステント留置術（3,400点）またはK783—3 経尿道的尿管ステント抜去術（1,300点）当日のD317膀胱尿道ファイバースコピー（950点）又はD317—2 膀胱尿道鏡検査（890点）とD318尿管カテーテル法（1,200点）は算定できません。

2. D319腎盂尿管ファイバースコピー（1,800点）当日のD317膀胱尿道ファイバースコピー（950点）又はD317ー2膀胱尿道鏡検査（890点）とD318尿管カテーテル法（1,200点）は算定できません。

傷病名の記載の例

◆悪い例

氏名			特記事項								
職務上の事柄											
傷病名	(1) 急性膀胱炎		診療開始日	令和6年4月1日		転帰	治癒	診療実日数	保	2日	
									①		
									②		
11 初診				(80)	処方せん料	60×2					

この場合、他院で急性膀胱炎と診断され処方をして来院したと考えた場合、治癒での処方は不可となります。
 または、再診時に治癒判断したと考えられるので2回目の処方は、不要（査定）となります。転帰の日付を記載して下さい。
 ※ 治癒や疑い病名での処方は認められません。

傷病名の記載の例

◆悪い例

氏名			特記事項								
職務上の事柄											
傷病名	(1) 右尿管結石症の疑い		診療開始日	令和6年4月1日		転帰		診療実日数	保	4日	
									①		
									②		
11 初診					超音波断層撮影（令和6年4月1日施行） 排泄性腎盂造影（令和6年4月8日施行） 腹部CT（令和6年4月15日施行）						

※ IP、CT、MRIなどの精密検査を施行したら、転帰を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）

傷病名の記載の例

◆悪い例 (令和6年4月16日初診→即日入院・手術)

氏名			特記事項									
職務上の事柄												
傷病名	(1) 右精巣腫瘍 (2) 右精巣腫瘍の術後 (主)			診療開始日	令和6年4月16日 令和6年4月16日		転帰	中止 16日		診療実日数	保	
											①	
											②	
11 初診						(50)	令和6年4月16日 右精巣摘出術 (当院)					
							16日 (右) K830 精巣 (睾丸) 摘出手術 3,180×1					

手術欄

K833 精巣悪性腫瘍手術 12,340点ではなくて

K830 精巣摘出手術 3,180点になります。必ず病名には悪性と判るようにお願いします。(精巣癌)

〇〇腫瘍と記載があれば、保険では良性扱いとなります。

良性腫瘍となれば、腫瘍マーカーは算定できません。

転帰 治療でも可

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 精巣腫瘍の術後

「精巣腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後精巣腫瘍と表示されます。「精巣腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

癌と診断し手術をしたが、組織検査で良性であった場合

◆悪い例 (令和6年4月1日初診→令和6年4月8日入院・9日手術)

氏名			特記事項									
	職務上の事柄											
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎腫瘍 の術後 (主)			診療開始日	令和6年4月1日 令和6年4月9日		転帰	中止 9日		診療実日数	保	
											①	
											②	
11 初診						(50)	令和6年4月9日 右腎摘出術（腎血管筋脂肪腫）（当院）					
							9日（右） K772 腎摘出術 21,010×1					

手術欄

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術 42,770点ではなくて

K772 腎摘出術 21,010点になります。

レセプト摘要欄に

令和6年4月9日 右腎全摘術（腎血管筋脂肪腫） 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 腎腫瘍の術後

「腎腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎腫瘍と表示されます。「腎腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項								
職務上の事柄											
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和 6 年 4 月 1 日 令和 6 年 4 月 10 日		転帰	中止 10 日		診療実日数	保	
									①		
									②		
11 初診							令和 6 年 4 月 10 日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 (当院)				

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ レセプト摘要欄に 令和 6 年 4 月 10 日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 施行と記載をお願いします。

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項								
職務上の事柄											
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和 6 年 4 月 1 日 令和 6 年 4 月 10 日		転帰	中止 10 日		診療実日数	保	
									①		
									②		
11 初診							令和 6 年 4 月 10 日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘 + 回腸導管造設) (当院)				

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ レセプト摘要欄に 令和 6 年 4 月 10 日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘 + 回腸導管造設) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和6年4月1日 令和6年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和6年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和6年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和6年4月1日 令和6年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和6年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和6年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻します)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右精索捻転 (2) 右精索捻転 の術後 (主)		診療開始日	令和6年4月1日
			転帰	中止 1日
			診療実日数	保
				①
				②
11 初診			(50)	令和6年4月1日 右精索捻転整復術及び左精巣固定術 (当院) 1日 K838 精巣捻転手術1. 対側の精巣固定術を伴うもの 8,230×1

対側固定を行えば、

K838 精巣捻転手術 1. 対側の精巣固定術を伴うもの 8,230点で算定。(術後コメント 要)

対側固定を行っていないければ、2. その他のもの 7,910点で算定です。

※ レセプト摘要欄に 令和6年4月1日 右精索捻転整復術及び左精巣固定術 施行と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

※ 術後に創傷処置が算定できない？ 場合

◆悪い例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 膀胱癌 (主)		診療開始日	令和6年4月1日
			転帰	
			診療実日数	保
				①
				②
11 初診			(40)	創傷処置 52×8

この病名では、手術したのかどうか分からない。また、いつ手術したかも分からない。手術の内容も分からない。

TUR-Btなら術後の創傷処置は算定できません。

※ 必ず手術をされたら転帰を記入して下さい。術式を摘要欄に記載して下さい。

傷病名の記載の例

腫瘍マーカーは、転帰の決定までに 1 回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

※ 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。但し、計3回まで。前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。（暦月で3ヶ月：平成30年改訂より）

◆例

氏 名			特記事項						
職務上の事柄									
傷 病 名	(1) 前立腺癌の疑い		診 療 開 始 日	令和 6 年 4 月 8 日	転 帰		診 療 実 日 数	保	
								①	
								②	
11	初診				令和 6 年 4 月 8 日	PSA 8.6ng/mL			

摘要欄

PSA 令和6年4月8日測定 8.6ng/mL

令和6年7月と令和4年10月にPSAを検査しても可。

令和6年7月と令和4年10月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

令和6年10月または令和6年11月のレセプトで転帰を記載すること。

傷病名の記載の例

◆例

令和6年7月分

氏 名			特記事項						
職務上の事柄									
傷 病 名	(1) 前立腺癌の疑い		診 療 開 始 日	令和 6 年 4 月 8 日	転 帰	中止 13日	診 療 実 日 数	保	2 日
								①	
								②	
11	初診					「未確」			
						PSA 令和 6 年 4 月 8 日測定 8.6ng/mL PSA 令和 6 年 7 月 9 日測定 8.8ng/mL			

◇ 令和6年1月にPSAを検査した後、令和6年5月と令和6年8月にPSAを検査した場合、審査上 可

前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。(暦月で3ヶ月：平成30年改訂より)

令和6年5月と令和6年8月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

PSA 3 回目の結果をみてカルテとレセプトに転帰を記載すること。

転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了すれば、次回のPSA検査は初回となります。

この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

転帰の記載は、患者さんに説明した日付で。(月末に便宜的に中止と記載は、無診察診療と判断されることもあります。)

☆ 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次回の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていましたが、しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしてることが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。

傷病名の記載の例

ステント留置術に関して

- ※ 1 D-Jカテーテルを留置した場合、摘要欄にその旨（例：右尿管ステント留置術・術後 平成〇年〇月〇日）を記載する。
- ※ 2 記載が無い場合、後日抜去や交換は、認めない。（留置が無ければ、抜去や交換する必要がないため）
- ※ 3 抜去の月の傷病名欄に「D-Jカテーテル留置」を遡って記載することは「病名の出沒」で指導の対象となることもあります。必ず留置した月のレセプトに記載して下さい。
- ※ 4 必ず左右の区別を記載して下さい。（できるだけ、両側という接頭語は使用しないで下さい。）
- ※ 5 ステント留置には、水腎症、尿管狭窄等ステントが必要となる傷病名を記載して下さい。
- ※ 6 結石破碎後の閉塞予防のため留置したというコメントは止めて下さい。

◆例

氏名			特記事項									
職務上の事柄												
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 (3) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和6年4月1日 令和6年4月1日 令和6年4月10日		転帰	中止 10日		診療実日数	保	
								①				
								②				
11 初診						令和6年4月10日 右ステント留置術（当院）						

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（3,400点）が算定できます。

※ レセプト摘要欄に 令和 6 年 4 月 10 日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを交換した場合

氏名			特記事項											
職務上の事柄														
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和6年1月1日 令和6年2月1日		転	帰			診療実日数	保		
												①		
												②		
11 初診						(50)	令和6年2月1日 右ステント留置術（当院） 令和6年4月10日 右ステント交換（当院）							
							10日（右） K783-2 経尿道的尿管ステント留置術		3,400×1					

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（3,400点）が算定できます。

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術（1,300点）は算定できません。

※ レセプト摘要欄に 令和 6 年 4 月 10 日 右ステント交換と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを抜去した場合

令和6年4月分

氏名	職務上の事柄		特記事項		傷病名	診療開始日	診療終了日	転帰	診療実日数	保	
					(1) 右尿管結石症 (主) (2) 右水腎症 の術後	令和6年1月1日 令和6年2月1日				①	
										②	
11	初診										
						(50)	令和6年2月1日 右ステント留置術 (当院) 令和6年4月10日 右ステント抜去術 (当院)				
							10日 (右) K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術				1,300×1

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術 (1,300点) が算定できます。

※ レセプト摘要欄に

令和6年2月1日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。

令和6年4月10日 右ステント抜去術 施行と記載をお願いします。

☆ 診療報酬点数表には記載がありませんが、疑義解釈にて予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められないとされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

症状・詳記について

- ※ 1 保険診療の範囲かどうか判断できない場合、症状・詳記を記載されたほうが認められるケースがあります。
- ※ 2 高額医療の場合、症状・詳記を記載して下さい。
- ※ 3 請求点数が低くても、必要と思われる場合はコメントを記載して下さい。
- ※ 4 抗癌剤等で適応外処方の場合、症状・詳記を記載されれば認められるケースがあります。

認められない（査定される）ケース

- ※ 1 ◇◇◇は常識である。→書かれた先生の常識で保険診療では非常識です。
- ※ 2 学会発表であった。→一般的医療ではないので保険診療の範囲外です。
- ※ 3 外国では一般に行われている。→日本の医療では一般的でないので保険診療の範囲外です。
- ※ 4 ガイドラインに載っている。→ガイドラインの医療をしていただいても結構ですが、保険診療の範囲でご請求下さい。
- ※ 5 症状・詳記の後述は、認められません。必要と思った時は最初に記載して下さい。

点数が請求できない場合のレセプト記載について (記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力下さい。)

- ※ 1 レセプトには行った医療行為全てを記載していただくようにご協力下さい。(点数が請求できない場合はコメントを記載して下さい。)

- ※ 2 留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみ算定となります。
この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」で保険請求がでてきます。その中にカテーテル代の請求があります。

カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間留置ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求がでてきません。保険者が納得できるレセプトの作成にご協力下さい。

- ※ 3 ESWL 2 回目以降は、K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

（当局に確認済）

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等（泌尿器科関連）

区分	診療行為等名称	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
B013	療養費同意書交付料	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。	850100090	交付年月日（療養費同意書交付料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			830100083	同意書又は診断書に記載した病名（療養費同意書交付料）；*****
C163	特殊カテーテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の（3）のAからEまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠；*****
			830100105	イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠；*****
			830100106	ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠；*** *****
			830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠；*****
D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合）前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	50190008	前回実施年月日（アルブミン定量（尿））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			820190008	初回（アルブミン定量（尿））
			850190011	前回実施年月日（シュウ酸（尿））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			820190011	初回（シュウ酸（尿））
			850190021	前回実施年月日（シスタチンC）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			820190021	初回（シスタチンC）
D00615	膀胱がん関連遺伝子検査	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見を記載すること	830100125	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見（膀胱がん関連遺伝子検査）；*****

		K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること	850100155	過去の算定年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
		本検査を過去に算定している場合）過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
D00618	BRCA 1 / 2 遺伝子検査	その医療上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性（BRCA 1 / 2 遺伝子検査）；*****
D009の9	前立腺特異抗原（PSA）	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原（PSA）を2回以上算定する場合）「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日（前立腺特異抗原（PSA））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850100049	未確 検査値（前立腺特異抗原（PSA））；*****
D009の27	プロステートヘルスインデックス（phi）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合）前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190051	前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			820190056	初回（プロステートヘルスインデックス（phi））
		前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850100436	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
		（2回以上算定する場合）必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
D009の31	S2, 3PSA %	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合）前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（S2, 3PSA %）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
		前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	830100838	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（S2, 3PSA %）；*****
		2回以上算定する場合）必要性を記載すること。	830100839	2回以上算定する必要性（S2, 3PSA %）；*****
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合）当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類（S-蛍光M、位相差M、暗視野M）；*****
			830100134	検体の種類（S-M）；*****
			830100135	検体の種類（S-保温装置使用アメーバM）；*****
D215	超音波検査（記録に要する費用を含む。） 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） ロ その他の場合 （1）胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：ア 消化器領域
			820100682	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：イ 腎・泌尿器領域
			820100683	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：ウ 女性生殖器領域
			820100684	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

			820100685	超音波検査（断層撮影法） （胸腹部）：オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等
			820100686	超音波検査（断層撮影法） （胸腹部）：カ その他
		（カに該当する場合） 具体的な臓器又は領域を記載すること	830100144	具体的な臓器又は領域；*** *****
J043 3注4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J043-3ストーマ処置の（4）のアからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820101242	ア 傍ストーマヘルニア（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101243	イ ストーマ脱出（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101244	ウ ストーマ腫瘍（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101245	エ ストーマ部瘻孔（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101246	オ ストーマ静脈瘤（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101247	カ ストーマ周囲肉芽腫（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
			820101248	キ ストーマ周囲難治性潰瘍等（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））
J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日（干渉低周波による膀胱等刺激法）； （元号）yy“年”mm
J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	842100061	通算実施日（磁気による膀胱等刺激法）；*****
K823-6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合）前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100246	前回実施年月日（尿失禁手術）；（元号）yy“年”mm “月”dd“日”
			820190046	初回（尿失禁手術）
K838-2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア 閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1 単純なもの）
			820100877	イ 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1 単純なもの）
			820100878	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術1 単純なもの）
K838-2の2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの）
			820100880	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの）

K838-2	精巣内精子採取術	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の（２）のウ又は（３）のイに該当する患者に算定する場合）実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；*****
--------	----------	--	-----------	----------------------------------

療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
エスポー皮下用24000シリンジ		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
			830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
			830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエポジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量（エポジン注シリンジ1500等）；*****
			830600017	投与する前の患者の体重（エポジン注シリンジ1500等）；*****
			830600018	Hb濃度（エポジン注シリンジ1500等）；*****
エポジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合） 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600019	貯血量（エポジン皮下注シリンジ24000）；*****
			830600020	投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ24000）；*****
			830600021	Hb濃度（エポジン皮下注シリンジ24000）；*****
ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mg タダラフィル錠5mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラOD	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有す	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）
			820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）

フィルム25mg バイアグラOD フィルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	用いる場合	る医師 イ ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由	830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
		以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号 「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号 「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号 「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号 「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号 「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）
			820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）
			830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）；*****
			850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy“年”mm“月”
		（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
			850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy“年”mm“月”
エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値（エボジン注シリンジ1500等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****

医科点数表に関して泌尿器科医が知っておく事項について

医科診療報酬点数表は大きく分けて基本診療料、特掲診療料、介護老人保健施設入所者に係る診療料および経過措置の4章よりなる。

基本診療料が基本的な医療行為および通常初診時、再診時又は入院時に行われる基本的な診療行為に対する費用であるのに対し、特掲診療料は基本診療料として、一括支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々の点数が設定されたものである。

1人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額である。

医科診療報酬点数表は以下のような構造で設定されている。告示・通知などの記載を理解するためには、それがどの部分に書かれているかを理解して読む必要がある。

各部の一番初めには通則が記載されているが、この通則は各部を通じての規定が記載されているため必ず理解しておく必要がある。

対称器官にかかわる点数が「処置」「病理診断」では両側の器官の点数であること、「手術」では片側の器官の点数であることなどは通則に記載されている。

特に薬剤は在宅、検査、画像診断、投薬、注射、処置、手術などいろいろな項目で算定することになる。それぞれの項目で算定方法が異なることに留意する必要がある。

注射薬を「検査」「処置」「手術」に当たって使用した時にはそれぞれの項目内で薬剤料を算定し、注射実施料は算定できない。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料	第1節 初診料 第2節 再診料	
第2部 入院料等	第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料	

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等	第1節 医学管理等	
	第2節 プログラム医療機器等医学管理加算	
	第3節 特定保険医療材料	
第2部 在宅医療	第1節 在宅患者診療・指導料	
	第2節 在宅療養指導管理料	第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第3部 検査	第1節 検体検査料	第1款 検体検査実施料 第2款 検体検査判断料
	第2節 削除	
	第3節 生体検査料	
	第4節 診断穿刺・検体採取料	
	第5節 薬剤料	

	第6節 特定保険医療材料料	
第4部 画像診断	第1節 エックス線診断料	
	第2節 核医学診断料	
	第3節 コンピューター断層撮影診断料	
	第4節 薬剤料	
	第5節 特定保険医療材料料	
第5部 投薬	第1節 調剤料	
	第2節 処方料	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
	第5節 処方せん料	
	第6節 調剤技術基本料	
第6部 注射	第1節 注射料	第1款 注射実施料
		第2款 無菌製剤処理料
	第2節 薬剤料	
	第3節 特定保険医療材料料	
第7部 リハビリテーション	第1節 リハビリテーション料	
	第2節 薬剤料	
第8部 精神科専門療法	第1節 精神科専門療法料	
	第2節 薬剤料	
第9部 処置	第1節 処置料	
	第2節 処置医療機器等加算	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第10部 手術	第1節 手術料	第1款 皮膚・皮下組織 第2款 筋骨格系・四肢・体幹 第3款 神経系・頭蓋 第4款 眼 第5款 耳鼻咽喉 第6款 顔面・口腔・頸部 第7款 胸部 第8款 心・脈管 第9款 腹部 第10款 尿路系・副腎 第11款 性器 第12款 削除 第13款 臓器提供管理料
	第2節 輸血料	
	第3節 手術医療機器等加算	
	第4節 薬剤料	
	第5節 特定保険医療材料料	
第11部 麻酔	第1節 麻酔料	
	第2節 神経ブロック料	
	第3節 薬剤料	
	第4節 特定保険医療材料料	
第12部 放射線治療	第1節 放射線治療管理・実施料	
	第2節 特定保険医療材料料	
第13部 病理診断	第1節 病理標本作製料	
	第2節 病理診断・判断料	
第14部 その他		

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部	併設保険医療機関の療養に関する事項
第2部	併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

第4章 経過措置

泌尿器科に関連する主な変更点

【第1章 基本診療料】

基本診療料の初・再診料、入院基本料は医療職員の処遇改善のための増点された。

改定後	改定前
A000 初診料291点	A000 初診料288点
A001 再診料75点	A001 再診料73点
A002 外来診療料76点	A002 外来診療料74点

A205 救急医療管理加算（1日につき）

- | | |
|--------------|--------|
| 1 救急医療管理加算 1 | 1,050点 |
| 2 救急医療管理加算 2 | 420点 |

〔施設基準〕の追加

直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上の場合は、救急医療管理加算2を算定する患者については、本入院した日から起算して7日を限度として、210点に減算されることとなった。

A400 短期滞在手術等基本料

点数の変更（多くの手術で大幅な減点）

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合（新設）

- | | |
|-------------------|--------|
| (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 | 2,947点 |
| (2) (1) 以外の場合 | 2,718点 |

ロ イ以外の場合

- | | |
|-------------------|------------|
| (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 | 1,588点（減点） |
| (2) (1) 以外の場合 | 1,359点（減点） |

泌尿器科で「イ 主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」

ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」

ツリウムレーザーを用いるものツリウムレーザーを用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」

その他のもの

2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）の点数改定

へ D413 前立腺針生検法 2 その他の	10,197点⇒10,262点（増点） （生活療養を受ける場合） 10,123点⇒10,188点（増点）
ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	33,572点⇒30,882点（減点） （生活療養を受ける場合） 33,498点⇒30,808点（減点）
エ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1	28,842点⇒26,013点（減点） （生活療養を受ける場合） 28,768点⇒25,939点（減点）

ヒ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 2	28,884点⇒26,057点 (減点) (生活療養を受ける場合) 28,810点⇒25,983点 (減点)
イタ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	25,894点⇒25,702点 (減点) (生活療養を受ける場合) 25,820点⇒25,628点 (減点)
イレ K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	24,703点⇒23,829点 (減点) (生活療養を受ける場合) 24,629点⇒23,755点 (減点)
イソ K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	23,870点⇒21,524点 (減点) (生活療養を受ける場合) 23,796⇒21,450点 (減点)

【特掲診療料】

【第1部 医学管理等】

B001 特定疾患治療管理料

対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除外

コメント：今回の診療報酬改定で最もインパクトのあるマイナス改定である。内科系の診療所においては受診患者の半数以上に算定されてた特定疾患治療管理料は主に上記3疾患であった。生活習慣病に関する医学管理では生活習慣病管理料、特定疾患治療管理料、外来管理加算あり、また重複算定可能で内容が分かりにくいとの支払い側からの指摘がされていた。またあとで示すが特定疾患治療管理料が算定されたときには、特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算1または2が算定できたが、この加算も算定できなくなった。

B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 (新設)

以前より検査が包括された管理料として生活習慣病管理料があったが、おおくの医療機関では算定が煩雑なために特定疾患治療管理料が算定され生活習慣病指導管理料の算定はあまりおこなわれていなかった。今回の改定で、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする特定疾患治療管理料が算定不可になり、代わって生活生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設された。

保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定とされた(施設基準あり)。治療計画書に4か月に一回署名が必要になるなど煩雑な部分が多いが、この管理料を算定しないと大幅な減収になるので算定する努力が必要である。しかし安定した患者にはリフィル処方または長期処方をする必要があるなど算定しづらい点数である。またこの管理料を算定すると外来管理加算が算定できず、他の多くの医学管理の点数が算定できないなど多くの制限がかかっている。

B001の37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 (新設) (施設基準あり)

【第2部 在宅医療】

往診

「普段から訪問診療を受けていない患者等」の緊急往診や夜間等の往診は厳格化され、大幅な引き下げがおこなわれた。

【第3部 検査】

検体検査実施料は多くの項目で実勢価格にあわせて減点

血液学的検査	
D006 出血・凝固検査	
13 Dダイマー定性	122点⇒121点（減点）
生化学的検査（Ⅰ）	
血液化学検査10項目以上	106点⇒103点（減点）
D007 血液化学検査	
25 フェリチン半定量、フェリチン定量	105点⇒102点（減点）
28 KL-6	111点⇒108点（減点）
36 血液ガス分析	135点⇒131点（減点）
59 プロカルシトニン（PCT）定量、プロカルシトニン（PCT）半定量	284点⇒276点（減点）
生化学的検査（Ⅱ）	
6 甲状腺刺激ホルモン（TSH）	101点⇒98点（減点）
10 レニン定量	105点⇒102点
17 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）	132点⇒129点（減点）
26 骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	161点⇒157点（減点）
28 I型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP）	164点⇒160点（減点）
29 副甲状腺ホルモン（PTH）	165点⇒161点（減点）
29 カテコールアミン分画	165点⇒161点（減点）
31 デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（DHEA-S）	169点⇒164点（減点）
34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）（尿）	170点⇒169点（減点）
37 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）、カテコールアミン	189点⇒184点（減点）
38 副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）	189点⇒186点（減点）
47 抗利尿ホルモン（ADH）	230⇒224点（減点）
D009 腫瘍マーカー	
2 α-フェトプロテイン（AFP）	101点⇒98点（減点）
9 前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9	124点⇒121点（減点）
12 核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿）	143点⇒139点（減点）
18 サイトケラチン19フラグメント（シフラ）	158点⇒154点（減点）
28 γ-セミノプロテイン（γ-Sm）	194点⇒192点（減点）
31 S2、3 PSA%	248点（新設）

以下に示すものが増点

微生物的検査	
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 3 その他のもの 67点	64点⇒67点（増点）
D018 細菌培養同定検査D018細菌培養同定検査 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 180点 2 消化管からの検体 200点 3 血液又は穿刺液 225点 4 泌尿器又は生殖器からの検体 190点 5 その他の部位からの検体 180点	170点⇒180点（増点） 190点⇒200点（増点） 220点⇒225点（増点） 180点⇒190点（増点） 170点⇒180点（増点）
D019 細菌薬剤感受性検査 1 1菌種 185点 2 2菌種 240点 3 3菌種以上 310点	180点⇒185点（増点） 230点⇒240点（増点） 290点⇒310点（増点）
D023 12 腔トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出	350点（新設）
第4節 診断穿刺・検体採取料	
D400 血液採取（1日につき） 1 静脈 40点	37点⇒40点（増点）
3 動脈血採取（1日につき） 60点	55点⇒60点（増点）

【第5部 投薬】

処方料はかわらないが処方箋料は減点された。

F400 処方箋料

3 1及び2以外の場合 60点 68点⇒60点（減点）

処方料、処方箋料に対する加算の整理

特定疾患治療管理料が算定されたときには、算定対象の特定疾患以外に対する薬剤の投与に対し特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点が算定可能であったが、この特定疾患処方管理加算1が廃止された。また特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算2の66点が算定できたが、特定疾患処方管理加算に変更56点に減点された。

コメント：特定疾患治療管理料の対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病が除外されたことと合わせて、大きなマイナス改定である。

【第6部 注射】

G000皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	22点⇒25点（増点）
G001静脈内注射（1回につき）	34点⇒37点（増点）
G004点滴注射（1日につき） 21に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）	99点⇒102点（増点） 50点⇒53点（増点）

【第9部 処置】

J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺	280点⇒350点（増点）
【人工腎臓（1日につき）】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 1,885点⇒1,876点（減点） ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点⇒2,036点（減点） ハ 5時間以上の場合 2,180点⇒2,171点（減点） 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 1,845点⇒1,836点（減点） ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点⇒1,996点（減点） ハ 5時間以上の場合 2,135点⇒2,126点（減点） 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合 1,805点⇒1,796点（減点） ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点⇒1,951点（減点） ハ 5時間以上の場合 2,090点⇒2,081点（減点） 導入期加算 2 400点⇒410点（増点） 導入期加算 3 800点⇒810点（増点）	
J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）	1,290点⇒1,612点（増点）
J067 誘導ブジー法	216点⇒270点（増点）

【第10部手術】

K000 創傷処理 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） ロ その他のもの	2,690点⇒3,090点（増点）
K001 皮膚切開術 3 長径20センチメートル以上	1,980点⇒2,270点（増点）
K607-2 血管縫合術（簡単なもの）	4,210点⇒4,840点（増点）
K608-3 内シャント血栓除去術	3,130点⇒3,590点（増点）
K635-4 腹腔鏡下連続携帯式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 16,660点	（新設）
K645-2 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術 168,110点	（新設）
K773-7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1 2センチメートル以内のもの 15,000点 2 2センチメートルを超えるもの 21,960点 注 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。	（新設）
K775 経皮的腎（腎盂）瘻造設術 13,860点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注の新設
K798 膀胱結石、異物摘出術 3 レーザーによるもの11,980点	（新設）
K802-4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710点⇒14,610点（増点）
K809-4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ） 39,280点	（新設）
K819-2 陰茎形成術	52,710点⇒60,610点（増点）
K821-4 尿道狭窄グラフト再建術 50,890点	（新設）
K826-3 陰茎様陰核形成手術	7,020点⇒8,070点（増点）
K828-3 埋没陰茎手術	7,760点⇒8,920点（増点）
K830 精巣摘出術	2,770点⇒3,180点（増点）
K830-3 精巣温存手術	（新設）
K834 精索静脈瘤手術	2,970点⇒3,410点（増点）

K835 陰嚢水腫手術 2 その他	2,290点⇒2,630点（増点）
K836 停留精巣固定術	9,740点⇒11,200点（増点）
K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術 20,500点	（新設）
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの	18,190点⇒20,470点（増点）
K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療 12,300点	（新設）
K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの） 18,500点	（新設）
手術通則改定 以下の手術につき医療安全対策加算1に係る届出を行っている必要があるとされた。 腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	[経過措置] 令和六年三月三十一日において医科点数表第2章第10部手術の通則の第4号又は第18号に係る届出を行っている場合については、令和七年五月三十一日までの間に限り、第十二の一の（2）のハ又は二の五の（2）のハに該当するものとみなす。
2 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）に係る施設基準の緩和 （3）当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間5例以上実施していること。 ア 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。） イ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 ウ 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	（施設基準の緩和） 10例から5例に緩和

第14部 その他

第1節 看護職員処遇改善評価料	
区分 O000 看護職員処遇改善評価料（1日につき）	基本診療料より14部に移行
第2節 ベースアップ評価料	
区分 O100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき） 1 初診時 6点 2 再診時等 2点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 7点	（新設） 医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図るための評価料
O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき） 1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点から64点 ロ 再診時等 1点から8点	（新設） 無床診療所のための追加のベースアップ評価料
O102 入院ベースアップ評価料（1日につき） 1点から166点	（新設） 病院または有床診療所のための追加のベースアップ評価料

【特定保険医療材料】

価格の改定

004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスプレイポ ザブルカテーテル (2) 2管一般(Ⅱ)②閉鎖式導尿システム (3) 2管一般(Ⅲ)②閉鎖式導尿システム (5) 特定(Ⅱ)	645円⇒862円(増額) 1,720円⇒2,030円(増額) 2,090円⇒2,060円(減額)
011 膀胱瘻用カテーテル	3,790円⇒3,770円(減額)
031 腎瘻又は膀胱瘻用材料 (1) 腎瘻用カテーテル	(マレコ型は削除)
(3) ダイレーター	2,290円⇒2,140円(減額)
(4) 穿刺針	2,140円⇒1,910円(減額)
035 尿管ステントセット (1) 一般型 ① 標準型	15,200円⇒13,200円(減額)
039 膀胱留置用ディスプレイポザブルカテーテル (2) 2管一般(Ⅱ)② 閉鎖式導尿システム (3) 2管一般(Ⅲ)② 閉鎖式導尿システム (5) 特定(Ⅱ)	645円⇒862円(増額) 1,720円⇒2,030円(増額) 2,090円⇒2,060円(減額)
137 腎・尿管結石除去用カテーテルセット	32,300円⇒31,100円(減額)
197 ガイドワイヤー	1,880円⇒1,870円(減額)

抗がん剤の適応病名について

新規前立腺癌治療薬

内服薬

- イクスタンジン（エンザルタミド）アステラス
 - 去勢抵抗性前立腺癌
 - 遠隔転移を有する前立腺癌
- ザイテイガ（アビラテロン）ヤンセン
 - 去勢抵抗性前立腺癌
 - 内分泌療法未治療のハイリスクの予後因子を有する前立腺癌
- アーリーダ（アパルタミド）ヤンセン、日本新薬
 - 遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺癌
 - 遠隔転移を有する前立腺癌
- ニューベクオ（ダロルタミド）バイエル、日本化薬
 - 遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺がん
 - 遠隔転移を有する前立腺癌

注射薬

- ゾーフィゴ（R）静注
 - 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌
- タキソテール（ドセタキセル）
 - 前立腺癌
- ジェブタナ（カバジタキセル）
 - 去勢抵抗性前立腺癌

腎癌治療薬

- ネクサバル、スーテント、ヴォトリエント、インライタ、アフィニトール、トーリセル
 - 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
- オブジーボ、バベンチオ
 - 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
- キイトルーダ
 - 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
 - 腎細胞癌における術後補助療法

尿路上皮癌治療薬

- キイトルーダ
 - 癌化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌
- オブジーボ
 - 尿路上皮癌における術後補助療法
- バベンチオ
 - 根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法

参考) 傷病名マスター

傷病名名称	請求コード	ICD10コード	管理番号
去勢抵抗性前立腺癌	8848040	C61	20100081
前立腺癌骨転移	8842788	C795	20087565
限局性前立腺癌	8848043	C61	2011174
進行性前立腺癌	8848066	C61	20100075
前立腺癌	1859003	C61	20068229
腎癌	1890009	C64	20066218
腎細胞癌	1890010	C64	20066244
腎盂尿路上皮癌	8845336	C65	20093606
尿管尿路上皮癌	8845454	C66	20093604
尿道尿路上皮癌	8845456	C680	20093608
膀胱尿路上皮癌	8845493	C679	20093608
膀胱上皮内癌	8843096	D090	20088139
修飾語名称	請求コード		管理番号
遠隔転移のある	7544		27002305
遠隔転移のない	7545		27002306
高リスク	7527		27002251
内分泌療法未治療の	7531		27002255
化学療法後	7546		27002307
の増悪	8140		27001963
切除不能な	7475		27002112

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料について

A000 初診料 291点

A001 再診料 75点

外来管理加算 52点

A002 外来診療料 76点

(一般病床数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合一部の検体検査・処置が包括)

再診料一覧表

区分	時間内 〔診察時間内〕 (乳幼児加算38点)	時間外加算65点 〔休日・深夜除く診療時間外〕 (乳幼児時間外加算135点)	休日加算190点 〔日・祝、12/29-1/3〕 (乳幼児休日加算260点)	深夜加算420点 〔午後10時～午前6時〕 (乳幼児深夜加算590点)	外来管理 加算
再診料 (6歳以上)	75	140	265	495	52
再診料 (6歳未満)	113	210	335	665	52
外来診療料 (6歳以上)	76	141	266	496	52
外来診療料 (6歳未満)	114	211	336	666	52

情報通信機器を用いた初診・再診の評価が新設された(オンライン診療料は廃止)。

(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 253点

(新) 再診料(情報通信機器を用いた場合) 75点

(新) 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 75点

- ① 外来診療における初診料・再診料には簡単な検査(例えば血圧測定等)の費用は含まれる。
- ② 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- ③ 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該医師が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。
- ④ 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ⑤ 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は初診として取り扱う。しかし、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推測される場合の診療は初診として取り扱わない。
- ⑥ 労災保険、健康診断、自費等により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院している期間にあっては、当該医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- ⑦ 再診料は診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度(同一日において2以上の再診があってもその都度)算定できる。

第1章 基本診療料－②

- ⑧ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定できる。ただし、この場合において、外来管理加算及び地域包括診療加算は算定しない。
- ⑨ 外来管理加算：厚生労働大臣の定める検査、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理をおこなった場合に算定できる。慢性疼痛疾患管理、一定の検査(超音波検査、脳波検査、神経筋検査、耳鼻科的検査、眼科的検査、負荷試験等、ラジオアイソトープを用いた検査、内視鏡検査)、処置、手術、麻酔および放射線治療を行ったときには算定できない。
- ⑩ 外来管理加算が算定できない泌尿器科関係の検査：超音波検査 断層撮影法(胸腹部、その他)、残尿測定(超音波検査によるもの、導尿によるもの)、尿水力学検査(膀胱内圧検査、尿道圧測定図、尿流測定、括約筋筋電図)、尿失禁定量テスト、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)、腎盂尿管ファイバースコピー
- ⑪ 電話等による再診：再診以後、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。なお、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。

第2部 入院料・特定入院料について

基本的な入院医療の体制を総合的に評価するものであり、医療機関の機能(病院、有床診療所、特定機能病院)、病棟類型別(一般病棟・療養病棟・結核病棟・精神病棟等)により分類される。各基本料は重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、人員配置基準によりさらに分類される。

入院基本料の一部と特定入院料については、請求の簡素化の観点から、処置・検査等の点数が包括化されている場合がある。

(1) 入院基本料の算定上の留意点

入院療養に関して重要かつ標準的な8つの医療提供体制が、厚生労働大臣が定める一定の基準に適合していない場合は、入院基本料の算定ができなくなるため、必要な体制を医療機関全体として恒常的に構築しておく必要がある。

(各体制の主な基準)

- ① 入院診療計画に関する基準
入院後7日以内に入院診療計画を説明、計画書を交付
- ② 院内感染防止対策に関する基準
感染防止委員会の設置、感染情報レポートの作成、必要な感染対策の実施
- ③ 医療安全管理体制に関する基準
指針の作成、医療事故、インシデントの報告制度、医療安全管理委員会の設置、職員研修の実施など
- ④ 褥瘡対策に関する基準
褥瘡対策チームの設置、危険因子の評価の実施
- ⑤ 栄養管理体制の基準。
管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等)を作成。入院診療計画書に特別な栄養管理の有無を明記
- ⑥ 意思決定支援に関する基準
人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最

終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成。

⑧ 身体拘束最小化に関する基準

医療機関において身体拘束を最小化する体制の整備

(2) 入院基本料等加算

入院療養に関する諸々の医療提供体制が、厚生労働大臣の定める一定の基準を満たす場合については、個々の医療提供体制に応じて、入院基本料に一定点数が加算となる。

① 臨床研修病院入院診療加算

② 診療録管理体制加算

③ 栄養管理実施加算

など

A205 救急医療管理加算（1日につき）

[施設基準] の追加

1 救急医療管理加算 1 1,050点

2 救急医療管理加算 2 420点

直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上の場合は、救急医療管理加算2を算定する患者については、本入院した日から起算して7日を限度として、210点に減算されることとなった。

A251 排尿自立支援加算（施設基準あり）：（週1回）200点

医学管理B005-9 外来排尿自立指導料（施設基準あり）と合わせて（週1回）200点で計12回算定可能。

A400 短期滞在手術等基本料

A400 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）短期滞在手術等基本料1の対象手術が追加された。また全身麻酔を行わないときには麻酔医が不在でも算定可。入院基本料を算定しない無床の診療所でも施設基準を満たせば算定可。

泌尿器科では経尿道的レーザー前立腺・蒸散術に加えて、尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）、顕微鏡下精索静脈瘤手術が対象である。

今回の改定で点数の変更（多くの手術で大幅な減点）がおこなわれた。

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合（新設）

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

(2) (1) 以外の場合 2,718点

ロ イ以外の場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点（減点）

(2) (1) 以外の場合 1,359点（減点）

泌尿器科で「イ 主として入院で実施されている手術を行った場合」が算定可能な手術

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザー

第1章 基本診療料－④

を用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」ツリウムレーザーを用いるもの
ツリウムレーザーを用いるもの

「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」その他のもの

A400 2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

今回の改定で前立腺生検は増点となったが、他の手術は減点された。

へD413前立腺針生検法2その他の	10,262点 (生活療養を受ける場合) 10,188点
トK007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	30,882点 (生活療養を受ける場合) 30,808点
エK616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1	26,013点 (生活療養を受ける場合) 25,939点
ヒK616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術2 1の実施後3月以内に実施する場合2	26,057点 (生活療養を受ける場合) 25,983点
イタK768体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	25,702点 (生活療養を受ける場合) 25,628点
イレK823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	23,829点 (生活療養を受ける場合) 23,755点
イソK834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術	21,524点 (生活療養を受ける場合) 21,450点

短期滞在手術基本料3算定時の注意事項について

保険医療機関（DPC対象病院及び診療所を除く）に入院して5日以内に規定された検査、手術を行った場合は短期滞在手術基本料3で算定となる。短期滞在手術料には在宅療養指導管理料、在宅で算定する薬剤・特定医療材料および透析にかかわる費用、退院時処方、食事以外のすべての診療行為が包括されているため、短期滞在手術基本料3が算定された入院日以降、外来診療にて行われる同月の診療行為のうち月に1回の算定と規定されている点数は算定不能である。

今回の改定で短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者も一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象者に追加された。

短期滞在手術基本料算定後に同月退院日以降に算定できない点数：

検体検査判断料（尿・糞便検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料、微生物的検査判断料）、検体検査管理加算、基本的検体検査判断料、脳波検査判断料、核医学診断、コンピューター断層診断、医学管理料にて月に1回に限り算定するとされているもの（悪性腫瘍特異物質治療管理料、診療情報提供料の他多数）

例えば前立腺生検にて短期滞在手術基本料3を算定して退院後、前立腺癌が確定したためPSA検査を行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。もちろんPSAの検体検査料も算定不能であるため注意が必要です。

別表第五

特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

二 これらに含まれる処置

創傷処置（手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。）

喀痰吸引	摘便	酸素吸入	酸素 TENT
------	----	------	---------

皮膚科軟膏処置	膀胱洗浄	留置カテーテル設置	導尿
---------	------	-----------	----

腔洗浄	眼処置	耳処置	耳管処置
-----	-----	-----	------

鼻処置	口腔、咽頭処置	間接喉頭鏡下喉頭処置	ネブライザー
-----	---------	------------	--------

超音波ネブライザー	介達牽引	消炎鎮痛等処置	鼻腔栄養
-----------	------	---------	------

長期療養患者褥瘡等処置

三 これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）、HIF-PH 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌かん流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹り患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リユープロレリン注やゾラデックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。

第2章 特掲診療料

算定回数が「週」又は「月」と記載されているものについては、特に定めのない限り「週」は日曜日から土曜日までの1週間（暦週）。「月」は月の初めから月の末日までの1か月（暦月）単位として算定する。

第1部 医学管理等

○ 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

医学管理料とは、処置や投薬等の技術と異なり、医師による患者指導や医学管理そのものを評価する診療報酬項目である。いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限などがある。

【B000 特定疾患療養管理料】

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点

厚生大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月に2回に限り算定する。主病とは患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいい、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

診療録に主病とする特定疾患の管理に関して記載されていることが必要である。指導時においてもっとも多く指摘される事項である。漫然と算定されることがないように注意を要する。

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

今回の改定で特定疾患治療管理料の対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除外

コメント：今回の診療報酬改定で最もインパクトのあるマイナス改定である。内科系の診療所においては受診患者の半数以上に算定されてた特定疾患治療管理料は主に上記3疾患であった。生活習慣病に関する医学管理では生活習慣病管理料、特定疾患治療管理料、外来管理加算あり、また重複算定可能で内容が分かりにくいとの支払い側からの指摘がされていた。またあとで示すが特定疾患治療管理料が算定されたときには、特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算1または2が算定で

きたが、この加算も算定できなくなった。

【B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料】

イ 尿中BTAに係るもの 220点

ロ その他のもの

(1) 1項目の場合 360点

(2) 2項目以上の場合 400点

悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

- ・遊離型PSA比（PSA F/T比）は前立腺癌治療の経過観察時におこなっても悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不能である。
- ・腫瘍マーカーのI型コラーゲン-C-テロペプチド（ICTP）のみではなく、生化学的検査のI型コラーゲン架橋-N-テロペプチド（NTX）、酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ（TRACP-5b）、デオキシピリジノリン（DPD）（尿）についても、前立腺癌と既に確定診断された患者について骨転移の診断のために行った時には、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。

【癌と確定している臓器以外の癌を疑った時の取り扱い】

例外規定を除き、すでに悪性腫瘍の確定診断病名があるときには、他の腫瘍に対して腫瘍マーカー検査を行った場合でも悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。しかし腫瘍マーカー検査が必要であることが確認できる病名を傷病名欄に記載し、検査結果および治療計画を診療録に記載しないと算定要件は満たさない。

※ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定には、厚生労働大臣が医療機関屋内禁煙と定めている。

他の悪性腫瘍の既往がある場合（レセプトに悪性腫瘍の記載がある場合）でPSAを測定する場合は、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。ただし「前立腺癌疑い」の病名が必要。前立腺癌が確定している場合、PSA/F/Tの請求は不可

【B001 13 在宅療養指導料】170点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあっては、月2回）に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

※ 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

※ 「医師は診療録に保健師、助産師または看護師への指示事項を記載する」の文言が削除された。

【B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料】

緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合のみ算定可 200点

【B001 23 がん患者指導管理料】

- イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点
- ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

【B001 24 外来緩和ケア管理料】 290点

地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

【B005-6-3 がん治療連携管理料】

- 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点
- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750点

【B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料】 500点

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【B005-9 外来排尿自立指導料】 200点

入院患者の尿道カテーテル抜去を目的としたチーム医療による取り組みを評価

排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（排尿ケアチーム）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケアを実施することを評価する

「排尿自立指導料」に関する手引き 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編を参照

※ 排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

【B009 診療情報提供料（Ⅰ）】 250点

他の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、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、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。（患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については算定できない）

情報提供に関して算定できる範囲が拡大。以前は指定居宅事業者に対しては退院後2週間以内であったが、期間がなくなり他の介護機関への情報提供に関しても算定可能となった。

どの機関に対して	何のために	何を提供したとき
別の保険医療機関	診療の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
指定居宅介護支援事業者 指定介護予防支援事業者 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者		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
保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
精神障害者施設 介護老人保健施設		診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
介護老人保健施設 介護医療院		診療状況を示す文書を添えて患者の紹介
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について鑑別診断等の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
通園又は通学する保育所 学校（大学を除く。）等の学校医等		小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者、は食物アレルギー患者について学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合

★ 急病等で患者治療上の必要性から、休日夜間における救急医療の確保のために診療を行っている
と認められる次に掲げる医療機関の受診を指示・必要な診療情報を文書で提供した場合はB009
診療情報提供料Ⅰが算定可とされた。

※ 対象となる保険医療機関（イ）地域支援病院（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定され
た救急病院または救急診療所（ハ）「救急医療の整備事業について」に規定された病院群輪番制
病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用病院

★ 入院中の診療情報提供料（Ⅰ）（退院に際しては除く）は入院基本料に含まれ算定できない。た
だし、専門的な診療料を必要として他医療機関を受診した際に、他医療機関から入院先医療機関へ
の診療情報提供料（Ⅰ）は、入院中の患者であっても認められる。また、セカンドオピニオンに係
わる診療情報提供料Ⅱは、入院中でも算定できる。

★ 受診先医療機関不明の情報提供書は、算定要件を満たさず、算定できない

★ 診療情報提供料（Ⅰ）は紹介先医療機関ごとに月一回の算定となる。

【B010 診療情報提供料（Ⅱ）】500点

治療法の選択等に関して他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者、家族に
対して診療情報を提供したときに算定する。

★ 診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき診療情報の提供にあたっては、患者又はその家族からの希望
があった旨を診療録に記載する。

【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。

2 区分番号B009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。

【B011 連携強化診療情報提供料】150点

提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定可となった。

診療情報提供料（Ⅰ）は「別の医療機関での診療の必要性を認め、患者の紹介を行った場合に算定し、連携強化診療情報提供料は「紹介元の保険医療機関からの求めに応じ、患者の診療状況を示す文書を提供した場合」算定するとされた。算定できる医療機関はかかりつけ医機能を持つ医療機関である。かかりつけ医機能を持たない医療機関ではかかりつけ医機能をもつ医療機関から紹介された患者に対して算定できる。

★ 泌尿器科は多くはかかりつけ医機能を持つ医療機関（※）には当たらないと考えられるため、泌尿器科では主にかかりつけ機能を持つ医療機関（※）から紹介された患者にたいして算定することになる。

【B013 療養費同意書交付料】100点

療養費の支給対象

はりきゅう：神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

マッサージ：麻痺、拘縮

療養費同意書交付料は原則として当該疾病に係わる主治の医師が、診察に基づき、診療の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係わる同意書または診断書を交付した場合に算定する。

「レセプト摘要欄に交付年月日に加え、同意書または診断書の病名欄に記載した病名を記載する。」

はり、きゅうについて、同一疾患で、医療機関で治療中の患者は保険診療での給付（診察、検査および療養費同意書を除く）の対象とはならない。

柔道整復師への情報提供は「B009 診療情報提供料（Ⅰ）、B013療養費同意書交付料」では算定できない。（療担規則6条）

療担規則（17条）で「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない」とされているため泌尿器科医が交付するときには注意が必要である。

第2部 在宅医療

在宅の費用は下記で算定

第1節 (在宅患者診療・指導料)

+

第2節 (在宅療養指導管理料)

+

第3節 薬剤料

+

第4節 特定保険医療材料

- 医師の診療日以外に訪問看護ステーション等の看護師等が医師の指示に基づき、患者に点滴又は処置等を実施する際に用いた薬剤料や特定保険材料料が算定できるとされた。この場合、レセプトの「⑭在宅」の項で請求し、薬剤や特定医療材料の使用日を「摘要」欄に記入する。なお手技料は算定することはできない。
- 注射薬や特定保険医療材料は在宅の部で規定されている注射薬や特定保険医療材料に限られる

※ 以前は1人の患者に対して在宅患者訪問診療が算定できるのは1つの医療機関に限られ、他科で在宅患者訪問診療料が算定され「在宅寝たきり患者処置管理指導料」が算定されているときには、カテーテル交換は泌尿器科でと依頼されて定期的に交換に行っても算定できる点数がありませんので保険請求できませんでした。平成30年度の改定で在宅患者訪問診療料2が新設され、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医から依頼を受けたとき、月に一回に限り在宅患者訪問診療料2が算定可能となります。

第1節 在宅患者診療・指導料

【C000 往診料 720点】

往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。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。

患家の求めに応じて訪問した場合

初診

再診 のいずれか+往診

外来診療料

今回の改定で患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価が見直された。

以下のいずれかに該当する場合の往診料の加算は維持

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療－②

- ①往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ②往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ③往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者
- ④往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医以外が行う往診時の加算

上記①から③に該当する患者

- (1) 緊急に行う往診 325点
- (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 650点
- (3) 深夜の往診 1,300点

上記以外の患者の往診時の加算は大幅に減額された。

- (1) 緊急に行う往診 325点
- (2) 夜間（深夜を除く。）又は休日の往診 405点
- (3) 深夜の往診 485点

（時間的な加算）

夜間……午前6時～午前8時、午後6時～午後10時

深夜……午後10時～午前6時

緊急……診療に従事している時間であって概ね午前8時～午後1時

<例：標榜時間午前9時～午後1時、午後4時～午後7時>

午前0時～	午前6時～	午前8時～	午前9時～	午後1時～	午後4時～	午後7時～	午後10時～
深夜	夜間		緊急		緊急	夜間	深夜

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、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は以下の管理料。指導料を算定

【C001 在宅患者訪問診療料Ⅰ（1日につき）】

在宅患者訪問診療料1（主治医が算定）

- イ 同一建物居住者以外の場合 888点
- ロ 同一建物居住者の場合 213点

在宅患者訪問診療料2

（主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回に限り算定できる。）

- イ 同一建物居住者以外の場合 884点
- ロ 同一建物居住者の場合 187点

※ 主治医が診療状況を共有した上で、再度依頼をうけた場合は6か月を超えて算定できる。診療報酬明細書の摘要欄に以下の継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

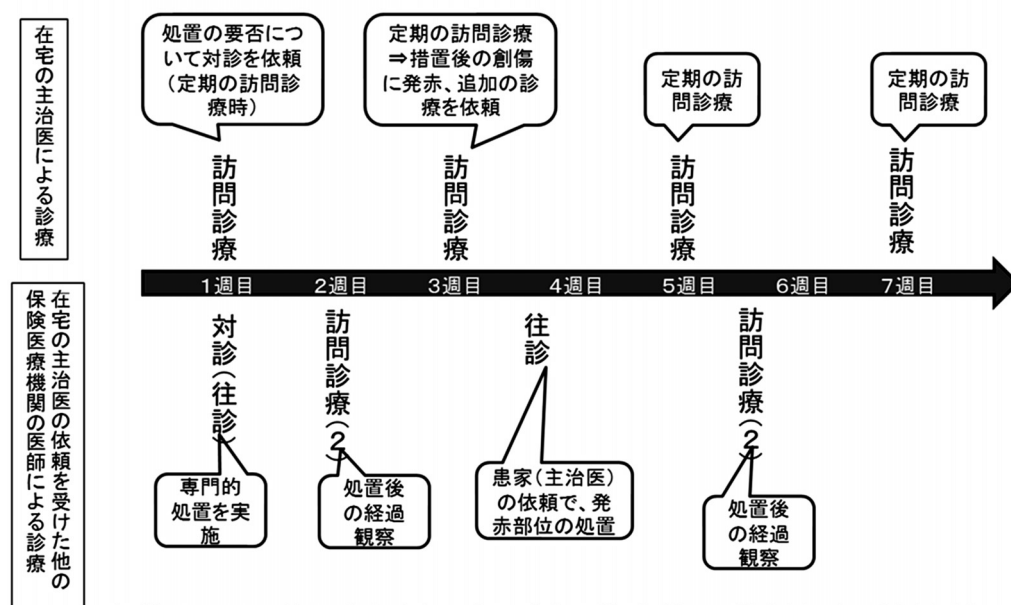
ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- ★ C001 在宅患者訪問診療料算定時は初診料、再診料、外来診療料、往診料は算定しない。
- ★ 文書のみではなく、電話等で依頼があったときも算定可能であるが、ケアマネージャーを通じた訪問診療の依頼では認められない。
- ★ 他の保険医療機関からの求めがあった年月を 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載すること。
- ★ 往診料を算定することも可能
- ★ 主治医が行う訪問診療に同行して行った時は、立ち合い診療となるため往診料で算定
- ★ 月2回以上の訪問診療をおこなった場合、2回目以降については在医総管等を算定する医療機関が診察のうえ、必要な場合は対診として取り扱い、往診料で算定する。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合は在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）・施設入居時等医学管理料（以下、施設総管）は算定できない。
- ★ 在医総管・施設総管を算定している医療機関から求めに応じて訪問診療を行い、在宅患者訪問診療料2を算定する場合、在医総管・施設総管に包括される処置等を実施した際は、在宅患者訪問診療料2を算定する医療機関は当該処置等の費用を算定できる。
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合、診療録に以下の内容を記載する。
 - ①訪問診療の計画および診療内容の要点。②主として診療を行う他の医療機関が診療を求めた傷病名。③訪問診療を行った日における診療時間（開始時刻および終了時刻）および診療場所
- ★ 在宅患者訪問診療料2を算定する場合他の保険医療機関から診療の求めがあった年月をレセプト摘要欄に記載する。

複数の医療機関による訪問診療の例

○ 専門的処置を要するため、在宅の主治医から、他の診療科の医師に診療を依頼した場合



注）説明用のイメージとして作成したものであり、実際には様々なパターンが想定されこれに限定されるものではない

【C002 在宅時医学総合管理料（月1回）】

【C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）】

【C007 訪問看護指示料 300点】

患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

「第1款 在宅療養指導管理料」+「第2款 在宅療養指導管理材料」加算で算定

第1款 在宅療養指導管理料

1. 在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
2. 在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
3. 退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できる。

【C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点】

【C163 特殊カテーテル加算】

- 1 再利用型カテーテル 400点
 - 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
イ 親水性コーティングを有するもの
 - (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点
 - (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点
 - (3) 120本以上の場合 2,100点ロ イ以外のもの 1,000点
 - 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点
- ・特殊カテーテル加算は3月に3回に限って算定可とされた。例えば4月に2か月分(3.4月) 5月に3か月分(5～7月)などまとめて算定できる。当月分に加えて複数月算定するときには適応欄に算定した月情報を入力する必要がある。
 - ・親水性コーティングを有するカテーテルを算定するときには要件を満たす医学的根拠を電算コード入力する必要がある。
 - ・間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて支給した場合や再利用型カテーテルと間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを合わせて支給した場合は主たるもののみを算定する。

在宅自己導尿指導管理料を算定している患者については、導尿、膀胱洗浄および留置カテーテルの費用(薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む)は算定できないため、外来で医師が処置として行う膀胱洗浄に用いる薬液や膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルの費用は算定不可である。

- ※1 週一回の在宅自己導尿を算定しても在宅自己導尿指導管理料を算定できる。
- ※2 外尿道口の消毒薬の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※3 消毒薬・潤滑剤の算定は不可。(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※4 器具の消毒薬は算定不可(在宅自己導尿指導管理料に含まれる)
- ※5 入院中の患者でも退院時に算定可。

当局の指導により変更になりました。(平成21年4月より)

- ※6 麻酔剤としてのキシロカインゼリーは算定不可。
在宅で使用できる薬剤に麻酔薬はない。
自己麻酔は認められていない。

【C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点】

- 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者についての医師が処置として行う膀胱洗浄、留置カテーテルの費用（薬剤および特定医療材料に係わる費用を含む）は算定できない。しかし患者またはその家族が行うときには在宅の項目での特定保険医療材料の請求は可能である。支給できるカテーテルは在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルとして規定されているものおよび膀胱瘻用カテーテルのみであり、腎瘻用カテーテルの算定は不能である。

「記載要領」

在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

【C108-4 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】1,500点

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

【C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】800点

経過措置が終了し、在宅自己導尿指導管理料と併算定できないとされた。

【C172 経肛門的洗腸療法材料加算（新設）】2,400点

在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合、3月に3回算定できる。

【在宅で算定可能な特定保険医療材料】

- 001 腹膜透析液交換セット
（1）交換キット （2）回路
- 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット
（1）本体 （2）付属品 ① フーバー針 ② 輸液バッグ
- 003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
- 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
（1）2管一般（Ⅰ）
（2）2管一般（Ⅱ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
（3）2管一般（Ⅲ） ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム
（4）特定（Ⅰ）
（5）特定（Ⅱ）
- 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）
（1）ダイアライザー （2）吸着型血液浄化器（ β 2-ミクログロブリン除去用）
- 007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療－⑥

(1) 化学療法用 (2) 標準型 (3) PCA型

008 皮膚欠損用創傷被覆材

(1) 真皮に至る創傷用 1 cm²当たり 6 円

(2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 1 cm²当たり10円 ② 異形型 1 g当たり37円

(3) 筋・骨に至る創傷用 1 cm²当たり25円

009 非固着性シリコンガーゼ

(1) 広範囲熱傷用 (2) 平坦部位用 (3) 凹凸部位用

010 水循環回路セット

011 膀胱瘻用カテーテル

012 交換用胃瘻カテーテル

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

014 陰圧創傷治療用カートリッジ

015 人口鼻材料

(1) 人工鼻 (2) 接続用材料 (3) 呼気弁

第3部 検査

それぞれの検査項目によっては、対象となる患者の状態等が算定要件として定められている（通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断p91～94参照）ほか、算定可能な組み合わせが限定されている（検査の同時算定一覧p95～97参照）ことに留意する。

検査の費用は下記で算定

$$\begin{aligned}
 & \text{第1節 検体検査料} \quad \text{又は} \quad \text{第3節 生体検査料の各区分の所定点数} \\
 & \qquad \qquad \qquad + \\
 & \qquad \qquad \text{第4節 診断穿刺・検体採取料} \\
 & \qquad \qquad \qquad + \\
 & \qquad \qquad \text{第5節 薬剤料} \\
 & \qquad \qquad \qquad + \\
 & \qquad \qquad \text{第6節 特定保険医療材料料}
 \end{aligned}$$

- 検査のために使用した薬剤に係わる処方料、調剤料、処方せん料、調剤基本料および注射料の算定は出来ない。薬剤料のみ検査の項目で算定する。
- ※ 膀胱ファイバースコピー時の抗菌剤の処方料、処方箋料、注射料は算定できない。薬剤料のみ算定できる。
- 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- ※ 両側の腎盂尿を採取して検査しても、検査料は1回のみ算定
- 患者の診療を担う保険医の指示に基づき当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が検査のため検体採取等を実施した場合には当該保険医療機関で検体検査実施料が算定できることとなった。この場合検体採取料は算定できないが、検体検査判断料の算定は可能である。検査の項目で算定し、検体採取が実施された日を摘要欄に記載する。
- ※ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。
各種検査は、必要な検査項目を選択し、段階を踏んで、必要最小限の回数で実施する。
結果が治療に反映されない検査は研究的・健康診断的とみなされ、保険請求は認められない。
- ※ 算定要件が定められている検査（別表参照）
尿沈渣顕微鏡検査は、尿中一般物質定性半定量検査等で異常所見がある場合、又は診察の結果から実施の必要があると考えられる場合が対象
- ※ 必要性が乏しいと思われる検査
DICの診断・治療に反映されないTAT、D-Dダイマー、可溶性フィブリンモノマー、プラスミン、 $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体等
- ※ 「検査で」「念のため」「ついでに」「患者の希望で」これらについては、保険診療の範囲外となりますのでご注意ください。

検体検査

【外来迅速検体検査加算】

入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

★ 当日行われた検体検査について、下記にあげられている検査についてはすべてを当日中に結果を説明した上で文書により報告した場合に算定

★ 厚生労働大臣が定める検体検査実施料に規定する検体検査

1. D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
2. D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）
3. D003に掲げる糞便検査のうち次のもの：糞便中ヘモグロビン
4. D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの：赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液一般検査、ヘモグロビンA1C（HbA1C）
5. D006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの：プロトロンビン時間（PT）、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量、Dダイマー
6. D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの：総ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ グルタミルトランスフェラーゼ（ γ GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、クレアチンキナーゼ（CK）、HDLコレステロール、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、LDLコレステロール、グリコアルブミン
7. D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの：甲状腺刺激ホルモン（TSH）、遊離サイロキシン（FT4）、遊離トリヨードサイロニン（FT3）
8. D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの：癌胎児性抗原（CEA）、 α -フェトプロテイン（AFP）、前立腺特異抗原（PSA）、CA19-9
9. D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの：C反応性蛋白（CRP）
10. D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次の：その他のもの

【腫瘍マーカー検査の留意点】

- ※ 腫瘍マーカーは、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、悪性腫瘍の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。
- ※ 腫瘍マーカーは、転帰の決定までに1回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

【前立腺癌の疑いでPSA検査を算定する場合の留意点】

- ※ 1 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。「未確」と記載し、前回までの検査日と値を記載する。
- ※ 2 PSA 3回目の結果を患者さんに説明した日付でカルテとレセプトに転帰を記載すること。
転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了

すれば、次回のPSA検査は初回となります。この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

- ※3 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち次回の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていました。しかしレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要があるのですが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしてくることが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。
- ※4 初診時のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、コメントがあれば可
- ※5 前立腺癌の疑いでPSAとフリーPSA／トータルPSA比精密測定の2項目は算定可
- ※6 初診月のフリーPSA／トータルPSA比精密測定は、傾向検査であれば不可
- ※7 前立腺癌の疑いで前立腺腫瘍マーカーは40歳以上で算定可

悪性腫瘍特異物質指導管理料

- ※1 前立腺癌の確定後フォローアップでは、腫瘍マーカーは2種類まで（転移を含む）
- ※2 前立腺癌の確定後フォローアップでは、フリーPSA／トータルPSA比精密測定は算定不可
- ※3 精巣悪性腫瘍（術後も）の場合、HCG- β （血）は算定可、HCG- β （尿）は算定不可

その他

- ※8 精巣悪性腫瘍（術後も）で抗癌剤治療中は、HCG- β （血）は週1回算定可、HCG- β （尿）は算定不可

	確定	疑い
腎癌 腎臓癌術後	フェリチン（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	
膀胱癌	尿BTA	NMP22（尿）
膀胱癌術後	NMP22（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） サイトケラチン8・18（尿）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可）	サイトケラチン8・18（尿）
前立腺癌	PSA γ -SM 尿中デオキシピリジニリン 以下、骨転移・骨転移の疑い病名があれば算定可 I型コラーゲンCテロペプチド I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx） 酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ（TRACP-5b） PSA F/T比算定不可	PSA PSA F/T比 γ -SM
精巣癌 精巣癌術後	AFP HCG- β （血）（悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可） HCG- β （尿）算定不可	AFP HCG- β （血） HCG- β （尿）算定不可
尿路上皮癌 尿路上皮癌術後	以下、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定不可 NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）	NMP22（尿） サイトケラチン8・18（尿）

※ 尿NMP22又は尿中サイトケラチン8・18のいずれか一方のみ算定可

【D006-15】 膀胱がん関連遺伝子検査 1597点

膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者に対して、FISH法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

本検査を実施した場合には、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

D009-31 S2, 3 PSA %

前立腺癌であることが強く疑われる者であって、前立腺特異抗原(PSA)の結果が4.0ng/mL以上10.0 ng/mL以下である者に対して、LBA法（定量）により、S2, 3 PSA %を測定した場合に限り算定できる。

本検査は、前立腺癌の診断に当たって実施した場合に、原則として1回を限度として算定する。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。

S2, 3 PSA %と、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）又はプロステートヘルスインデックス（phi）を併せて実施した場合には、いずれか主たるものののみ算定する。

診療報酬明細書の摘要欄に、前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。また、本検査を2回以上算定する場合は、本検査の2回以上の実施が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D009-32 プロステートヘルスインデックス（phi）

診療及び他の検査（前立腺特異抗原（PSA）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下の（イ）から（ハ）までのいずれかに該当する者に対して、CLEIA法により、前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA及び[-2] proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス（phi）を算出した場合に限り算定する。

（イ）前立腺特異抗原（PSA）値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ロ）50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

（ハ）65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原（PSA）値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下

前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に、原則として1回を限度として算定する。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。

前立腺特異抗原（PSA）、遊離型PSA比（PSAF/T比）を併せて実施した場合には、主たるものののみ算定する。

微生物学的検査

【D018 細菌培養同定検査】

症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を2か所以上から採取した場合に限り、「3」の血液又は穿刺液を2回算定できる。

【排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査】

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査と尿沈渣（鏡検法又はフローサイトメトリー法）が同一検体では主たるもののみとされているが、尿道分泌物や前立腺分泌液などの別検体で当該検査を実施する場合は、細菌顕微鏡検査に使用した検体の種類をレセプト摘要欄に記載することが必要である。

症状等から同一起炎菌によると判断される場合であって、当該起炎菌を検索する目的でことなる複数の部位または同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位一箇所のみの所定点数を算定する。

【D019 細菌薬剤感受性検査】

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

※1 細菌薬剤感受性検査は、培養陽性が判明して2次的に施行されるが、その検査料は細菌培養同定検査と同時算定されている場合が多い。

外来患者で実日数1日の場合翌月レセプトに実日数0日で細菌薬剤感受性検査のみを請求する。（翌月レセプトでの判断料請求不可）又は当月レセプトに「菌種名」を記入し「患者来院せず」と記載する。

D023-12 膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 350点

膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出は、以下のいずれかに該当する場に算定する。

ア 膣トリコモナス感染症を疑う患者であって、鏡検が陰性又は実施できないもの若しくはマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して、治療法の選択を目的として行った場合。

イ 膣トリコモナス感染症又はマイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して、治療効果判定を目的として実施した場合。

※尿道炎で初診よりクラミジア、淋菌検査と同時に施行するのは過剰であるとして査定される可能性あり。

【PSA検査の保険外併用療養費としての算定について】

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項の改定（保医発0624第3号平成28年6月24日）

患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、「前立腺特異抗原（PSA）」について、その費用を患者から徴収することができることになります。患者から費用を徴収できるのは患者の不安を軽減する必要がある場合にかぎるとされ、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載する必要があります。また保険医療機関は、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておく必要があります、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける必要あり。当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付する必要があります。

特別の料金は医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とし、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生（支）局長にその都度報告する。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年 の定例報告の際に、その実施状況について、地

方厚生（支）局長に報告することとされている。

生体検査

生体検査料

D206からD214-2までに掲げる呼吸循環機能検査、D215およびD216超音波検査等、D295からD323まで及びD325内視鏡検査については、同一検査を同一月2回以上行った場合は、2回目以降は100分の90で算定する。入院・外来でも同じ月に行われたものは、2回目以降は100分の90で算定する。

残尿測定（D216-2）は2回目でも減算の必要はない。

【D215 超音波検査】

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 Aモード法 | 150点 |
| 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） | |
| イ 訪問診療時に行った場合 | 400点 |
| 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。 | |
| ロ その他の場合 | |
| （1）胸腹部 | 530点 |
| （2）下肢血管 | 450点 |
| （3）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 経胸壁心エコー法 | 880点 |
| 他 | |

★ 前回の改定で2 断層撮影法 イ 訪問診療時に行った場合が新設された。往診時におこなった場合は ロ その他の場合で算定する。

★ 2のロの「(1)」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載することとされた。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 消化器領域

イ 腎・泌尿器領域

ウ 女性生殖器領域

エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ その他

★ 超音波画像をカルテに添付することとされた。

★ 同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。D215超音波検査の「2」断層法と「3」心臓超音波検査を同一月に行った場合は、いずれも100分の100で算定となる。

【D216-2 残尿測定検査】

残尿測定検査については、月2回を上限とし算定。算定可能な疾患は前立腺肥大症、神経因性膀胱、過活動膀胱の3疾患であり、前記3疾患の疑いにより検査したときも算定可能である。

（月に2回施行しても100分の90にはならない）

【D317 膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2 膀胱尿道鏡検査】

平成28年改訂において膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査に狭帯域光強調加算（200点）の加算が新設された。しかし狭帯域光強調加算は上皮内癌（CIS）と診断された患者に対して、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定するとされ、単なる「膀胱癌」病名や「上皮内癌の疑い」病名での算定は不能である。算定には「上皮内癌」の病名が必要である。

【他院撮影内視鏡写真診断】

当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、初診料（注5に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、70点を算定できる。

（平成30年の改定で新設）

第4部 画像診断

- ※ ESWL当日は術前後KUB算定可（短期滞在手術基本料3の場合は包括）
- ※ KUBの際、腎尿管と膀胱は異なる部位でそれぞれ算定可
- ※ KUBとDIPを同日に施行しても撮影方法が異なるので一連でない。
- ※ 腎盂造影撮影時の透視診断（110点）、尿管造影撮影時の透視診断、膀胱造影時の透視診断については認められない。
- ※ 内視鏡下の造影剤注入：尿管カテーテル法（両側） D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）の所定点数（1,200点）
- ※ E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）：前立腺癌の骨転移検出のために全身MRIを行ったときに全身MRI撮影加算として、600点の加算が認められている。

第5部 投薬

○ 薬剤の使用に当たっては、医薬品医療機器等法の承認事項（効能、効果・用法・用量・禁忌等）を遵守する。

（1） 実施方針について

患者を診察することなく投薬・注射・処方せんの発行は出来ない。（医師法第20条）

保険診療においては、厚生大臣の定める医薬品以外の薬剤を用いることができない。

（療担第19条）

経口投与を原則として、注射は、経口投与では治療の効果が期待できない場合や、特に迅速な治療効果を期待する場合に行う（療担第20条第4号）

投薬量は、予見することができる必要範囲に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分または90日分を限度とする。（療担第20条第2項）

患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。（療担第20条第2項）

治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要があると認められる場合に2剤以上を投与する。（療担第20条第2項）

【30日を超える長期投薬】

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方せんを交付する。

※ 30日を超える長期の投薬の際は「病状が安定して、服薬管理ができている旨の診療録記載」と「病状変化時の対応方法の患者への周知」が必要となった。

【分割指示に係わる処方せんについて】

平成30年度の改定で今までの処方箋（様式第2号）に加えて、分割指示に係わる処方箋（様式第2号の2）が使用可能となった。分割の回数は3回までとし、分割指示に係わる処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋および別紙を保険薬局に提出するよう指導する。

分割の回数および分割ごとの調剤日数を「備考欄」に記載する。また処方した医薬品の中に分割調剤のや対象でない医薬品がある場合のみ、分割調剤を行う医薬品が明確に分かるように「処方」欄に記載する。なお、薬局への具体的な指示事項がある場合にも備考欄に記載する。

【90日を超える処方について】

投薬日数については、療担規則で「投薬は予見できる必要期間に従ったものではないことし、厚生労働大臣が定める内服薬および外用薬については当該厚生労働大臣の定める内服薬および外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分とする」とさだめられている。

厚生労働大臣の定める医薬品以外は、医薬品医療機器等法上の効能・効果・用法を考慮した上で患者の症状に応じて医師が決定するが、抗てんかん剤は90日と定められているところから、投薬量の予見できる必要期間は90日が限度である。

★ 新規収載された医薬品については、薬価収載された日から1年間は14日を超えての投与は出来ない。(年末・年始は30日が限度)

【湿布の処方に関して】

湿布薬の処方1回あたり63枚が上限とされた、それ以上の処方をおこなったときには、超過した分の薬剤料のみではなく、調剤料、処方料、処方箋料および調剤技術基本料の算定ができない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とされている（泌尿器科診療ではありえないだろう）。

【リフィル処方箋の導入】

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組。医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者に対して発行。

方法：保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間。保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常処方箋の場合と同様。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内。

コメント

療養担当規則で限度が定められている医薬品のリフィルはできないと定められている。一般的な薬は療養担当規則で90日が限度と定められているわけではないが、審査上の扱いは医師の予見できる範囲内として90日が上限とされており、また新規の抗アンドロゲン剤は30日が上限とされている。医師が患者の病状等を踏まえ個別に医学的に適切と判断した期間とされているが、3回のリフィルの合計が90日を超えたり、新規の抗アンドロゲン剤の30日処方の処方箋をリフィル可とすることは問題があると判断される。一審では判断できない内容なので、保険者からの再審査請求にて大きな査定になることが考えられる。注意が必要であろう。

リフィル処方の導入は医療費の抑制が大きな目的である。患者からリフィル処方箋の発行を依頼されたときの対応などは日ごろから検討しておく必要があるだろう。

【参考】 投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間に上限が設けられている医薬品	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する麻薬（30日を限度とされているものを除く。） ○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（30日又は90日を限度とされているものを除く。） ○新医薬品であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。）
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ベモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤 ○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬 ○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

【退院時処方に関して】

保険医療機関から介護老人保健施設に直接入所する場合、あるいは保険医療機関から療養病棟、回復期リハビリテーション入院料等の投薬の費用が包括されている病棟へ転入院する場合は、退院時処方では認められない。

投薬が包括されている病棟に入院している患者が退院する場合に在宅で使用する薬剤については、薬剤料に係わる費用は算定できる。ただし調剤料等の投薬に係わる技術料は算定できない。

投薬の費用

「調剤料＋処方料＋薬剤料＋特定医療材料」または「処方箋料」にて算定

【F000 調剤料】

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

【F200 薬剤】

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。（五捨六入である）

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

【薬剤の所定単位】

一回の処方において、2種以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点および服用回数が同じであるものについては、次のものを除き1剤として算定する。

- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- イ 固形剤と内用液剤の場合
- ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

【多剤投与の場合の算定】

ア 外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

- (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
- (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。
- (ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

※ 「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」とされているため高額な医薬品を処方するときには注意が必要です。

【F100 処方料】

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 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を行った場合 | 29点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 42点 |

【特定疾患処方管理加算（診療所又は許可病床数が200床未満の病院）】 56点

特定疾患治療管理料が算定されたときには、算定対象の特定疾患に対する薬剤の投与処方期間が28日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上を含む。）を行った場合、特定疾患処方管理加算として56点の算定が可能。

今回の改定前は算定対象の特定疾患以外に対する薬剤の投与に対し特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点が算定可能であったが、この特定疾患処方管理加算1が廃止された。また特定疾患に対する薬剤の投与で特定疾患処方管理加算2の66点が算定できたが、特定疾患処方管理加算に変更56点に減点された。

F400 処方せん料（今回の改定で減点）された。）

- | | | |
|---|---|-----|
| 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または4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合 | 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を行った場合 | 32点 |
| 3 | 1及び2以外の場合 | 60点 |

○特定疾患処方管理加算は処方料と同様に算定可能

【一般名処方による処方箋を交付したときの加算】

薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につきそれぞれ一般名処方加算が算定できます。（今回の改定で増点）

- | | | |
|---|--|-----|
| イ | 一般名処方加算 1 | 10点 |
| | 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方 | |
| ロ | 一般名処方加算 2 | 8点 |
| | 1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合 | |

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

【術後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）
 - ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合 注射3日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤
 - イ. 大手術の場合 注射5日まで＋内服5日まで
ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」のある薬剤
 2. 炎症病名がある場合
 - ア. 内視鏡手術、ESWL、小手術の場合
 - イ. 大手術の場合
- ともに

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可
投与期間と種別は、ケースバイケース

【検査後の抗生剤使用について】（目安）

（都道府県によって異なる場合があります）

1. 炎症病名がない場合（予防投与の意味合いが強い）

内視鏡、生検、尿道ブジー、逆行性尿道造影等の場合

注射1日または内服3日まで

ただし、注射抗生剤は1日薬価3,000円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」
のある薬剤内服抗生剤は1日薬価300円までで適応症が「外傷・熱傷及び手術創等の二次感染」
のある薬剤

2. 炎症病名がある場合

適応症に「当該炎症病名」のある薬剤のみ使用可

投与期間と種別は、ケースバイケース

※ ベシケア、ウリトス、ステープラ、トビエース、ベタニス、ベオーバなどの過活動膀胱治療薬投与に際しては、レセプト傷病名欄に「過活動膀胱」の病名が必要である。

※ 去勢抵抗性前立腺癌治療薬（イクスタンジ、ザイティガ、アーリーダ、ニューベクオ）の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。これらの薬剤は他の適応症（遠隔転移を有する前立腺癌）に対して投与されたときも同様である。

※ 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対する分子標的薬の一回当たりの処方日数は30日が限度とされている。

第6部 注射

【注射の手技料について】

- ※1 検査にあたって使用した薬剤の費用は別に算定できるが、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を検査の項目で算定する)
- ※2 処置にあたって、処方料、調剤料、処方せん料、調剤技術基本料ならびに注射料は別に算定できない。(薬剤料を処置の項目で算定する)
- ※3 手術当日に手術（自己血貯血は除く）に関連して行う処置の費用及び注射の手技料は、算定できない。(薬剤料を手術の項目で算定する)
- ※4 自己血貯血当日のエリスロポエチン製剤の注射手技料および鉄剤の点滴手技料は算定できません。

【中心静脈注射】

- ※1 単なるルート確保であれば、G004点滴注射になります。
- ※2 点滴内容にカロリーが入っていなければ、G004点滴注射となることもあります。
- ※ 中心静脈注射用カテーテル挿入後、抜去の手技料はありません。

【療養病棟入院基本料算定時の抗がん剤投与について】

前立腺癌に対して投与された酢酸リュープロレリン注、ゾラデックス注、ゴナックス注、フルタマイドやビカルタミドの投与は算定可。

【介護老人保険施設入所者の外来受診時の抗がん剤投与に関して】

介護老人保健施設入所中の患者の外来診療時、リュープリン、ゾラデックス、ゴナックス、ゾメタ、ランマークなどを抗悪性腫瘍剤の注射の算定が認められるようになった。抗悪性腫瘍剤の内服薬は以前より算定可能

- ※ 性同一性障害患者に対するホルモン補充療法は保険の適応外である。

第7部 リハビリテーション (略)

第8部 精神科専門療法 (略)

第9部 処置

処置の費用

「第1節処置料」+「第2節処置医療機器等加算（酸素加算等）」+「第3節薬剤料」+
「第4節特定保険医療材料料」

対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

★ 処置のために使用したあるいは使用する薬剤は処置の項目で算定し、処方料、処方せん料、調剤基本料は算定できない。

【泌尿器科外来で算定される主な処置】

J000 創傷処置 1 100平方センチメートル未満 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 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 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 5 6,000平方センチメートル以上 275点 注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	在宅寝たきり患者処置指導管理料又は在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定できない。
J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 350点 注 6歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。	
J043-3 ストーマ処置（1日につき）（点数の見直し） 1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点 2 ストーマを2個以上もつ持つ患者に対しておこなった場合 120点	
J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 100点 注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。	尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。
J043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1400点	
J058 膀胱穿刺 80点	
J059 陰嚢水腫穿刺 80点	
J059-2 血腫、膿腫穿刺 80点	

J060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 注 1 薬液注入、膀胱洗浄と同時にを行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。	（1）カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、1日につき、膀胱洗浄により算定する。 （2）膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。 （3）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。
J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点	（1）腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。 （2）尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D318」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる
J061 腎盂洗浄（片側） 60点	（1）腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。 （2）尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D318」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる
J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,612点 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
J063 留置カテーテル設置 40点 注 1 膀胱洗浄と同時にを行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	（1）長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。 （2）在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。 （3）留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
J064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点 注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	在宅自己導尿指導管理料又は在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。
J065 間歇的導尿（1日につき） 150点	間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。
J066 尿道拡張法 216点	

第2章 特掲診療料 第9部 処置―③

J066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	
J067 誘導ブジー法 270点	
J068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点	小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。
J069 前立腺液圧出法 50点	
J070 前立腺冷温榻 50点	
J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点 注 入院中の患者以外の患者について算定する。	（1）干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。 （2）治療開始時点においては、3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。
J070-4 磁気による膀胱等刺激法 70点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	（1）次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。 ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者 イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者 （2）1週間に2回を限度とし、6週間で1クールとして、1年間に2クールに限り算定できる。

- ※1 在宅自己導尿指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者では膀胱洗浄、後部尿道洗浄、留置カテーテル設置、導尿（薬剤および特定保険医療材料に係わる費用を含む）は算定できない。
- ※2 腎瘻の交換、膀胱瘻の交換は、留置カテーテル設置又は尿路ストーマカテーテル交換法で算定
- ※3 尿路ストーマカテーテル交換法は尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に算定可です。
- ※4 尿路ストーマカテーテル交換法は対称器官同時に行った場合も処置料は一回のみの請求となる。両側の腎瘻交換、両側尿管皮膚瘻交換をおこなっても一回のみの請求となる。

尿管皮膚瘻の交換では、留置カテーテル設置は算定できない。

（平成11年版および平成13年版医科報酬Q&Aより）

問 尿管皮膚瘻から腎盂に留置してあるカテーテルを交換した場合、留置カテーテル設置として算定できるか？

答 算定できない。

問 尿管皮膚瘻で同一日の留置カテーテル設置と腎盂洗浄は併せて算定できるか？

答 腎盂洗浄のみ算定する

【尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等に関して】

透視による確認（透視診断の費用は請求できない）、超音波断層法なども含まれる。

泌尿器科医がカテーテルの位置確認のために行う膀胱洗浄・腎盂洗浄も尿路ストーマカテーテル交換後の確認に用いる画像診断等にあたるとして、膀胱洗浄・腎盂洗浄による位置確認で尿路ストーマカテーテル交換法を認めている都道府県がほとんどである。

「記載要領」

干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

磁気による膀胱等刺激法を算定した場合は、当該療法の初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載すること。

点数が請求できない場合のレセプト記載について
(記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力ください)

留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみの算定となります。この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力ください。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」の請求がでてきます。この中にカテーテル代の請求があります。カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求が出てきません。保険者が納得できるレセプト作成にご協力ください。

第10部 手術

第1節 手術料

第2節 輸血料

第3節 手術医療機器等加算

第4節 薬剤料

第5節 特定保険医療材料料

手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定

手術に伴って行った処置及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、手術料に含まれ別に算定できない。

第3節手術医療機器等加算、第4節薬剤料（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）第5節特定保険医療材料料を合算した点数により算定する。

対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。（検査、処置と異なるところ）

同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

以下の特例を除き、主たるもので算定

- 複数手術に係わる費用の特例で50/100の加算が決められているもの。
- 手術の通則14に通知されている場合（胃手術と腎摘出術、胃切除と直腸切除の組み合わせ）

★ 腎盂尿管癌と膀胱癌があり、腎盂尿管全摘術と膀胱全摘術が併施されたときは、連続性を有する臓器ではあるが手術内容が全く異なるため、遠隔部位の2手術を行う場合と同様と判断されるため審査上、両者の算定が認められている。

第1節 手術料

【泌尿器科外来として算定される主な手術】

皮膚

K000 創傷処理

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------|
| 1 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） | 1,400点 |
| 2 | 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 1,880点 |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） | |
| | イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） | 9,630点 |
| | ロ その他のもの | 3,090点 |
| 4 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） | 530点 |
| 5 | 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） | 950点 |

6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,480点

注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 長径2センチメートル未満 | 1,660点 |
| 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 | 3,670点 |
| 3 長径4センチメートル以上 | 4,360点 |

K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）

- | | |
|---------------------------|--------|
| 1 長径3センチメートル未満 | 1,280点 |
| 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 | 3,230点 |
| 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 | 4,160点 |
| 4 長径12センチメートル以上 | 8,320点 |

腎臓・尿管

- | | |
|----------------------------|---------|
| K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 | 19,300点 |
| K771 経皮的腎嚢胞穿刺術 | 1,490点 |
| K775 経皮的腎（腎盂）瘻造設術 | 13,860点 |
| K775-2 経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき） | 6,000点 |
| K781 経尿道的尿路結石除去術 | |
| 1 レーザーによるもの | 22,270点 |
| 2 その他のもの | 14,800点 |
| K783 経尿道的尿管狭窄拡張術 | 20,930点 |
| K783-2 経尿道的尿管ステント留置術 | 3,400点 |
| K783-3 経尿道的尿管ステント拔去術 | 1,300点 |

膀胱

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| K797 膀胱内凝血除去術 | 2,980点 |
| K798 膀胱結石、異物摘出術 | |
| 1 経尿道的手術 | 8,320点 |
| 2 膀胱高位切開術 | 3,150点 |
| 3 レーザーによるもの | 11,980点 |
| K798-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用） | 8,320点 |
| K800-2 経尿道的電気凝固術 | 9,060点 |

尿道

- | | |
|-----------------|--------|
| K813 尿道周囲膿瘍切開術 | 1,160点 |
| K814 外尿道口切開術 | 1,010点 |
| K815 尿道結石、異物摘出術 | |
| 1 前部尿道 | 2,180点 |
| 2 後部尿道 | 6,300点 |
| K816 外尿道腫瘍切除術 | 2,180点 |

第2章 特掲診療料 第10部 手術―③

K821	尿道狭窄内視鏡手術	15,040点
K821-2	尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K822	女子尿道脱手術	7,560点
K823-6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	9,680点
陰茎		
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,360点
K828	包茎手術	
1	背面切開術	830点
2	環状切除術	2,040点
精巣		
K829	精管切断、切除術（両側）	2,550点
K830	精巣摘出術	3,180点
前立腺		
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770点
K841	経尿道的前立腺手術	
1	電解質溶液利用のもの	20,400点
2	その他のもの	18,500点
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	
1	ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	20,470点
2	ツリウムレーザーを用いるもの	20,470点
3	その他のもの	19,000点
K841-3	経尿道的前立腺高温治療（一連につき）	5,000点
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）	5,000点
K841-5	経尿道的前立腺核出術	21,500点
K841-6	経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K841-7	経尿道的前立腺水蒸気治療	12,300点
K841-8	経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）	18,500点

※ 腎瘻造設や膀胱瘻造設時に使用される「造設用セット」「交換用セット」が廃止され、構成品に基づいた機能区分に分割された。ダイレーター、穿刺針、膀胱瘻用穿刺針に分類された。「いずれの材料も、原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること」とされた。

※ 「経皮的腎瘻拡張術」適正な病名として「腎瘻造設状態：Z936」または「腎瘻の術後：N288」と「水腎症：N133」を確実に入れて頂くようお願いします。

※ 以前から体外衝撃波尿路結石破碎術や経尿道的尿路結石除去術に伴い留置された尿管ステントの抜去が保険請求可能か否かなど議論のあったところである。前回の改定に伴い発出された疑義解釈において、既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて交換のみを行う場合は区分番号「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を併せ

て行った場合は、主たるもののみ算定する。既に留置された尿管ステントについて、内視鏡を用いて抜去のみを行う場合は区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント抜去術を算定するとされた。

診療報酬点数表には記載がありませんが、尿管ステント抜去術がみとめられた改定において、疑義解釈にて「予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められない」とされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

【手術の算定例】

- ◇ K797膀胱内凝血除去術についてTUR-Bt、TUR-Pなどの内視鏡手術の術後の膀胱タンポナーデになった場合に算定
手術ですので麻酔が必要、洗浄液の量で判断（少なくともJ060膀胱洗浄（60点）となります。）
- ◇ 膀胱良性腫瘍で経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った場合
K800-2 経尿道的電気凝固術（9,060点）で算定
- ◇ 尿道狭窄と膀胱癌の手術を同時に行った場合
K803-6 膀胱悪性腫瘍手術・経尿道的手術（12,300点又は10,400点）またはK821尿道狭窄内視鏡手術（15,040点）のどちらか一方で算定
- ◇ 尿道良性腫瘍に対して経尿道的手術を行った場合（コメント要）
K815 尿道結石、異物摘出術 1 前部尿道（2,180点）または後部尿道（6,300点）どちらかで算定
- ◇ 腎尿管悪性腫瘍と膀胱悪性腫瘍の手術を同時に行った場合
（都道府県によって異なる場合があります。）
膀胱全摘出を行わない場合
K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（1・2・3・4・5・6）のどちらか一方で算定
膀胱全摘出を行う場合（コメント要）
K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術（42,770点）又はK803膀胱悪性腫瘍手術（2・3・4・5）の両者算定可

複数手術に係る費用の特例について（平成30年3月20日保医発第0320 1）

- 1 「複数手術に係る費用の特例」別表第一及び別表第三の上（右）欄と下（右）欄に掲げる手術について2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数の他、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。
- 2 「複数手術に係る費用の特例」別表第二に掲げる手術のうち2種類以上の手術を同時に行った場合には、主たる手術の所定点数に、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。なお、当該手術には、緊急的に実施されない場合を含む。
- 3 従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加えて算定する場合、従たる手術の所定点数には注による加算は含まれない。なお、合算の対象となる従たる手術は1種類とする。
- 4 「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。なお、別表第一及び別表第三の左欄に掲げる手術等が必ずしもこれに該当するものではないので留意されたい。

別表第一

K643 後腹膜悪性腫瘍手術	K695 肝切除術 K772 腎摘出術
K716 小腸切除術	K633 ヘルニア手術 K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K714 腸管癒着症手術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K740 直腸切除・切断術	K672 胆嚢摘出術 K695 肝切除術 K711 脾摘出術 K719 結腸切除術 K799 膀胱壁切除術 K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの K843 前立腺悪性腫瘍手術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K751 鎖肛手術	K138 脊椎披裂手術 K191 脊髄腫瘍摘出手術 1 髄外のもの K751-2 仙尾部奇形腫手術 K809-2 膀胱尿管逆流手術 K859 造脛術、脛閉鎖症術
K764 経皮的尿路結石除去術 （経皮的腎瘻造設術を含む）	K781 経尿道的尿路結石除去術
K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術	K619 静脈血栓摘出術 K702 睪体尾部腫瘍切除術 1 睪尾部切除術（腫瘍摘出術を含む。）の場合 K711 脾摘出術 K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術
K780 同種死体腎移植術	K772 腎摘出術

K798 膀胱結石、異物摘出術（経尿道的手術及びレーザーによるものに限る。）	K841 経尿道的前立腺手術 K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの及びツリウムレーザーを用いるものに限る。） K841-5 経尿道的前立腺核出術 K841-6 経尿道的前立腺吊上術
K803 膀胱悪性腫瘍手術	K716 小腸切除術 K719 結腸切除術 K740 直腸切除・切断術 K849 女子外性器腫瘍摘出術 K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式 K877 子宮全摘術 K879 子宮悪性腫瘍手術 K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの K889 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K818 尿道形成手術 1 前部尿道（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	K825 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。）
K819 尿道下裂形成手術	K836 停留精巣固定術
K826-3 陰茎様陰核形成手術	K859 造陰術、陰閉鎖症術 3 腔断端挙上によるもの

別表第二

K534 横隔膜縫合術 K615-2 経皮の大動脈遮断術 K640 腸間膜損傷手術 K647 胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。） K655 胃切除術 K672 胆嚢摘出術 K690 肝縫合術 K695 肝切除術 K701 脾破裂縫合術 K710 脾縫合術（部分切除を含む。） K711 脾摘出術 K712 破裂腸管縫合術 K726 人工肛門造設術 K757 腎破裂縫合術 K769 腎部分切除術 K787 尿管尿管吻合術 K795 膀胱破裂閉鎖術
--

別表第三（略）
複数の腹腔鏡下手術の算定について

平成14年度版Q&Aでは主たるもののみ算定するとあったが、
腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない2手術を同時に行う場合
腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の2手術を行う場合は「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。
なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は「通則3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。
と記載されている。
現状ではどの組み合わせが認められるかは、都道府県により差があると思われる。

第2節 輸血料

輸血における注入量は1日における保存血および血液成分製剤の実際に注入した総量または原材料として用いた血液の総量のうち少ない量により算定する。
不規則抗体検査加算についての算定は歴週（日曜～土曜）単位で算定可能である。

※ 輸血は手術（Kコード）での算定となりますので、実施日の記載が必要です。
「厚生労働省保健局医療課長通達（平成18年3月29日保医発第0329003号）

自己血貯血の際の薬剤の請求について（エスポー、エボジンの使用にあたって）
貯血量800mL以上で1週間以上の貯血期間

薬剤費は外来レセプトで請求
手術予定日、貯血日（次回の貯血予定日又は前月の貯血日）貯血量、投与前の体重、貯血前のHb濃度等の記載要）

保険で認められる必要条件（貯血開始前）
体重70kg以上……ヘモグロビン濃度13g/dL以下
体重70kg未満……ヘモグロビン濃度14g/dL以下

自己血貯血量が算定可（自己血輸血に関係なく）
自己血輸血は、手術時および手術後3日以内に輸血を行ったときには算定可
自己血貯血量当日の注射手技料は算定可（平成20年4月改定より）

自己血貯血に使用する薬剤は以下のものです。

エスポー皮下注6000、9000、12000、24000、
エボジン注1500、3000、6000
エボジン皮下注24000

第3節 K393-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算450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、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算について)

- ◇ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

(人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する事務連絡)

- 問 手術医療機器等加算については、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成24年3月30日医療課事務連絡)の「問180」(編注；「(複数手術に係る費用の特例に関する事務連絡)」参照。)において、従たる手術の費用が算定できない場合には算定できない旨回答されているが、K939-3人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の算定要件に「人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うこと」とあることから、算定要件を満たしていれば告示及び通知(手術「通則14」にて、同一手術野、同一病巣にかかる手術として請求できない等)で人工肛門・人工膀胱造設術の請求ができない場合においても当該加算は請求できると解していいか。

- 答 人工肛門・人工膀胱造設の手術が算定できない場合にあっても、当該加算の算定はやむを得ない。
(平24.8.9 その8・問45)

(厚生労働大臣が定める施設基準「注」)

- ◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「特掲診療科の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第63号)の第十二の三の二の四を参照。

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

- L009麻酔管理料（Ⅰ）は常勤の麻酔科標榜医が行った場合に算定し、L010麻酔管理料（Ⅱ）は常勤の麻酔科標榜医の指導のもと、麻酔科標榜医以外の医師が行った場合に算定する。
- 1つの手術に対し、複数の方法で麻酔を行った場合は主なもので算定する
脊椎麻酔と全身麻酔の同時算定は認められない。
- 静脈麻酔の手技料は、静脈麻酔剤と分類される薬剤を使用して麻酔を行ったときには算定可であるが、ソセゴン・ホリゾン・ドルミカムなどの静脈麻酔薬以外のみを薬剤を使用したときには算定できない。
- 緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外におこなわなければならない。即ち算定日は麻酔の翌日以降であることが望ましい。

※ 膀胱癌の内視鏡手術の際、脊椎麻酔や硬膜外麻酔に閉鎖神経ブロックを併施する場合がありますが、麻酔のルール上併施の請求は認められません。通則では「同一目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。」となっています。しかしながら手術の際、必要の場合もありますので「脊椎麻酔は痛みをとるため、閉鎖神経ブロックは筋肉の反射を抑えるために行う。」それぞれの目的がことなるので両者算定可とします。（平成19年4月14日第17回審査委員懇談会より）

第12部 放射線治療（略）

第13部 病理診断

第1節 病理標本作成料

- 対称器官で左右検査を行った場合、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料として左右1臓器で算定。

例

両側の尿管カテーテル法を行い採取した両側の腎盂尿の細胞診を検査したとき。
両側の尿管皮膚瘻より採取した尿を同時に細胞診に提出したとき。

- ※ 1 尿細胞診は、2穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの190点となります。
- ※ 2 尿は膀胱腔から排出された液体のため（体腔液細胞診）
- ※ 3 膀胱洗浄液・腎盂洗浄液等もこれに該当します（体腔洗浄細胞診）
- ※ 4 「血尿」関連の病名では、月1回可
- ※ 5 「癌の疑い」であれば、月3回まで

不妊手術をすれば、届出を

不妊手術をした時、保健所を通じて都道府県知事に届出を出していますか？泌尿器科医でも産婦人科医でも不妊手術をすれば、母体保護法(旧優生保護法より改正)第25条により届出の義務があります。これに違反したものには、罰金刑(母体保護法第32条)の規定があります。罰金刑に処せられますと、医師法第7条により医師免許の取り消しまたは医業停止処分となりますのでご注意ください。

母体保護法第3条

医師は、次の各号の一に該当する者に対して、本人の同意及び配偶者（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様な事情にある者を含む。以下同じ。）があるときはその同意を得て、不妊手術を行うことができる。ただし、未成年者については、この限りでない。

- 一 妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼすおそれのあるもの
- 二 現に数人の子を有し、かつ、分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれのあるもの
- 2 前項各号に掲げる場合には、その配偶者についても同項の規定による不妊手術を行うことができる。
- 3 第一項の同意は、配偶者が知れないとき又はその意志を表示することができないときは本人の同意だけで足りる。

母体保護法第25条

医師又は指定医師は、第3条第一項又は第14条第一項の規定によって不妊手術又は人工妊娠中絶を行った場合は、その月中の手術結果を取りまとめて翌月十日までに、理由を記して、都道府県知事に届け出なければならない。

母体保護法第26条

不妊手術を受けた者は、婚姻しようとするときは、その相手方に対して、不妊手術を受けた旨を通知しなければならない。

母体保護法第28条

何人も、この法律の規定による場合の外、故なく、生殖を不能にすることを目的として手術又はレントゲン照射を行ってはならない。

母体保護法第32条

第25条の規定に違反して、届出をせず又は虚偽の届出をした者は、これを十万円以下の罰金に処する。

医師法第7条

2 医師が第4条各号のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為があったときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて医業の停止を命ずることができる。

医師法第4条

次の各号のいずれかに該当する者には、免許を与えないことがある。

- 1 省略
- 2 省略
- 3 罰金以上の刑に処せられた者
- 4 前号に該当する者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者

審査用語について

一次審査の容認：医療機関のレセプト内容に問題はありません。

一次審査の査定：医療機関のレセプト内容に問題があります。

A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの

B：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められないもの

C：療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの

D：告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの

一次審査での返戻：レセプト内容に不備があります。このままでは査定となります。そこで一旦、医療機関に戻しますので病名を追加するか、修正するか、症状詳記を追加するなど改良して下さい。その上で再提出して下さい。再審査します。ただし、何の改善・記載等が無ければ査定します。

保険者再審査での容認：一次審査では容認したが、保険者の申し出の通りレセプト内容に問題があり査定となる。

A：療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの

B：療養担当規則等に照らし、医学的に過剰・重複と認められないもの

C：療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの

D：告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの

保険者再審査での原審：一次審査では容認したが、保険者の申し出にもかかわらずレセプト内容に問題がない。

保険者再審査での返戻：レセプト内容に不備があります。このままでは査定となります。そこで一旦、医療機関に戻しますので質問等に回答の上で再提出して下さい。再審査します。傷病名の追加は認められません。

保険者再審査での問合せ：レセプト内容に疑義があります。このままでは査定となります。返戻しますと傷病名の追加・変更やレセプトの再作成等の可能性がありますので問合せを行います。質問等に回答の上で再提出して下さい。再審査します。

保険や審査に関するご質問は事務局までお寄せ下さい。査定や返戻に関しては、該当するレセプト（コピー）と事由（A、B、C、D）を記載して下さい。Q&Aとして会報等でお知らせいたします。尚、名称等個人情報に関する事項は公表しません。

通知において対象疾患・対象患者等がさだめられた検査・病理診断

区分	検査名	対象疾患・対象患者等	目的	備考
検体検査実施料	時間外緊急院内検査加算	入院中の患者以外の患者		
検体検査実施料	外来迅速検体検査加算	入院中の患者以外の患者		
D001 8	トランスフェリン（尿）	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）		
D001 9	アルブミン定量（尿）	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）		
D001 18	シュウ酸（尿）	再発性尿路結石の患者		キャピラリー電気泳動法により行った場合
D002	尿沈渣（鏡検法）	尿中一般物質定性半定量検査若しくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合		
D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	尿中一般物質定性半定量検査若しくは尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合		
D006 27	トロンボモジュリン	① 膠原病 ② DIC若しくはそれに引き続いて起こるMOF	① 診断若しくは経過観察 ② 観察	
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	膀胱がんの患者であって、上皮内癌(CIS)と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者。 同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る	再発の診断の補助	経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。 本検査を実施した場合には、上皮内癌(CIS)と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
D006 29	フィブリンモノマー複合体	静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症	診断及び治療経過の観察	
D007 23	総カルニチン及び遊離カルニチン	① 先天性代謝異常症 ② 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症	① 診断補助又は経過観察 ② 診断補助若しくは経過観察	関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイクリング法により測定した場合
D007 30	シスタチンC	尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合		
D007 32	ペントシジン	尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合		

D007 36	心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性及び定量	急性心筋梗塞	診断	
D007 46	ヒアルロン酸	慢性肝炎の患者	慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認	
D007 53	リポ蛋白リパーゼ (LPL)	高トリグリセライド血症及びLPL欠損症が疑われる場合	鑑別	
D007 59	プロカルシトニン (PCT) 定量又は同半定量	敗血症 (細菌性) を疑う患者		
D007 61	プレセシン定量	敗血症 (細菌性) を疑う患者		
D007 63	1,25ジヒドロキシビタミンD ₃	慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンD依存症 I 型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病	診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD ₃ 剤による治療中	
D008 18	脳性Na利尿ペプチド (BNP)	心不全	診断又は病態把握	
D008 20	脳性Na利尿ペプチド前駆体フラグメント (NT-proBNP)	心不全	診断又は病態把握	
D008 17	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβサブユニット (HCG-β)	HCG産生腫瘍患者		
D008 36	副甲状腺ホルモン関連蛋白 C端フラグメント (C-PTHrP)	① 高カルシウム血症 ② 悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症	① 鑑別 ② 治療効果の判定	
D008 38	副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	① 高カルシウム血症 ② 悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症	① 鑑別 ② 治療効果の判定	
D008 41	エリスロポエチン	① 赤血球増加症 ② 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者 ③ 骨髓異形成症候群に伴う貧血	① 鑑別診断 ② 腎性貧血の診断 ③ 治療方針の決定	
D008 49	ノルメタネフリン	褐色細胞腫	診断又は術後の効果判定	
D009	腫瘍マーカー	診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者		
D009 1	尿中BTA	膀胱癌であると既に確定診断がされた患者	膀胱癌再発の診断	悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定
D009 9	前立腺特異抗原 (PSA)	診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者		
D009 12	核マトリックスプロテイン 22 (NMP22) 定量 (尿)	尿沈渣 (鏡検法) により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者		尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。
D009 21	サイトケラチン 8・18 (尿)	尿沈渣 (鏡検法) により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者		尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。
D009 17	遊離型PSA比 (PSA F/T比)	診療及び他の検査 (前立腺特異抗原 (PSA) 等) の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者		

D009 23	I 型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP)	乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者	骨転移の診断	悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定
D009 31	S2、3 PSA%	前立腺特異抗原 (PSA) の結果が4.0ng/mL以上10.0ng/mL以下であるもの。	前立腺癌の診断	LBA法 (定量) により測定した場合
D009 32	プロステートヘルスインデックス (phi)	(イ) 前立腺特異抗原 (PSA) 値が4.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下 (ロ) 50歳以上65歳未満であって、前立腺特異抗原 (PSA) 値が3.0ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下 (ハ) 65歳以上70歳未満であって、前立腺特異抗原 (PSA) 値3.5ng/mL以上かつ10.0ng/mL以下	診断の確定又は転帰の決定	CLEIA法により、前立腺特異抗原 (PSA)、遊離型PSA及び[-2] proPSAを測定し、プロステートヘルスインデックス (phi) を算出した場合
D009 36	可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R)	非ホジキンリンパ腫、ATL	診断	非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。
D011 6	血小板関連IgG (PA-IgG)	特発性血小板減少性紫斑病	診断又は経過判定	
D011 9	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D011 10	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D011 11	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性	ヘパリン起因性血小板減少症	診断	
D012 28	ノロウイルス抗原定性	当該ウイルス感染症が疑われる以下のいずれかに該当する患者 ア 3歳未満の患者 イ 65歳以上の患者 ウ 悪性腫瘍の診断が確定している患者 エ 臓器移植後の患者 オ 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者		
D012 43	グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体	クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患 (骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等)	診断	
D012 42	(1→3)-β-D-グルカン	① 深在性真菌感染症が疑われる患者 ② 深在性真菌感染症	① 治療法の選択 ② 治療効果の判定	
D014 32	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	急速進行性糸球体腎炎	診断又は経過観察	
D014 34	抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体)	抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群	診断又は治療方針の決定	
D015 30	結核菌特異的インターフェロン-γ産生能	診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者		
D023 5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	① クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なもののクラミジア ② トラコマチスと淋菌の重複感染者	① 治療法選択 ② 治療効果判定	

D023 9	HCV核酸検出	C型肝炎	治療方法の選択及び治療経過の観察	
D023 17	HIV－1 核酸定量	① HIV感染者 ② HIV－1 抗体、HIV－1,2抗体定性、同半定量、HIV－1,2抗原・抗体同時測定定性、同定量、HIV－1,2抗体定量が陽性の場合	① 経過観察 ② 確認診断	
D216-2	残尿測定検査	前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者		
D217	骨塩定量検査	骨粗鬆症	診断及びその経過観察	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定	ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合		
D290-2	尿失禁定量テスト（パッドテスト）	尿失禁患者	定量的な尿失禁の評価	
D317	膀胱尿道ファイバースコピー 「注」の狭帯域光強調加算	上皮内癌（CIS）と診断された患者	治療方針の決定	
D318	尿管カテーテル法（両側）	尿管の通過障害、結石、腫瘍等	検索	

検査の同時算定一覧（泌尿器科関連のみ）

NO	検査名	点数	算定ルール	点数表区分
1	時間外緊急院内検査加算	200	同一日に外来迅速検体検査加算は別に算定できない。	
	外来迅速検体検査加算	10		
2	アルブミン定量（尿）	99	主たるもののみ（3月に1回に限り算定できる。）（同時）	D001 8
	トランスフェリン（尿）	98		D001 9
	Ⅳ型コラーゲン（尿）	184		D001 15
3	尿沈渣（鏡検法）	27	主たるもののみ算定	D002
	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	24		D002 2
4	尿沈渣（鏡検法）	27	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D002
	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	50～64		D017
5	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	24	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D002 2
	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	50～64		D017
6	末梢血液像（自動機械法）	15	主たる検査の所定点数のみ（同一検体）	D005 3
	好酸球数	17		D005 4
	末梢血液像（鏡検法）	25		D005 6
6	ヘモグロビンA1C（HbA1C）	49	同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。	D005 9
	グリコアルブミン	55		D007 17
	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）	80		D007 21
7	膀胱がん関連遺伝子検査	1597	主たるもののみ	D006-15
	細胞診（1部位につき）の「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合	190		N004
8	アルブミン	11	主たるもの2つ	D007 1
	総蛋白	11		D007 1
	蛋白分画	18		D007 4
9	カルシウム	11	いずれか一方（同時）	D007 1
	イオン化カルシウム	26		D007 7
10	クレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）	11	主たるもののみ	D007 1
	イヌリン	120		D007 33
11	HDLーコレステロール	17	主たるもの2つ	D007 3
	総コレステロール	17		D007 3
	LDLーコレステロール	18		D007 4
12	重炭酸塩	48	血液ガス分析のみ（同一検体）	D007 14
	血液ガス分析	131		D007 36
13	ALPアイソザイム	96	主たるもののみ	D007 24
	ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）	180		D007 47
	骨型アルカリホスファターゼ（BAP）	157		D008 26
14	ペントシジン	118	主たるもののみ	D007 32
	シスタチンC	112		D007 30

15	心筋トロポニンI	109	主たるもののみ（同一月）	D007 29
	心筋トロポニンT（TnT）定性・定量	109		D007 29
16	心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）定性及び定量	131	主たるもののみ	D007 36
	ミオグロビン定性又は定量	131		D007 36
17	プロカルシトニン（PCT）定量	276	主たるもののみ	D007 59
	プロカルシトニン（PCT）半定量	276		D007 59
	プレセプシン定量	301		D007 61
	エンドトキシン	229		D012 52
18	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性	55	主たるもの1つ	D008 1
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン- β サブユニット（HCG- β ）	129		D008 17
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定量	130		D008 18
	ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）半定量	130		D008 18
19	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	130	主たるもの1つ（1週間以内）	D008 18
	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）	136		D008 20
	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	221		D008 46
20	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	156	いずれか1つ	D008 25
	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）	156		D008 25
	オステオカルシン（OC）	157		D008 26
	デオキシピリジノリン（DPD）（尿）	191		D008 39
	前立腺特異抗原（PSA）	121	主たるもの	D009 9
	遊離型PSA比（PSA F/T比）	150		D009 17
	S2、3 PSA%	248		D009 31
	プロステートヘルスインデックス（phi）	281		D009 32
21	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定量（尿）	139	いずれか一方	D009 12
	核マトリックスプロテイン22（NMP22）定性（尿）	139		D009 12
	サイトケラチン8・18（尿）	160		D009 21
22	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG抗体）	376	主たるもの	D011 9
	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体（IgG、IgM及びIgA抗体）	390		D011 10
	血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性	420		D011 11
23	梅毒血清反応（STS）定性	15	主たるもの	D012 1
	梅毒血清反応（STS）半定量	34		D012 5
	梅毒血清反応（STS）定量	34		D012 5
24	カンジダ抗原定性、同半定量、同定量	134	主たるもの	D012 23
	アラビニトール	160		D012 32
	アスペルギルス抗原	157		D012 30

	クリプトコックス抗原半定量	166		D012 34
	クリプトコックス抗原定性	169		D012 35
	(1→3)-β-D-グルカン	195		D012 42
25	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152	主なもののみ	D012 29
	クラミジア・トラコマチス核酸検出	188		D023 1
26	淋菌抗原定性	180	細菌培養同定検査のみ	D012 39
	細菌培養同定検査「1」から「6」	60～225		D018
27	淋菌抗原定性	180	主たるもののみ	D012 39
	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152		D012 29
	細菌培養同定検査「1」から「6」	60～225		D018
	淋菌核酸検出	198		D023 2
	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	262		D023 5
28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	152	主たるもののみ	D012 29
	淋菌抗原定性	180		D012 39
	クラミジア・トラコマチス核酸検出	188		D023 1
	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	262		D023 5
29	C反応性蛋白（CRP）定性	16	主たるもののみ	D015 1
	C反応性蛋白（CRP）	16		D015 1
	血清アミロイドA蛋白（SAA）	47		D015 6
30	細菌培養同定検査「1」から「5」	180～225	細菌培養同定検査「1」から「5」のみ（同一検体）	D018
	簡易培養	60		D018 6
31	残尿測定検査 1 超音波検査によるもの	55	主たるもののみ（同一日）	D216-2
	残尿測定検査 2 導尿によるもの	45		D216-2

算定期間の定められている検査(泌尿器科関連で行われているもの)

平成28年の改定で通知により「算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する」とされている。

「算定回数が複数月に一回又は年に一回とされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回である場合は初回である旨）を記載する。

例

月に一回と定められている検査を2月中に施行したときは、3月1日以降になれば再度算定可能

3月に一回と定められている検査を2月中に施行したときは、5月1日になれば再度算定可能

区分番号	検査名	点数		備考
D001 9	アルブミン定量（尿）	99	3月	糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）
D001 8	トランスフェリン（尿）	98	3月	
D001 15	Ⅳ型コラーゲン（尿）	184	3月	
D001 18	シュウ酸（尿）	200	1年	再発性尿路結石患者におこなった場合
D005 9	ヘモグロビンA1C（HbA1C）	49	1月	妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1597	経尿道的手術後2年以内に2回	膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者。同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る
D007 17	グリコアルブミン	55	1月	妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007 21	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）	80	1月	
D007 23	総カルニチン及び遊離カルニチン	95	① 1月 ② 6月	① 先天性代謝異常症 ② 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症
D007 32	ペントシジン	118	3月	
D007 33	イヌリン	120	6月	
D007 30	シスタチンC	115	3月	
D007 62	1,25-ジヒドロキシビタミンD3	388	3月	活性型ビタミンD3剤による治療開始後1月以内においては2回
D008 18	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	130	1月	
D008 20	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）	136	1月	
D008 25	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTX）	156	6月	骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回
D008 25	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	156	6月	診断補助として1回、その後6月以内に経過観察として1回、治療方針変更後6月以内に1回に
D008 24	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	154	6月	治療開始前においては1回
D008 34	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）（尿）	169	6月	治療開始前においては1回

D008 35	I 型コラーゲン架橋C-テロペプチド- β 異性体 (β -CTX)	170	6 月	治療開始前においては 1 回
D008 39	デオキシピリジノリン (DPD) (尿)	191	6 月	骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に 1 回、その後 6 月以内の薬剤効果判定時に 1 回
D009 2	α -フェトプロテイン (AFP)	98	1 月	
D009 9	前立腺特異抗原 (PSA)	121	3 月	検査結果が 4.0ng/mL 以上 3 回を上限
D009 31	S2, 3 PSA%	248	3 月	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3 月に 1 回に限り、3 回を限度
D009 32	プロステートヘルスインデックス (phi)	281	3 月	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3 月に 1 回に限り、3 回を限度
D009 10	PIVKA-II 半定量又は定量	131	1 月	
D026	検体検査判断料		1 月	
D216-2	残尿測定検査 超音波によるもの 導尿によるもの	55 45	1 月に 2 回限度	
D217	骨塩定量検査 DEXA 法による腰椎撮影 MD 法、SEXA 法等 超音波法	360 140 80	4 月	骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定
D286-2	イヌリンクリアランス測定	1280	6 月	
D290-2	尿失禁定量テスト (パッドテスト)	100	1 月	

審査情報提供に関して

審査支払機関における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的・歯科医学的見解に基づいて行われています。

一方、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、審査における一般的な取扱いについて広く関係者に情報提供を行い、審査の透明性を高めることとしております。

このため、平成16年7月に「審査情報提供検討委員会」、平成23年6月に「審査情報提供歯科検討委員会」を設置し、情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例について、情報提供を行ってまいりました。

今後とも、当該委員会において検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしておりますので、関係者の皆様のご参考となれば幸いと考えております。

なお、情報提供する審査の一般的な取扱いについては、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的・歯科医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本提供事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意ください。

平成23年9月（社会保険診療報酬支払基金 ホームページより）

審査情報提供事例（診療行為等）泌尿器科関連のみ

No.	診療行為名等	取り扱い	取り扱いを定めた理由	留意事項
8	血液ガス分析① 《平成17年4月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	急性期の呼吸不全の場合、毎日複数回の血液ガス分析の算定は認められる。	急性期の呼吸不全とは、血液ガス上PaO ₂ の低下、PaCO ₂ の上昇がもたらされる状態であり、血液ガスを正常化させる呼吸管理が治療上最も重要であり、その為には複数回の血液ガス分析は必要と認められる。	1日の必要回数については、個々の病状により異なる。急性期とは、通常、1～2週間程度である。
9	T3、FT3、T4、FT4（併施） 《平成17年4月25日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、T3とFT3、T4とFT4の併施は認められない。T3およびT4、あるいはFT3およびFT4の組み合わせによる併施は認められる。	日常の臨床の場で、甲状腺ホルモンの動向をみるためには、特定の場合を除き総甲状腺ホルモンT3、T4の測定によってのみでも可能であるが、総甲状腺ホルモン（T3やT4）は、血中ではその大部分が蛋白（TBG等）と結合した形で存在しており、実際の生体での作用は遊離系のfreeT3（FT3）、freeT4（FT4）濃度によって決定されることから、病態の把握には遊離ホルモンの測定がより有用となる。また、甲状腺ホルモンの総量と遊離系ホルモン量とは概ね相関して増減することから、特定の場合を除き、甲状腺ホルモンの測定は、その遊離系ホルモン量あるいは甲状腺ホルモン総量測定のいずれかによることが望ましい。	まれに、TBG異常症等でT3・T4とFT3・FT4との間に乖離（かいり）が見られることがあり、臨床的にそのようなことが想定されT3とFT3、T4とFT4の併施測定の医学的必要性が認められる場合に限り認められる。

16	細菌顕微鏡検査(血液培養) 《平成17年 4 月25日新規》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、血液培養の際の検体での細菌顕微鏡検査は認められない。	臨床的に感染症の診療に当っては、原虫類、一部のスピロヘータ類は塗抹検査でその種類を特定できるが、細菌類、真菌類の多くは培養検査の結果を待たなければならない。また、検体塗抹検査によって菌が検出されるためには、材料中に多量の菌の存在が必要であり、化学療法の普及した今日にあっては、塗抹検査で菌の検出されることは極めて限られており、日常診療での有用性は極めて限られていると判断される。	原則として、血液培養の際の検体からの細菌顕微鏡検査は認められないが、マラリア、アメーバ赤痢等顕微鏡検査による形態学的診断が極めて重要な役割を演じる疾患であって、当該疾病を疑う医学的必要性が認められる場合は、D005の7血中微生物検査により算定する。
26	血液ガス分析② 《平成18年 3 月27日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、症状の安定している慢性期の呼吸不全においては、毎日複数回の血液ガス分析の実施は認められない。	室内気吸入時の動脈血酸素分圧(PaO ₂)が60Torr以下の状態が1か月以上持続する状態を慢性呼吸不全というが、慢性期の呼吸不全患者での動脈血ガス分析による経過観察は、通常1～6か月間隔で行う。在宅酸素療法の患者など症状・重症度によっては自ずから頻回の測定が必要となる場合もあり、また適宜外来等においてパルスオキシメーターによる管理も行われるが、連日複数回の血液ガス分析は通常の慢性呼吸不全においてはその必要性は認められない。	慢性呼吸不全の急性増悪期にあっては、連日あるいは1日に複数回の動脈血ガス分析が必要となる場合もあり、このような症例に対しては認められる。
28	梅毒血清反応(STS)定性③ 《平成18年 3 月27日新規》 《平成24年 9 月24日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、内視鏡検査時における梅毒血清反応(STS)定性は認められる。	梅毒は、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
29	HBs抗原定性・半定量③ 《平成18年 3 月27日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成24年 9 月24日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、内視鏡検査時におけるHBs抗原定性・半定量は認められる。	B型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
30	HCV抗体定性・定量③ 《平成18年 3 月27日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成24年 9 月24日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、内視鏡検査時におけるHCV抗体定性・定量は認められる。	C型肝炎は、日常の臨床現場で遭遇することが稀ではない感染症であるが、血液を介して感染が広がるおそれがあることから、内視鏡検査を実施するにあたって感染の有無の確認を行うことに意義は認められる。	
31	インスリン(IRI) 《平成18年 3 月27日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、インスリン(IRI)は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。糖尿病の病態把握、特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要な場合もある。 まれな病型であるが、slowly progressive I型糖尿病においては、発症初期には一見II型糖尿病のような臨床症状を呈する。	C-ペプチド(CPR)との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。 インスリン治療中は認められない。
32	C-ペプチド(CPR)	原則として、糖尿病確定後の患者に対して、C-ペプチド(CPR)は認められる。	糖尿病として診断されても、その型別の判断が困難である症例も見受けられる。特にインスリン抵抗性を知るために、一定間隔での経過観察が必要である。 まれな病型であるが、slowly progressive I型糖尿病においては、発症初期には一見II型糖尿病のような臨床症状を呈する。また、小児・若年の糖尿病においては、発病初期の場合が多く、病型の判定の困難なことがある。	インスリン(IRI)との併施は、インスリン異常症等の場合を除き原則として認められない。
40	血清補体価(CH50) 《平成19年 3 月16日新規》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、初診時に「膠原病の疑い」の病名に対する血清補体価(CH50)は認められる。	血清補体価検査は、その病態にII型・III型アレルギー機序が関与する膠原病(全身性エリテマトーデス、クリオグロブリン血症、血管炎症候群等)では低値を示すことが一般的に知られている。 したがって、CH50は膠原病の診断を進める際に用いる血清補体価検査として有用である。	

44	パルスドプラ法加算① 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、腎悪性腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	腎癌の大半は血管の豊富な腫瘍であり診断的価値は大きい。また腎静脈、下大静脈などへの腫瘍浸潤の診断にも有用である。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、腎血管筋脂肪腫などの血管の豊富な腫瘍では、パルスドプラ法が必要である場合がある。
45	パルスドプラ法加算② 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、尿管腫瘍に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められない。	尿管腫瘍は血流がほとんど存在せず、小さいので診断的価値が小さい。	原則として良性腫瘍では有用性は低いが、進行病変では診断的価値が高いことから、悪性腫瘍、血管病変では必要である場合がある。
46	パルスドプラ法加算③ 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	原則として、精索静脈瘤に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	手術適応の決定の際に、精索静脈の血流状態の診断が必要である。	
47	パルスドプラ法加算④ 《平成19年3月16日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	精索及び精巣捻転症に対して超音波検査（断層撮影法）を施行する場合にパルスドプラ法加算は認められる。	精巣温存のためには緊急手術を要する疾患であり、その手術適応の決定の際に、精巣の血行障害の診断が必要である。	
95	HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量① 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	入院時の検査として、HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量は認められない。	本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。	
96	HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量② 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成24年9月24日更新》 《平成26年9月22日更新》	内視鏡検査時の検査として、HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量は認められない。	本検査は、スクリーニング検査としては、認められない。	
97	呼吸心拍監視① 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	硬膜外麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	硬膜外麻酔による術中・術後において、血圧降下など当然のごとく発生する副作用や術中・術後の出血に伴って発生する偶発事故の兆候を早期に発見するには、呼吸心拍監視を用いる。	手術を伴わない硬膜外麻酔として、硬膜外ブロックでは、偶発事故の発生は少ないことから、呼吸心拍監視の算定については、「心機能の低下があり、神経ブロックによる血圧降下の及ぼす影響が著しく、合併症の危険性が増す」等の医学的に必要な理由がある場合に限られる。
98	呼吸心拍監視② 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	脊椎麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	脊椎麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	
99	呼吸心拍監視③ 《平成20年8月25日新規》 《平成22年5月27日更新》 《平成26年9月22日更新》	静脈麻酔による手術に伴う呼吸心拍監視は認められる。	静脈麻酔を用いる場合、その薬剤の特性から合併症として呼吸停止や血圧降下が見られる。これら術中の合併症の情報を早期に取得するために呼吸心拍監視を用いる。	

100	画像診断① 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	画像診断における腎と尿管は、同一の部位の取扱いとする。	腎・尿管は連続した臓器であり、同一の部位と考えられる。	
101	透視診断① 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	腎盂造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
102	透視診断② 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》 ○	尿管造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
103	透視診断③ 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	膀胱造影撮影時の透視診断については認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
104	透視診断④ 《平成20年 8 月25日新規》 《平成22年 5 月27日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	血管造影撮影時の透視診断は認められない。	透視診断料は、透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。	
156	膀胱洗浄 《平成22年 6 月21日新規》 《平成26年 9 月22日更新》	原則として、寝たきり状態の患者に留置カテーテルを設置し、「膀胱炎、尿路感染症」等の病名がない場合の膀胱洗浄は認められる。	寝たきり老人の場合は、排泄の医学的管理上、膀胱留置カテーテルを設置せざるを得ない場合も多い。特に寝たきりの場合、水分摂取も少なく、砂状の沈殿物も多いため、カテーテルが閉塞するトラブルが多く発生するので、頻回のカテーテル交換を予防するため、膀胱洗浄を必要とすることもある。	膀胱洗浄は、医学的には、尿路感染の機会が増大することから、できるだけ施行しない事が望ましい。
157	アルブミン定量（尿） 《平成23年 2 月28日新規》 《平成24年 9 月24日更新》 《平成26年 9 月22日更新》	糖尿病性早期腎症（第1期又は第2期の記載がないもの。）に対してのアルブミン定量（尿）の算定を認める。	D001の8アルブミン定量（尿）は通知に「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。」とある。 糖尿病診療ガイドラインに糖尿病性腎症病期分類の表が記載されているが、第1期とは尿蛋白（アルブミン）が正常であるもの、第2期とは尿蛋白（アルブミン）が微量アルブミン尿であるものと定義し、第2期を早期腎症と呼称している。傷病名「早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミンを診断できる患者であり、通知に該当すると考えられる。	

295	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA） 《平成26年2月24日新規》 《平成26年9月22日更新》	原則として、ANCA関連血管炎（疑いを含む）に対して、抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）は認められる。	急速進行性糸球体腎炎は急速に腎機能に影響を及ぼす病態の一つの総称であり、具体的傷病名として多くの疾患が包含されている。ANCA関連血管炎は急速進行性糸球体腎炎の様々な原因疾患の中の一つであり、MPO-ANCAの測定はANCA関連血管炎の診断および病態把握に有用であると考えられる。	「ANCA関連血管炎の疑い」に対して、MPO-ANCAを連月算定する場合は、ANCA関連血管炎を疑う所見等のコメントが必要であり、単に「ANCA関連血管炎の疑い」の病名が記載されているだけでは、MPO-ANCAの算定は認められない。
304	HBs抗原① 《平成28年2月29日新規》	原則として、健診等の結果、血液検査の結果及び症状等から、「B型肝炎の疑い」病名がある場合において、スクリーニングを目的として実施した、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原の算定は認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、健診等で肝機能障害や黄疸が指摘された場合や、血液検査の結果及び全身倦怠感に引き続き食欲不振、悪心・嘔吐などの症状からB型肝炎が疑われる場合に実施されており、B型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。 したがって、B型肝炎が疑われた時点で高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	
305	HBs抗原② 《平成28年2月29日新規》	原則として、手術前及び観血的検査前において、スクリーニングを目的として実施した区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原の算定は認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、一般的に手術前及び観血的検査前において実施されており、B型肝炎ウイルスの感染を見逃さないために高感度又は高精度に測定することは臨床上有用である。 したがって、手術前及び観血的検査前において高感度又は高精度の区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	
306	HBs抗原③ 《平成28年2月29日新規》	原則として、「B型肝炎」の抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療をしている経過観察において、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を測定し算定することは認められる。	区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原については、B型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、肝細胞内のB型肝炎ウイルスの増殖の病態を把握するためにHBs抗原定量値を経時的に測定することが最も有用である。 したがって、B型肝炎（診断時以外）患者に対する抗ウイルス療法、肝庇護療法及び免疫療法の治療効果を判定するうえで、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「3」のHBs抗原を実施することは必要と認められる。	

審査情報提供事例（医薬品等）

No.	医薬品等	使用例	使用例において 審査上認める根拠	留意事項
49	アドレナリン①（循環器科2） 《平成19年9月21日新規》 《平成26年9月22日更新》 ボスミン注	原則として、「アドレナリン」を心停止時の心拍再開のため、1回1mg静注（反復投与）した場合、審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	救急蘇生法の指針（日本版救急蘇生ガイドライン）において心停止時のアドレナリン静脈投与は、1回1mg3～5分間隔で追加投与するとされている。
52	ドパミン塩酸塩①（麻酔科2） 《平成19年9月21日新規》 《平成26年9月22日更新》 イノバン注、他後発品あり	原則として、「ドパミン塩酸塩」を「麻酔時の昇圧、乏尿等の急性循環不全の前状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
73	クロタミトン（皮膚科1） 《平成19年9月21日新規》 オイラックス、クロタミトン軟膏	原則として、「クロタミトン」を「疥癬」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
120	インドメタシン①（麻酔科5） 《平成21年9月15日新規》 インドメタシン坐剤、インテダール、インテバン坐剤、インデラニック坐剤、インデラボン坐剤、インメシン坐剤、ミカメタン坐剤	原則として、「インドメタシン【坐剤】」を「癌性疼痛」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
121	アミトリプチン塩酸塩①（麻酔科6） 《平成21年9月15日新規》 《平成26年9月22日更新》 トリプタノール錠	原則として、「アミトリプチン塩酸塩【内服薬】」を「慢性疼痛におけるうつ病・うつ状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。慢性疼痛に併発するうつ症状の改善、慢性疼痛の補助薬として用いられている。	
122	イミプラミン塩酸塩①（麻酔科7） 《平成21年9月15日新規》 《平成26年9月22日更新》 トフラニール錠	原則として、「イミプラミン塩酸塩【内服薬】」を「慢性疼痛におけるうつ病・うつ状態」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。慢性疼痛に併発するうつ症状の改善、慢性疼痛の補助薬として用いられている。	
126	アミオダロン塩酸塩（麻酔科11・麻酔科12） 《平成21年9月15日新規》 アンカロン注	原則として、「アミオダロン塩酸塩【注射薬】」を「難治性かつ緊急を要する場合の、心房細動又は心房粗動」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	緊急を要する心房細動又は心房粗動には、他に用いる薬剤が認められており、本剤を第一選択として用いるべきではないこと。
130	ヘパリン類似物質（皮膚科6） 《平成21年9月15日新規》 ヒルドイドクリーム、ヒルドイドソフト軟膏、ヒルドイドローション、他後発品あり	原則として、「ヘパリン類似物質【外用薬】」を「アトピー性皮膚炎に伴う乾皮症」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
165	フマル酸クエチアピン（神経10） 《平成23年9月26日新規》 セロクエル錠、セロクエル細粒	原則として、「フマル酸クエチアピン【内服薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
166	ハロペリドール（神経11） 《平成23年9月26日新規》 ハロペリドール【内服薬】【注射薬】 セレネース錠、セレネース細粒、セレネース注、他後発品あり	原則として、「ハロペリドール【内服薬】【注射薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	

167	ペロスピロン塩酸塩水和物（神経12） 《平成23年9月26日新規》 ルーラン錠	原則として、「ペロスピロン塩酸塩水和物【内服薬】」を「器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
197	フロセミド（麻酔科17） 《平成23年9月26日新規》 ラシックス注、他後発品あり	原則として、「フロセミド20mg【注射薬】」を「急性・慢性腎不全による乏尿」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
198	ニトログリセリン①（麻酔科18） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ミリスロール注、他後発品あり	原則として、「ニトログリセリン【注射薬】」を「異常高血圧」、「開心術後心不全」、「冠動脈虚血」、「肺動脈性肺高血圧症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
199	バソプレシン（麻酔科19） 《平成23年9月26日新規》 ピトレシン注射液	原則として、「バソプレシン【注射薬】」を「急性低血圧」、「ショック時の補助治療」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
203	アデノシン三リン酸二ナトリウム①（麻酔科23） 《平成23年9月26日新規》 アデホス-Lコーワ注、トリノシンS注射液、ATP協和注、ATP注、他後発品あり	原則として、「アデノシン三リン酸二ナトリウム【注射薬】」を「心房性（上室性）頻脈」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
212	ワルファリンカリウム（循環器科5） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ワーファリン錠	原則として、「ワルファリンカリウム【内服薬】」を「心房細動」、「冠動脈バイパス術」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
214	ピペラシリンナトリウム①（化学療法2） 《平成23年9月26日新規》 《平成26年9月22日更新》 ペントシリン注射用、ペントシリン筋注用、ペントシリン静注用、他後発品あり	原則として、「ピペラシリンナトリウム【注射薬】」を「外傷・熱傷・手術創等の二次感染」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
215	ホスホマイシンナトリウム（化学療法3） 《平成23年9月26日新規》 ホスミシンS静注用、ホスミシンSバッグ点滴静注用、他後発品あり	原則として、「ホスホマイシンナトリウム【注射薬】」を「緑膿菌を含むバイオフィーム等による多剤耐性菌による感染症（他抗菌薬との併用療法）」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
218	メコバラミン②（皮膚科11） 《平成23年9月26日新規》 メチコパール錠、メチコパール細粒【後発品】	原則として、「メコバラミン【内服薬】」を「帯状疱疹」、「帯状疱疹後神経痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
228	カルボプラチン②（耳鼻咽喉科7） 《平成23年9月26日新規》 カルボプラチン点滴静注液、注射用パラプラチン、他後発品あり	原則として、「カルボプラチン【注射薬】」を現行の適応症に対し動脈注射として使用した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	当該医薬品の添付文書に「警告」として、「①本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施すること。適応患者の選択にあたっては、各併用薬剤の添付文書を参照して十分注意すること。また、治療開始に先立ち、

				患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。②本剤を含む小児悪性固形腫瘍に対するがん化学療法は、小児のがん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで実施すること。」との記載があることに留意して、使用されるべきものであること。 また、動脈注射化学療法での使用は、緊急時に十分対応できる医療機関において、十分な経験を持つ医師の下で行うべきであること。
229	シスプラチン②(耳鼻咽喉科8) 《平成23年9月26日新規》 ランダ注、プリプラチン注、プラトシン注、他後発品あり	原則として、「シスプラチン【注射薬】」を現行の適応症に対し動脈注射として使用した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	当該医薬品の添付文書に「警告」として、「【注射液】①本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施すること。適応患者の選択にあたっては、各併用薬剤の添付文書を参照して十分注意すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。②本剤を含む小児悪性固形腫瘍に対するがん化学療法は、小児のがん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで実施すること。【動注用】緊急時に十分に措置できる医療施設において、癌化学療法及び肝動注化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例についてのみ投与すること。」との記載があることに留意して、使用されるべきものであること。 また、動脈注射化学療法での使用は、緊急時に十分対応できる医療機関において、十分な経験を持つ医師の下で行うべきであること。
241	ベンジルペニシリンカリウム②(感染症6) 《平成24年3月16日新規》 注射用ペニシリンGカリウム	原則として、「ベンジルペニシリンカリウム【注射薬】」を「壊死性筋膜炎」に対して「1回200～400万単位を4～6時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
242	クリンダマイシンリン酸エステル(感染症7) 《平成24年3月16日新規》 ダラシンS注射液、他後発品あり	原則として、「クリンダマイシンリン酸エステル【注射薬】」を「壊死性筋膜炎」「毒素ショック症候群」に対して「静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
250	スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム④(感染症15) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 ユナシン-S静注用、ピシリバクタ静注用、他後発品あり	原則として、「スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム【注射薬】」を「皮膚・軟部組織感染症」に対して「1回3gを6時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	

251	セファゾリンナトリウム水和物 (感染症16) 《平成24年3月16日新規》 セファメジンα注射用、他後発品あり	原則として、「セファゾリンナトリウム水和物【注射薬】」を「現行の適応症の重症例」に対し「1回2gを8時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
253	セフトジジム水和物(感染症18) 《平成24年3月16日新規》 モダシン静注用、他後発品あり	原則として、「セフトジジム水和物【注射薬】」を「発熱性好中球減少症」に対し「1回2gを8時間毎、静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	
266	アミカシン硫酸塩②(血液19) 《平成24年3月16日新規》 アミカシン硫酸塩注射液、他後発品あり	原則として、「アミカシン硫酸塩【注射薬】」を「現行の適応症」に対し「1回で1日量を静脈内に投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用に基づいており、妥当と推定される。	
270	チクロピジン塩酸塩②(循環器科9) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 パナルジン錠、パナルジン細粒、他後発品あり	原則として、「チクロピジン塩酸塩【内服薬】」を「心筋梗塞」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
271	アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物③(循環器科10) 《平成24年3月16日新規》 《平成26年9月22日更新》 アデホス-Lコーワ注、トリノシンS注射液、他後発品あり	原則として、「アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物【注射薬】」を「発作性上室頻拍」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
287	イミプラミン塩酸塩②(麻酔科28) 《平成24年9月24日新規》 《平成26年9月22日更新》 トフラニール錠、イミドール糖衣錠	原則として、「イミプラミン塩酸塩【内服薬】」を「末梢性神経障害性疼痛」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
293	カルボプラチン③(泌尿器科1) 《平成26年2月24日新規》 《平成26年9月22日更新》 パラプラチン注射液50mg、同150mg、同450mg、他後発品あり	原則として「カルボプラチン【注射薬】」を「腎機能障害がある尿路上皮癌」に対し点滴静注した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
294	パクリタキセル(泌尿器科2) 《平成26年2月24日新規》 タキソール注射液30mg、100mg、他後発品あり	原則として「パクリタキセル【注射薬】」を「尿路上皮癌(腎機能障害がある場合又は二次化学療法として使用される場合に限る)」に対し、「A法(通常、成人にはパクリタキセルとして、1日1回210mg/m ² (体表面積)を3時間かけて点滴静注し、少なくとも3週間休薬する。これを1クールとして投与を繰り返す。)又はC法(通常、成人にはパクリタキセルとして1日1回80mg/m ² (体表面積)を1時間かけて点滴静注し、週1回投与を3週間連続する。これを1クールとして、投与を繰り返す。)により点滴静注」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	

297	ロキソプロフェンナトリウム水和物③（泌尿器科3） 《平成27年2月23日新規》 ロキソニン錠60mg、ロキソニン細粒10%、他後発品あり	原則として、「ロキソプロフェンナトリウム水和物【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
298	ジクロフェナクナトリウム③（泌尿器科4） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレン錠25mg、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
299	ジクロフェナクナトリウム④（泌尿器科5） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレンSRカプセル37.5mg、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【内服薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
300	ジクロフェナクナトリウム⑤（泌尿器科6） 《平成27年2月23日新規》 ボルタレンサボ、他後発品あり	原則として、「ジクロフェナクナトリウム【外用薬】」を「尿管結石」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
301	ゲムシタビン塩酸塩（泌尿器科7） 《平成27年2月23日新規》 ジェムザール、ゲムシタビン、他後発品あり	原則として、「ゲムシタビン塩酸塩【注射薬】」を「転移を有する胚細胞腫・精巣がん」に対し二次化学療法として静脈内にオキサリプラチン又はパクリタキセルと併用投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
302	ドセタキセル水和物（泌尿器科8） 《平成27年2月23日新規》 タキソテール点滴静注用20mg・80mg、他後発品あり	原則として、「ドセタキセル水和物【注射薬】」を「尿路上皮癌（腎機能障害がある場合又は二次化学療法として使用される場合に限る）」に対し静脈内に投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	
308	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム②（泌尿器科9） 《平成28年4月25日新規》 ティーエスワン配合カプセルT20・T25、ティーエスワン配合顆粒T20・T25 ティーエスワン配合OD錠T20・T25、他後発品あり	原則として、「テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム【内服薬】」をサイトカインおよび分子標的薬治療が困難な場合に限り「腎細胞癌」に対し処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	添付文書に記載されている「警告」に留意して使用されるべきであること。
312	インジゴカルミン注射液（泌尿器科10）《平成29年2月27日新規》	原則として、「インジゴカルミン注射液【注射薬】」を「尿路損傷部位の検索又は尿管口の位置確認」を目的に、「静注又は尿路内注入薬として使用」した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様と推定される。	合併症を予防し、安全・確実な手術の遂行に本剤が術中に使用された場合に限り認める。
316	ガバペンチン（ペインクリック）《平成30年2月26日新規》 ガバペン錠200mg・300mg・400mg、ガバペンシロップ5%	原則として、「ガバペンチン【内服薬】」を「神経障害性疼痛」に対して「通常、成人には、ガバペンチンとして300mg～900mgを1日3回分割経口投与」として処方した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、 <u>妥当と推定される。</u>	当該使用例は、単剤での投与を認める。 また、用量については、症状により適宜増減するが、1日最高投与量は2400mgまでとする。
321	アモキサピン（泌尿器科11） 《平成30年9月28日新規》アモキサピカプセル10mg・25mg・50mg、アモキサピン細粒10%	原則として、「アモキサピン【内服薬】」を「逆行性射精症」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める	薬理作用が同様と推定される。	当該使用例の用法・用量アモキサピンとして1日量25～50mgを1日1回夕食後、あるいは眠前に連日服用する。効果不十分の場合は、1日量75mgまで増量する。また、用時服用では、1回量25～50mgを1時間前に1回服用する。

332	ポリドカノール①(泌尿器科12、大腸肛門1) 《令和元年9月30日新規》エトキシスクレロール1%注射液ポリドカスクレロール1%注2mL	原則として、「ポリドカノール【注射薬】(1%製剤に限る。)」を「ストーマ静脈瘤出血」に対して投与した場合、当該使用事例を審査上認める。	薬理作用が同様であり、妥当と推定される。	使用例のポリドカノールは、1%製剤を液状で使用した場合に限り認められる。 使用例のストーマ静脈瘤出血は、尿路ストーマ(回腸導管、結腸導管)静脈瘤又は消化器ストーマ(回腸ストーマ、結腸ストーマ)静脈瘤からの出血が該当する。 当該使用例の用法・用量ストーマ静脈瘤出血を対象に、静脈瘤内に投与する。なお、静脈瘤内に対する1回の投与量は0.2mL/kg(2mg/kg)以下とする。 また、必要に応じて静脈瘤周囲にも投与する。1回の総投与量は、静脈瘤の状態及び患者の病態により適宜増減するが、静脈瘤内及び静脈瘤周囲への投与を併せて30mL(300mg)以内とする。ただし、静脈瘤内には0.2mL/kg(2mg/kg)以下の投与とする。1回の処置で治療が終了しない場合、次の投与は原則として1週間後とする。ストーマ静脈瘤の硬化退縮不十分例又は増大例に限り、出血予防を目的とした硬化退縮としての投与を認める。添付文書に記載されている使用上の注意等に従い、適正使用に努めること
-----	---	--	-----------------------------	--

改定診療報酬点数表の概要（令和 6 年 6 月 1 日実施）

（詳細及びその他の項目については、本会作成の「改定診療報酬点数表参考資料」をご参照ください。）

1. 基本診療料 ◎は診療所のみ算定可

(1) 初診料		病院・診療所	(2) 再診料・外来診療料		再診料	◎ 時間外対応加算	外来診療料
◆ 一般	時間内	291点	◆ 一般	時間内	75点	1 (常勤常時) : 5点 2 (非常勤常時) 〇: 4点 3 (常勤準夜帯) : 3点 4 (輪番制対応) : 1点 ・継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対応する体制をとること等で全患者の再診料に加算	76点
	時間外加算 (85点)	376点		時間外加算 (65点)	140点		141点
	休日加算 (250点)	541点		休日加算 (190点)	265点		266点
	深夜加算 (480点)	771点		深夜加算 (420点)	495点		496点
	時間外特例 (230点)	521点		時間外特例 (180点)	255点		256点
	夜間・早朝等加算 (50点)	◎ 341点		夜間・早朝等加算 (50点)	◎ 125点		—
◆ 6歳未満乳幼児	時間内 (75点)	366点	◆ 6歳未満乳幼児	時間内 (38点)	113点		114点
	時間外加算 (200点)	491点		時間外加算 (135点)	210点	211点	
	休日加算 (365点)	656点		休日加算 (260点)	335点	336点	
	深夜加算 (695点)	986点		深夜加算 (590点)	665点	666点	
	時間外特例 (345点)	636点		時間外特例加算 (250点)	325点	326点	
(3)その他の加算等 ◇は要届出			初診料	再診料	外来診療料		
情報通信機器を用いた場合◇			253点	75点	75点	※ 1 : 脂質異常症, 高血圧症, 糖尿病, 慢性心不全, 慢性腎臓病 (慢性維持透析を行っていないもの) 又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者	
機能強化加算◇			80点	—	—	※ 2 : 防止策を講じて感染症疑い患者を診療した場合, 更に発熱患者等対応加算〇20点 (月 1 回)	
外来管理加算			—	52点	—	※ 3 : 感染対策向上加算 1 の届出医療機関との連携体制を確保 ※ 2 に更に加算 (月 1 回)	
明細書発行体制等加算			—	◎ 1点	—	※ 4 : サーベイランスに参加 ※ 2 に更に加算 (月 1 回)	
地域包括診療加算 1 / 2 ◇ ※ 1			—	◎ 28点/21点	—	※ 5 : 抗菌薬の適正使用の実績を有する場合 ※ 2 に加算 (月 1 回)	
認知症地域包括診療加算 1 / 2			—	◎ 38点/31点	—	※ 6 : 1・3 はマイナ保険証利用なし, 2・4 は利用ありの場合。初診は月 1 回, 再診等は 3 月に 1 回に限り算定	
外来感染対策向上加算◇ ※ 2			◎ 6点	◎ 6点	—	※ 7 : 医療 D X 推進に係る体制を整備した場合 (月 1 回)	
連携強化加算◇ ※ 3			◎ 3点	◎ 3点	—		
サーベイランス強化加算◇ ※ 4			◎ 1点	◎ 1点	—		
抗菌薬適正使用体制加算◇〇〇 ※ 5			◎ 5点	◎ 5点	—		
医療情報取得加算 1・3 / 2・4 〇〇 ※ 6			3点/1点	2点/1点	2点/1点		
医療 D X 推進体制整備加算◇〇〇 ※ 7			8点	—	—		
看護師等遠隔診療補助加算◇〇〇			—	50点	50点		
(4)ベースアップ評価料等 いずれも 1 日につき			初診	再診等	訪問診療※11	※ 8 : 主として医療に従事する職員 (医師を除く) の賃金改善を行う場合	
外来・在宅ベースアップ評価料 (I) ◇〇〇 ※ 8			6点	2点	128点/〇7点	※ 9 : ※ 8 による賃金改善が一定水準未満の場合	
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) ◇〇〇 ※ 9			8点〜64点	1点〜8点	8点〜64点	※ 10 : 入院基本料等を算定する医療機関が賃金改善に必要な評価の165区分に応じ算定	
看護職員処遇改善評価料◇ ※ 10				1点〜340点		※ 11 : 同一建物居住者等以外の場合イ, それ以外はロを算定	
入院ベースアップ評価料◇〇〇 ※ 9 ※ 10				1点〜165点			

喘息治療管理料 1	1月目	75点	1 外来の喘息患者にピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合（月1回）
喘息治療管理料 2	2月目以降	25点	2 外来の喘息患者（6歳未満又は65歳以上）で、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合（初回に限る）
慢性疼痛疾患管理料		130点	診療所において、慢性疼痛に係る疾患を主病とする外来患者に対し、療養上必要な指導を行った場合（月1回）（介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置等の費用は含まれる）
糖尿病合併症管理料		170点	届出医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有する外来患者に対し、医師又は医師の指示に基づき看護師が30分以上の指導を行った場合（月1回）
耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料		150点	15歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る）の外来患者に対し計画的な医学管理を行い、療養上必要な指導を行った場合（月1回）※耳鼻咽喉科標榜
糖尿病透析予防指導管理料		350点 [305点]	届出医療機関において、別に厚生労働大臣が定める糖尿病の外来患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して透析予防に関する指導を行った場合（月1回）
小児運動器疾患指導管理料		250点	届出医療機関において、20歳未満の運動器疾患を有する外来患者に対して、必要な指導を行った場合（6月に1回限り、初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）
婦人科特定疾患治療管理料		250点	届出医療機関において、器質性月経困難症であってホルモン剤を投与している外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（3月に1回限り）※婦人科又は産婦人科標榜
一般不妊治療管理料		250点	届出医療機関において、一般不妊治療を実施している不妊症の外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（3月に1回限り）。生殖補助医療管理料との併算定不可
生殖補助医療管理料 1	1	300点	届出医療機関において、生殖補助医療を実施している不妊症の外来患者に対し、同意を得て必要な指導を行った場合（月1回）
2	2	250点	
アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	1月目	280点	アレルギー性鼻炎の外来患者に対し、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、同意を得た上で計画的な治療管理を行った場合（月1回）
2月目以降		25点	
慢性腎臓病透析予防指導管理料(新)			届出医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く）で、医師が認めた外来患者に対し、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合（月1回）
イ 初回目から起算して1年以内		300点	[261点]
ロ 初回目から起算して1年超		250点	[218点]

		初診時	再診時	
(6) 小児科外来診療料（1日につき）	処方箋交付	604点	410点	・6歳未満の乳幼児（小児科標榜）
	交付以外	721点	528点	・パリエズマブの投与患者（投与日に限る）には算定しない
(7) 小児かかりつけ診療料（1日につき）	1 処方箋交付	652点	458点	・届出医療機関において、未就学児（6歳以上の場合は6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の外来患者に診療を行った場合（電話等による再診の場合は算定しない）
	交付しない	769点	576点	
	2 処方箋交付	641点	447点	
	交付しない	758点	565点	
<共通>※小児抗菌薬適正使用支援加算：80点（施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症で受診した患者で抗菌薬を使用しないものに対して、指導及び検査結果の説明を行い文書提供した場合に、初診時・月1回に限り算定）				
<包括除外>初診料の機能強化加算、初再診料・外来診療料の時間外加算等、医学管理等通則の外来感染対策向上加算等、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料（Ⅰ）〔7〕のみ、診療情報提供料（Ⅱ）、連携強化診療情報提供料、往診料及び電子的診療情報評価料〔7〕のみ				

(8) 地域連携小児夜間・休日診療料			(要届出 ※小児科標榜) 6歳未満の外来患者（在宅当番医で行う夜間・休日診療は不可）
地域連携小児夜間・休日診療料 1	450点		1：夜間・休日・深夜の医療機関が定めた時間に対応（対応可能時間を地域に周知）
地域連携小児夜間・休日診療料 2	600点		2：24時間診療可能な体制を有し、地域に周知されている
(9) 乳幼児育児栄養指導料	130点	[113点]	小児科担当医が、3歳未満の乳幼児に対する育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合（初診時）※小児科標榜
(10) 地域連携夜間・休日診療料	200点		届出医療機関において、夜間で別に定める時間、休日又は深夜に外来患者に診療を行った場合
(11) 夜間休日救急搬送医学管理料	600点		診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く））にあつては夜間に限る、休日又は深夜において、救急車等により搬送された患者に対して医学管理を行った場合（初診料算定日に限る）
※精神科疾患患者等受入加算：400点 ※救急搬送看護体制加算 Ⅰ：400点 ※救急搬送看護体制加算 Ⅱ：200点			
(12) 外来リハビリテーション診療料			外来患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合
1（7日間に1回限り）	73点		算定日から起算して、1は7日以内、2は14日以内の期間においては、リハビリテーションの実施に係る初診料、再診料、外来診療料は算定しない
2（14日間に1回限り）	110点		
(13) 地域包括診療料			届出医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っているもの）又は認知症のうち2以上の疾患を有する外来患者に対して、患者の同意を得て指導及び診療を行った場合
(月1回、初診日除く）	1	1,660点	
	2	1,600点	
(14) 認知症地域包括診療料			届出医療機関において、認知症以外に1以上の疾患を有する認知症患者（1処方につき5種類を超える内服薬の投薬、1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を併せて3種類を超えて投薬した場合を除く）に対して、患者等の同意を得て指導・診療を行った場合
(月1回、初診日除く）	1	1,681点	
	2	1,613点	
※〔13〕・〔14〕共通：薬剤適正使用連携加算（下記）及び①～⑥を除き包括 ①再診料の時間外加算等②医学管理等通則の外来感染対策向上加算等 ③地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）、連携強化診療情報提供料④在宅医療（訪問診療料、在医総管、施設総管は包括） ⑤投薬（処方料、処方箋料は包括）⑥急性増悪時の検査・画像診断・処置のうち所定点数が550点以上のもの			
※薬剤適正使用連携加算	30点		他医療機関・介護老人保健施設に入院・入所した患者が減薬した際の処方内容についての連携等
(15) 外来腫瘍化学療法診療料			届出医療機関において、悪性腫瘍を主病とする外来患者に対し、外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定（がん患者指導管理料のハ又は在宅自己注射指導管理料は併算定不可）
イ 抗悪性腫瘍剤を投与	i 初回から3回目まで	800点	600点 540点
	ii 4回目以降	450点	320点 280点
ロ イ以外の必要な治療管理を実施		350点	220点 180点
※小児加算：200点（15歳未満）			
・「1」の「イ」の「i」の算定患者には下記を加算			
※連携充実加算：150点（月1回）			
※がん薬物療法体制充実加算(新)：100点（月1回）			
(16) ニコチン依存症管理料			・届出医療機関において、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断された禁煙を希望する患者に対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合。別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は70/100を算定。（1は5回限り、2は初回時に1回限り）
1 イ 初回	230点		・1のロの(2)を算定する場合は、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）は別に算定できない
ロ 2～4回目まで	184点		
(1)対面	155点		
(2)情報通信機器	180点		
ハ 5回目	800点		
2（一連につき）			
(17) がん治療連携指導料		300点	がん治療連携計画策定料 Ⅰ又はⅡを算定した外来患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行い、同意を得た上で計画策定病院に患者に係る診療情報を文書により提供した場合
(18) 認知症療養指導料（月1回）			（治療を行った日の属する月を含め6月を限度）
1 認知症療養指導料 1	350点		1 認知症専門診断管理料 Ⅰを算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
2 認知症療養指導料 2	300点		2 認知症サポート指導料を算定した患者に対する療養計画に基づく治療等*
3 認知症療養指導料 3	300点		3 認知症患者の支援体制確保に協力する認知症サポート医による療養計画に基づく治療等

(19) プログラム医療機器等指導管理料(月1回)	90点	届出医療機関において、主に患者自らが使用するもの(特定保険医療材料に限る)に係る指導管理を行った場合 ※導入期加算(初回月):50点
(20) 薬剤総合評価調整管理料(月1回)	250点 [218点]	6種類以上の内服薬が処方されていた外来患者の処方内容について、総合的に評価・調整し2種類以上減少した場合 ※連携管理加算:50点
(21) 診療情報提供料(Ⅰ) (1人につき月1回)	250点	・別の医療機関での診療の必要を認めた場合(紹介先ごと) ・市町村又は指定居宅介護支援事業者等若しくは指定特定相談支援事業者等 ・保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認めた場合 ・精神障害者施設等に対し、当該入所患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合 ・介護老人保健施設(同一敷地内等は除く)又は介護医療院に対し、患者の紹介を行った場合 ・認知症に関する専門の医療機関等での鑑別診断等の必要を認めた場合 ・小児慢性特定疾病児、医療的ケア児又はアナフィラキシー既往歴若しくは食物アレルギー患者について、通園又は通学する学校等の学校医等に対して必要な情報を提供した場合
※退院時診療状況添付加算:200点 ※ハイリスク妊婦紹介加算:200点 ※認知症専門医療機関紹介加算:100点 ※認知症専門医療機関連携加算:50点 ※精神科医連携加算:200点 ※肝炎インターフェロン治療連携加算:50点 ※歯科医療機関連携加算(1:100点/2:100点) ※地域連携診療計画加算:50点 ※療養情報提供加算:50点 ※検査・画像情報提供加算(Ⅰ 退院患者:200点/Ⅱ 入院中の患者以外の患者:30点)		
(22) 電子的診療情報評価料	30点	届出医療機関が、別の医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る主要な診療記録を電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合
(23) 診療情報提供料(Ⅱ)	500点	診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて患者がセカンドオピニオンを得るための支援を行った場合(1人につき月1回)
(24) 診療情報連携共有料 (1人につき3月に1回)	120点	歯科診療を担う別の医療機関からの求めに応じ、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(提供する医療機関ごと)
(25) 連携強化診療情報提供料	150点	施設基準を満たす医療機関において、患者を紹介した他の医療機関からの求めに応じて診療状況を文書で提供した場合(提供する医療機関ごとに1人につき月1回、妊娠中の患者で頻回の情報提供を要する場合以外は3月に1回)
(26) 薬剤情報提供料(月1回) ※手帳記載加算	4点 3点	処方内容に変更があった場合には、その都度算定可能 薬剤名、用法、用量、効能、効果、副作用、相互作用に関する主な情報を文書(薬袋等)で提供
(27) 栄養情報連携料(入院中1回) ※退院時共同指導料2との併算 定不可	70点	・入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養指導及び入院中の栄養情報を文書で説明し、他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合 ・上記に該当せず、転院又は入所する患者で、栄養管理計画を策定し、入院中の栄養管理情報を文書で他の保険医療機関等の管理栄養士と共有した場合

*診療情報提供料(Ⅰ)、連携強化診療情報提供料の費用を含む

3. 在宅医療

外来感染対策向上加算:6点 発熱患者等対応加算(月):20点 連携強化加算:3点
サーベイランス強化加算:1点 抗菌薬適正使用体制加算(月):5点

*①～③は別に 厚生労働大臣 が定める患者 に行う場合		①在宅療養支援診療所ま たは在宅療養支援病院 で別に厚生労働大臣が 定めるもの(「機能強 化型」)		②在宅療養 支援診療 所または 在宅療養 支援病院 (①以外)	③保険医療 機関(①、 ②以外)	④①～③で 定める以 外の患者 ※	※患者診療時間加算：診療時間が1時間を超えた場合、 30分又はその端数を増すごとに、100点を加算 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算：①の緊急・夜 間・休日・深夜の往診に100点を加算(①～③のみ) ※在宅療養実績加算1又は2：②の緊急・夜間・休日・ 深夜の往診に75点又は50点を加算(①～③のみ) ※看取り加算※：3,000点(在宅ターミナルケア加算を 算定する場合のみ) ※死亡診断加算：200点(看取り加算との併算定不可) ※往診時医療情報連携加算※：200点 ※介護保険施設等連携往診加算※：200点
往診料	昼間	720点	720点	720点	720点	720点	
	緊急	1,570点	1,470点	1,370点	1,045点	1,045点	
	夜間休日	2,420点	2,220点	2,020点	1,370点	1,125点	
	深夜	3,420点	3,220点	3,020点	2,020点	1,205点	
※在宅ターミナルケア加算	往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(Ⅰに限る)	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点		・往診料と在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算は併算定不可 ・(往診の場合)在宅で死亡の患者(往診後24時間以内の在宅以外での死亡も含む)に死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導料1を算定し、かつ往診を実施した場合 ・(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は(Ⅱ)の「Ⅰ」の場合)の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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合
	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(Ⅱに限る)	6,200点	5,200点	4,200点	3,200点		
※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算：1,000点を加算 ※在宅療養実績加算1又は2：750点又は500点を加算 ※酸素療法加算：2,000点を加算(がん患者に酸素療法を行っていた場合)							

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）			在宅患者訪問診療料（Ⅱ）		※在宅ターミナルケア加算については上記を参照 ・（Ⅰ）の「１」、（Ⅱ）の「イ」は末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は週３日を限度（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を認めた場合、当該診療の日から14日以内に行う訪問診療は14日を限度（1月１回に限る）） ・（Ⅰ）の「２」、（Ⅱ）の「ロ」は在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼に応じた場合（末期の悪性腫瘍等の患者以外の患者は訪問診療開始月から６日を限度）
	１（１日につき）	２（月１回）	イ 在総管、施設総管の算定要件を満たす医療機関（１日につき）	ロ イ又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼（月１回）	
イ 同一建物居住者以外の場合	888点	884点	150点	150点	
ロ 同一建物居住者の場合	213点	187点			
※乳幼児加算 400点 ※看取り加算（（Ⅰ）の「１」、（Ⅱ）の「イ」を算定する場合に限る） 3,000点					

在宅がん医療総合診療料（１日につき）		処方箋交付	交付しない	在宅診療又は在宅病において、在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者で通院が困難なものに対し、その同意を得て、計画的な医学管理の下に次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に１週を単位として算定 ①訪問診療又は訪問看護を合わせて週４回以上、②週１回以上の訪問診療、③週１回以上の訪問看護、④院内又は他の医療機関等との連携で、往診及び訪問看護により２４時間対応できる体制等を確保し、往診担当医等の情報を文書で提供している
① 在宅診療又は在宅病（機能強化型）	有床	1,798点	2,000点	
	無床	1,648点	1,850点	
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		150点	150点	
② 在宅診療又は在宅病（①を除く）			1,493点	1,685点
	在宅療養実績加算１		110点	110点
	在宅療養実績加算２		75点	75点
※死亡診断加算：200点 ※小児加算（15歳未満、小児慢性対象は20歳未満）（週１回）：1,000点		※在宅データ提出加算（月１回）：50点		
※在宅医療DＸ情報活用加算（月１回）：10点		※在宅医療情報連携加算（月１回）：100点		※在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

		在宅時医学総合管理料（月1回算定）				施設入居時等医学総合管理料（月1回算定）					
訪問診療	単一建物 診療患者	1 在宅診又は在宅病 （機能強化型）		2 在宅診又は 在宅病 （1以外）	3 1、2 以外	1 在宅診又は在宅病 （機能強化型）		2 在宅診又は 在宅病 （1以外）	3 1、2 以外		
		有床	無床			有床	無床				
(1)月2回以上 （別に定める状態の患者）	①1人	5,385点	4,985点	4,585点	3,435点	3,885点	3,585点	3,285点	2,435点		
	②2～9人	4,485点	4,125点	3,765点	2,820点	3,225点	2,955点	2,685点	2,010点		
	③10人～19人 ^{（1）}	2,865点	2,625点	2,385点	1,785点	2,865点	2,625点	2,385点	1,785点		
	④20人～49人 ^{（1）}	2,400点	2,205点	2,010点	1,500点	2,400点	2,205点	2,010点	1,500点		
	⑤上記以外 ^{（1）}	2,110点	1,935点	1,765点	1,315点	2,110点	1,935点	1,765点	1,315点		
(2)月2回以上 （(1)以外）	①1人	4,485点	4,085点	3,685点	2,735点	3,185点	2,885点	2,585点	1,935点		
	②2～9人	2,385点	2,185点	1,985点	1,460点	1,685点	1,535点	1,385点	1,010点		
	③10人～19人 ^{（1）}	1,185点	1,085点	985点	735点	1,185点	1,085点	985点	735点		
	④20人～49人 ^{（1）}	1,065点	970点	875点	655点	1,065点	970点	875点	655点		
	⑤上記以外 ^{（1）}	905点	825点	745点	555点	905点	825点	745点	555点		
(3)月1回	①1人	2,745点	2,505点	2,285点	1,745点	1,965点	1,785点	1,625点	1,265点		
	②2～9人	1,485点	1,365点	1,265点	980点	1,065点	975点	905点	710点		
	③10人～19人 ^{（1）}	765点	705点	665点	545点	765点	705点	665点	545点		
	④20人～49人 ^{（1）}	670点	615点	570点	455点	670点	615点	570点	455点		
	⑤上記以外 ^{（1）}	575点	525点	490点	395点	575点	525点	490点	395点		
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		①400点	②200点	③100点	④85点	⑤75点	①300点	②150点	③75点	④63点	⑤56点
在宅療養実績加算1		①300点	②150点	③75点	④63点	⑤56点	①225点	②110点	③56点	④47点	⑤42点
在宅療養実績加算2		①200点	②100点	③50点	④43点	⑤38点	①150点	②75点	③40点	④33点	⑤30点
<共通> ※処方箋を交付しない場合の加算：300点 ※別に定める基準を満たさない場合：3について、所定点数の80/100で算定 ※在宅移行早期加算（月1回）：100点 ※頻回訪問加算（1人1回）初回：800点、2回目以降：300点 ※在宅療養移行加算（3の算定患者のみ）1：316点、2：216点、3：216点、4：116点 ※包括的支援加算（(2)～(5)のみ）：150点 ※在宅データ提出加算：50点 ※在宅医療情報連携加算 ^{（1）} ：100点（月1回） ※在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 ^{（1）} （月1回）：200点											

在宅患者訪問看護・指導料 同一建物居住者訪問看護・指導料			在宅患者	同一建物居住者		1及び2：在宅患者（末期の悪性腫瘍等の患者以外）について週3日限度（急性増悪等頻回の訪問看護・指導：月1回、別に厚生労働大臣が定めるものは月2回、週7日（診療の日から14日以内）を限度） 3：届出医療機関が、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている、真皮を越える褥瘡の状態にある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在宅患者に対して、専門の研修を受けた看護師が、他医療機関等の看護師等と共同で行った場合 ○特別地域訪問看護加算：所定点数の50/100
1 保健師、助産師又は看護師	イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	580点 680点	580点 680点	293点 343点		
2 准看護師	イ 週3日目まで ロ 週4日目以降	530点 630点	530点 630点	268点 318点		
3 専門の研修を受けた看護師（月1回）		1,285点	1,285点			
＜1及び2に係る加算（共通）＞○緊急訪問看護加算（1日につき）：265点（月14日まで）/200点（月15日以降）○長時間訪問看護・指導加算（週1日（別に厚生労働大臣が定める者は週3日）限り）：520点○乳幼児加算（1日につき）：130点（別に厚生労働大臣が定める者は180点）○在宅患者連携指導加算（月1回）：300点○在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月2回）：200点○在宅ターミナルケア加算 イ）在宅又は特別養護老人ホーム等で死亡（看取り介護加算等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（看取り介護加算等を算定しているもの）：1,000点○在宅移行管理加算（患者1人につき1回）250点（重症度等高齢の場合）500点○夜間・早朝訪問看護加算：210点、深夜訪問看護加算：420点○看護・介護職員連携強化加算（月1回）250点○訪問看護・指導体制充実加算（月1回）150点○訪問看護医療D X情報活用加算[㊦]（月1回）：5点○遠隔死亡診断補助加算[㊦]：150点 ＜1に係る加算＞○専門管理加算（月1回）：250点 ○難病等複数回訪問加算（1日につき）（在宅患者）1日2回：450点、1日3回以上：800点 （同一建物居住者）1日2回（1）同一建物内1人：450点、（2）同一建物内2人：450点、（3）同一建物内3人以上：400点 1日3回以上（1）同一建物内1人：800点、（2）同一建物内2人：800点、（3）同一建物内3人以上：720点						

救急搬送診療料（救急用自動車等に同乗）		1,300点
※新生児加算：1,500点 ※乳幼児加算（6歳未満）：700点 ※長時間加算（30分超）：700点 ※重症患者搬送加算：1,800点		
救急患者連携搬送診療料（救急搬送診療料との併算定不可）		
1 入院以外	1,800点	2 入院初日 1,200点
3 入院2日目	800点	4 入院3日目 600点
在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）		100点
介護職員等喀痰吸引等指示料（3月に1回）		240点
訪問看護指示料（月1回）有効期間6月以内		300点
※特別訪問看護指示加算（別に定める患者は月2回）		100点
※衛生材料等提供加算		80点
※手順書加算（6月に1回）		150点
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）		
1 同一建物居住者以外の場合		300点
2 同一建物居住者の場合		255点
外来在宅共同指導料 1（在宅療養医療機関）		400点
（1回限り） 2（外来診療医療機関）		600点
在宅自己注射指導管理料（月1回）		
1 複雑な場合	1,230点	情報通信機器 1,070点
2 1以外の場合	イ 月27回以下 650点 ロ 月28回以上 750点	566点 653点
※導入初期加算 580点 ※バイオ後続品導入初期加算 150点		
在宅酸素療法指導 1 チアノーゼ型先天性心疾患		520点
管理料（月1回） 2 その他の場合		2,400点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2の算定患者）		150点
在宅中心静脈栄養法指導管理料		3,000点
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料		2,500点
在宅寝たきり患者処置指導管理料（月1回）		1,050点
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（月1回）		2,250点
1 2		250点
情報通信機器を用いた場合 ^{（1）} （「2」のみ）		218点
※遠隔モニタリング加算（2月限度）（2のCPAP患者）		150点
在宅自己導尿指導管理料		1,400点
在宅自己腹膜灌流指導管理料		4,000点
頻回指導管理（月2回）		2,000点
※遠隔モニタリング加算（月1回）		115点
在宅ハイフローセラピー指導管理料		2,400点
在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 ^{（1）}		1,500点
在宅強心剤持続投与指導管理料 ^{（1）}		1,500点

在宅療養指導管理材料加算	乳幼児呼吸管理材料加算（3月に3回）		1,500点
	注入器加算		300点
	間歇注入シリンジポンプ加算（2月に2回）	1 プログラム付き	2,500点
		2 1以外	1,500点
	注入器用注射針加算（月1回）	1	200点
		2	130点
	酸素ボンベ加算（3月に3回）	1 携帯用	880点
		2 1以外	3,950点
	酸素濃縮装置加算（3月に3回）		4,000点
	呼吸同調式デマンドバルブ加算（3月に3回）		291点
	在宅酸素療法材料	1 チアノーゼ型先天性心疾患	780点
	加算（3月に3回）	2 その他の場合	100点
	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算（3月に3回）		100点
	血糖自己測定器加算（3月に3回）		
	1 月20回以上	350点	4 月60回以上 830点
	2 月30回以上	465点	5 月90回以上 1,170点
	3 月40回以上	580点	6 月120回以上 1,490点
	7 間歇スキャン式持続血糖測定器		1,250点
	※血中ケトン体自己測定器加算（3月に3回） 40点		
	持続皮下注入シリンジポンプ加算（2月に2回） ^{（1）}		
	1 月5個以上	2,330点	2 月10個以上 3,160点
3 月15個以上	3,990点	4 月20個以上 4,820点	
在宅持続陽圧呼吸療法用	1 ASVを使用	3,750点	
治療器加算（3月に3回）	2 CPAPを使用	960点	
在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算		2,000点	
注入ポンプ加算（2月に2回）		1,250点	
在宅経管栄養法用栄養管セット加算		2,000点	
特殊カテーテル加算（3月に3回）			
1 再利用型カテーテル		400点	
2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル			
イ 親水性コーティングを有する			
（160本～1,700点）（2）90本～1,900点（3）120本～2,100点			
ロ イ以外のもの			
3 間歇バルーンカテーテル		1,000点	
在宅ハイフローセラピー材料加算（3月に3回）		100点	
在宅ハイフローセラピー装置加算（3月に3回）			
1 自動給水加湿チャンバーを用いる場合 ^{（1）}		3,500点	
2 1以外の場合 ^{（1）}		2,500点	

4. 検査

(1) 検体検査実施料（通則）

時間外緊急院内検査加算 （1日につき）	200点	外来患者について、緊急のために、診療時間外、休日又は深夜に当該医療機関内で検体検査を行った場合（ただし、この場合、同一日に外来迅速検体検査加算は別に算定できない）
外来迅速検体検査加算 （1項目につき）	10点	外来患者に対し実施した検体検査であって厚生労働大臣が定めるものの結果について、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、各項目の所定点数に加算（5項目を限度）

(2) 検体検査判断料

尿・糞便等検査判断料	34点	生化学的検査（Ⅰ）判断料	144点
遺伝子関連・染色体検査判断料	100点	生化学的検査（Ⅱ）判断料	144点
血液学的検査判断料	125点	免疫学的検査判断料	144点
		微生物学的検査判断料	150点

(3) 採取料

血液採取 （1日につき）	静脈	40点
	その他	6点
	乳幼児加算（6歳未満）	35点
	鼻腔・咽頭拭い液採取	25点

(4) 尿・糞便等検査

尿中一般物質定性半定量検査（院内検査）	26点
尿中特殊物質定性定量検査	
尿蛋白	7点
尿グルコース	9点
尿浸透圧	16点
N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）（尿）	41点
アルブミン定性（尿）	49点
黄体形成ホルモン（LH）定性（尿）	72点
アルブミン定量（尿）	99点
トリブシノーゲン2（尿）	105点
L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）	210点
尿沈渣（鏡検法）（院内検査）	27点
※染色標本による検査の加算	9点
尿沈渣（フローサイトメトリー法）（院内検査）	24点
糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む）	20点
糞便中ヘモグロビン定性	37点
糞便中ヘモグロビン	41点
糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量	56点
穿刺液・採取液検査	
ヒューナー検査	20点
関節液検査	50点
精液一般検査	70点
頸管粘液一般検査	75点
顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、IgE定性（涙液）	100点
顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）	116点

(6) 生化学的検査（Ⅰ）

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシナミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）	11点
リソ脂質	15点
HDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）	17点
LDL-コレステロール、蛋白分画	18点
銅（Cu）	23点
リパーゼ	24点
イオン化カルシウム	26点
マンガン（Mn）	27点
注：1回に採取した血液を用いて上記項目を5項目以上行った場合	
イ 5項目以上7項目以下	93点
ロ 8項目又は9項目	99点
ハ 10項目以上（入院初回に限り20点を加算）	103点
ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム	48点
アンモニア	50点
CKアイソザイム、グリコアルブミン	55点
フェリチン半定量、フェリチン定量	102点
ロイシンリッチ α_2 グロブリン	268点

(8) 免疫学的検査

梅毒トレポネーマ抗体定性	32点
A群 β 溶連菌迅速試験定性	121点
インフルエンザウイルス抗原定性	132点
ノロウイルス抗原定性	150点
アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）	179点
百日咳菌抗原定性	217点
HBs抗原定性・半定量	29点
HCV抗体定性・定量	102点
C反応性蛋白（CRP）	16点
特異的IgE半定量・定量（特異抗原の種類ごと）	110点
※1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は1,430点を限度	
TARC	179点
SCCA2	300点
sFlt-1/PIGF比	340点

(5) 血液学的検査

血液形態・機能検査	
赤血球沈降速度（ESR）（院内検査）	9点
網赤血球数	12点
血液浸透圧、好酸球（鼻汁・喀痰）、末梢血液像（自動機械法）	15点
好酸球数	17点
末梢血液一般検査	21点
末梢血液像（鏡検法）	25点
※特殊染色加算（特殊染色ごと）	37点
DNA含有赤血球計数検査	40点
ヘモグロビンA1c（HbA1c）	49点
デオキシシミジニキナーゼ（TK）活性	233点
骨髓像	788点
※特殊染色加算（特殊染色ごと）	60点
出血時間	15点
プロトロンビン時間（PT）	18点
フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量	23点
活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）	29点
アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原	70点
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（FDP）定量	80点
フィブリンモノマー複合体定性	93点
Dダイマー定性	121点
Dダイマー	127点
Dダイマー半定量	128点
PIVKA-II	143点
トロンビン・アンチトロンビン複合体（TAT）	171点
血小板凝集能	450点
イ 鑑別診断の補助に用いるもの	50点
ロ その他のもの	

(7) 生化学的検査（Ⅱ）

甲状腺刺激ホルモン（TSH）	98点
遊離サイロキシシン（FT ₄ ）、遊離トリヨードサイロニン（FT ₃ ）、コルチゾール	121点
脳性Nアリルペプチド（BNP）	130点

(9) 微生物学的検査

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	50点
蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等	
※集菌塗抹法加算	35点
その他のもの	67点
細菌培養同定検査	180点
（※嫌気性培養加算）	
消化管からの検体	200点
血液又は穿刺液	225点
泌尿器又は生殖器からの検体	190点
その他の部位からの検体	180点
簡易培養	60点
細菌薬剤感受性検査	185点
1菌種	240点
2菌種	310点
3菌種以上	50点
薬剤耐性菌検出	188点
クラミジア・トラコマチス核酸検出	262点
淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	70点
尿素呼吸試験（UBT）	

(10) 生体検査

超音波検査 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）	
イ 訪問診療時に行った場合（月1回）	400点
ロ その他の場合	
(1)胸腹部	530点
(2)下肢血管	450点
(3)その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）	350点
超音波減衰法検査	200点
嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ	600点
喉頭ファイバースコープ	600点
胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140点
大腸内視鏡検査 1 ファイバースコープによるもの	
ハ 上行結腸及び盲腸	1,550点
※バルーン内視鏡加算	450点
膀胱尿道ファイバースコープ	950点

5. 画像診断

【通則】	時間外緊急院内画像診断加算（1日につき）	110点	外来患者について、緊急のために診療時間以外の時間、休日又は深夜に当該医療機関内で撮影及び画像診断を行った場合
------	----------------------	------	--

(1) エックス線診断料

透視診断		110点					
		写真診断	撮影		間接撮影 [診断料・撮影料]	電子画像 管理加算	撮影料の加算
			アナログ	デジタル			
単 純 撮 影	イ 頭部・胸部・腹部・脊椎	85点	60点	68点	所定点数の 50/100により 算定	57点	新生児 80/100
	ロ その他	43点				58点	乳幼児 50/100
特 殊 撮 影（一連につき）		96点	260点	270点		58点	幼児 30/100
造影剤使用撮影		72点	144点	154点		66点	乳房トモシンセシス加算㉞
乳房撮影（一連につき）		306点	192点	202点		54点	100点

(2) 造影剤注入手技

腔内注入及び穿刺注入	イ 注腸：300点	ロ その他：120点
------------	-----------	------------

(3) コンピューター断層撮影診断料

	①コンピューター断層撮影（CT 撮影）（一連につき）		②磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）（一連につき）	
通則	同一月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の80/100に相当する点数 新生児加算 80/100（頭部外傷は85/100）、乳幼児（3歳未満）加算 50/100（頭部外傷は55/100）、幼児（3歳以上6歳未満）加算 30/100（頭部外傷は35/100）			
撮影	イ 64列以上のマルチスライス型	(1)共同利用施設：1,020点 (2)その他の場合：1,000点	1 3 テスラ以上	
	ロ 16列以上64列未満	： 900点	イ 共同利用施設で行われる場合	：1,620点
加算	ハ 4列以上16列未満	： 750点	ロ その他の場合	：1,600点
	ニ イ、ロ又はハ以外の場合	： 560点	2 1.5 テスラ以上3 テスラ未満	：1,330点
			3 1 又は2 以外の場合	： 900点
	造影剤使用加算	500点	造影剤使用加算	250点（脳血管造影は除く）
	冠動脈C T撮影加算	600点	肝エラストグラフィ加算	600点
コンピューター断層診断		(月1回) 450点		
電子画像管理加算		(一連の撮影につき1回) 120点 ※フィルムの費用は算定できない		

6. 投 薬

- ・ 外来患者に治療目的でなくうがい薬のみを投薬した場合には、調剤料、処方料、薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。
- ・ 外来患者に、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合には、調剤料、処方料、超過分に係る薬剤料、処方箋料及び調剤技術基本料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合は、算定できる。

		内服・ 浸煎・ 頓服薬	外用薬	3歳 未満 加算	麻・向 覚・毒 加算	特定疾患処方 管理加算	外来後発医薬品 使用体制加算 (診療所のみ)	一般名処方 加算	向精神薬 調整連携 加算
調 剤 料	外来(1処方につき)	11点	8点	－	1点	－	－	－	－
	入院(1日につき)	7点							
処 方 料 (1処方につき)	内服薬6種類以内	42点	3点	1点	(診療所・200 床未満病院) 56点 (月1回)	1 8点 (90%) 2 7点 (85%) 3 5点 (75%)	－	12点 (月1回 1処方につき)	
	内服薬7種類以上等※1	29点							
	向精神薬の多剤投与※2	18点							
処方箋料 (1交付につき)	内服薬6種類以内	60点	3点	－	－	－	1 10点(※3) 2 8点	－	
	内服薬7種類以上※1	32点							
	向精神薬の多剤投与※2	20点							
調剤技術基本料 (月1回)	入院中の患者	42点	－	－	－	－	－	－	
	※院内製剤加算	10点							
	その他の患者	14点							
薬剤料	・ 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定するものを除く）90／100（1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料） ・ 向精神薬の多剤投与※2 80／100								

- ※1 内服薬7種類以上（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く）の投薬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。
- ※2 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。
- ※3 施設基準を満たす医療機関において、処方内容について、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合。

7. 注 射

【通則】	生物学的製剤注射加算	15点	精密持続点滴注射加算（1日につき）	80点
	麻薬注射加算	5点		

(1) 外来化学療法加算（1日につき）

	15歳未満	15歳以上	・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師、看護師、常勤薬剤師が勤務 ・実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価・承認する委員会を開催 ・化学療法法の経験を有する専任の看護師、当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務
外来化学療法加算1	670点	450点	
外来化学療法加算2	640点	370点	
バイオ後続品導入初期加算 150点（開始月から3月・月1回）			
※静脈内注射、動脈注射、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について、外来患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く）に必要性・危険性等を文書で説明した上で化学療法を行った場合（要届出）			
※同一月に在宅自己注射指導管理料は算定できない。			

(2) 注射実施料（㉞：外来化学療法加算の対象となる注射実施料）

皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25点	1 6歳未満の乳幼児（1日分の注射量が100mL以上）	105点
静脈内注射（1回につき）㉞	37点	2 6歳以上の者（1日分の注射量が500mL以上）	102点
※乳幼児加算（6歳未満）	52点	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る）	53点
動脈注射（1日につき）㉞	155点	※乳幼児加算（6歳未満）	48点
1 内臓の場合	45点	※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	50点
2 その他の場合		中心静脈注射（1日につき）㉞	140点
抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）	165点	※血漿成分製剤加算（1回目の注射）（要文書説明）	50点
中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点	※乳幼児加算（6歳未満）	50点
※乳幼児加算（6歳未満）	500点		

植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）※	125点
※乳幼児加算（６歳未満）	50点
腱鞘内注射	42点
関節腔内注射	80点

結膜下注射	42点
テノン氏嚢内注射	80点
硝子体内注射	600点
※未熟児加算※	600点
腋窩多汗症注射（片側につき）	200点

8. リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーション料

	心大血管疾患	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
(Ⅰ) (1単位)	205点	245点 (147点)	180点 (108点)	185点 (111点)	175点
(Ⅱ) (1単位)	125点	200点 (120点)	146点 (88点)	170点 (102点)	85点
(Ⅲ) (1単位)	—	100点 (60点)	77点 (46点)	85点 (51点)	—
標準的算定日数	150日	180日	120日	150日	90日

・患者１人につき１日６単位（厚生労働大臣が定める患者は９単位）に限り算定できる（個別療法20分を１単位）。

・いずれの実施者による場合も同一の点数を算定。

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

・標準的算定日数を超えた場合、１月13単位に限り算定できる。

・（ ）内の点数は、入院中の要介護被保険者等に対して必要があつて標準的算定日数を超えて行った場合。

初期加算（起算日から14日）	45点（１単位）	急性疾患等の入院患者に対して算定。ただし、初期加算、早期リハビリテーション加算については、一定の要件に該当する患者については、退院後の外来でも算定可
早期リハビリテーション加算（起算日から30日）	25点（１単位） （初期加算との併算定可）	
急性期リハビリテーション加算※	50点（１単位）	
リハビリテーションデータ提出加算	50点（月１回）	診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している保険医療機関において、規定の外来患者に対して算定（要届出）

(2) その他の主なリハビリテーション料

リハビリテーション総合 計画評価料	1	300点	1は介護リハビリテーションの利用を予定しない患者等、2は介護リハビリテーションの利用を 予定している患者が対象（1月1回）。※運動量増加機器加算150点
	2	240点	
目標設定等支 援・管理料	初回	250点	脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーシ ョンを実施している要介護被保険者等に対し、必要な指導等を行った場合（3月に1回限り算定）
	2回目以降	100点	
摂食機能療法 （月4回限度）	30分以上	185点	「30分未満」は脳卒中発症から14日以内に限り算定 ※摂食嚥下機能回復体制加算（週1回に限り算定） 1：210点 2：190点 3：120点
	30分未満	130点	
視能訓練（1日につき）	1 斜視視能訓練	135点	両眼視機能に障害のある患者に対して、その機能回復のため矯正訓練を行っ た場合に1日につき1回のみ算定
	2 弱視視能訓練	135点	
障害児（者）リハビリテーション料（1単位） ※届出医療機関で、厚生労働大臣が定める患者1人につき1日6単位まで算定			
1 6歳未満：225点 2 6歳以上18歳未満：195点 3 18歳以上：155点			

9. 処 置 ○は入院中の患者以外の患者のみ算定可

〔通則等〕

時間外加算１（外来のみ）	80/100	届出医療機関で1,000点以上の処置に限る
休日加算１・深夜加算１（入院・外来とも）	160/100	
時間外加算２（外来のみ）	40/100	150点以上の処置に限る
休日加算２・深夜加算２（外来のみ）	80/100	
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算	60点（１日につき）	耳鼻咽喉科担当医が６歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行った場合（耳垢栓塞除去の乳幼児加算との併算定不可）※耳鼻咽喉科標榜
耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	80点（月１回）	施設基準を満たす医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎で受診した６歳未満の乳幼児に耳鼻咽喉科処置を行い、抗菌薬を使用しないで、指導及び処置結果の説明を行って文書提供した場合
腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）	170点	

区 分	創傷処置	熱傷処置※ ^１	重度褥瘡処置	皮膚科軟膏処置
100cm ² 未満	52点※ ^２	135点※ ^２	90点※ ^２	—
100cm ² ～500cm ² 未満	60点	147点	98点	55点
500cm ² ～3,000cm ² 未満	90点	337点	150点	85点
3,000cm ² ～6,000cm ² 未満	160点	630点※ ^３	280点	155点
6,000cm ² 以上	275点※ ^３	1,875点※ ^３	500点	270点

※１：電撃傷、薬傷及び凍傷を含む ※２：入院中の患者以外の患者及び手術後の入院患者（手術日から14日を限度）のみ算定可 ※３：乳幼児加算（６歳未満） 55点

〔ギプス〕		(2) 義肢採型法	
(1) 四肢ギプス包帯		① 四肢切断の場合（１肢につき）	700点
① 鼻ギプス	310点	② 股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）	1,050点
② 手指及び手、足（片側）	490点	(3) 治療用器具採寸法（１肢につき）	200点
③ 半肢（片側）	780点	(4) 治療用器具採型法	
④ 内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点	① 体幹装具	700点
⑤ 上肢、下肢（片側）	1,200点	② 四肢装具（１肢につき）	700点
⑥ 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,840点	③ その他（１肢につき）	200点
※乳幼児加算（６歳未満） 55/100			
※既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合、所定点数の20/100を算定			

人工腎臓（１日につき）				※時間外・休日加算：380点 ※障害者等加算：140点 ※導入期加算 １：200点 ２：410点 ３：810点 ※透析液水質確保加算：10点 ※長時間加算：150点 ※下肢末梢動脈疾患指導管理加算（月１回）：100点 ※慢性維持透析濾過加算：50点 ※透析時運動指導等加算 75点
慢性維持透析を行った場合	1	2	3	
イ ４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点	
ロ ４時間以上５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点	
ハ ５時間以上	2,171点	2,126点	2,081点	
その他の場合	1,580点			

下肢創傷処置（足部は踵を除く）	
1 足部の浅い潰瘍	135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍	147点
3 足部の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	270点
絆創膏固定術	500点
鎖骨又は肋骨骨折固定術	500点
人工呼吸	302点
1 30分までの場合	302点
2 30分を超えて5時間までの場合	
※30分又はその端数ごとに50点を加算	
3 5時間を超えた場合（1日につき）	
イ 14日目まで	950点
腹臥位療法加算（1回につき）	900点
ロ 15日目以降	815点
※覚醒試験加算（1日につき）	100点
※離脱試験加算（1日につき）	60点
爪甲除去（麻酔を要しないもの）	○ 70点
ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）	
1 持続的吸引を行うもの	50点
2 その他のもの	25点
※乳幼児加算（3歳未満）	110点
局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）（初回貼付加算）	
1 100cm ² 未満	○ 240点
2 100cm ² 以上200cm ² 未満	○ 270点
3 200cm ² 以上	○ 330点
喀痰吸引（1日につき）	48点
※乳幼児加算（6歳未満）	83点
高位浣腸、高圧浣腸、洗腸	65点
※乳幼児加算（3歳未満）	55点
摘便	100点
酸素吸入（1日につき） ※使用した精製水の費用を含む	65点
経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	200点
皮膚科光線療法（1日につき）	
1 赤外線又は紫外線療法	○ 45点
2 長波紫外線又は中波紫外線療法（290nm 以上315nm 以下）	150点
3 中波紫外線療法（308nm 以上313nm 以下に限定）	340点
いぼ焼灼法	1 3箇所以下 210点
	2 4箇所以上 260点
いぼ等冷凍凝固法	1 3箇所以下 210点
	2 4箇所以上 270点
※脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法は、当該項目で算定	
軟属腫摘除	1 10箇所未満 120点
	2 10箇所以上30箇所未満 220点
	3 30箇所以上 350点
面皰圧出法	49点
鶏眼・胼胝処置（月2回に限り）	170点
膀胱洗浄（1日につき）	60点
留置カテーテル設置	40点

10. 手術

- (1) 【通則】
- ・MRSA感染症患者、B型若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対し、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算
 - ・届出医療機関においてマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算
 - ・外用殺菌剤の費用は手術点数に含まれる
 - ・届出医療機関において再製造単回使用医療機器を手術に使用した場合、再製造単回使用医療機器使用加算として、所定点数の10/100に相当する点数を加算
 - ※時間外加算1、休日加算1及び深夜加算1は届出病院で算定

体重1,500g未満加算（一部手術のみ）	400/100
新生児加算（一部手術のみ）	300/100
乳幼児加算（3歳未満）	100/100
幼児加算（3歳以上6歳未満）	50/100

(2) 創傷処理、小児創傷処理（6歳未満）	創傷処理	小児創傷処理
筋肉、臓器に達するもの		
1 長径5cm 未満	1,400点	1,540点
2 長径5cm 以上10cm 未満	1,880点	2,860点
3 長径10cm 以上		4,410点
頭頸部（長径20cm 以上に限る）	9,630点	－
その他	3,090点	－
筋肉、臓器に達しないもの		
1 長径5cm 未満	530点	560点
2 長径5cm 以上10cm 未満	950点	1,060点
3 長径10cm 以上	1,480点	1,950点
※真皮縫合加算（露出部の創傷に限る）：460点		
※デブリードマン加算（当初1回限り）：100点		
（汚染された挫創に行った場合）		
(3) 皮膚切開術	1 長径10cm 未満 640点	
	2 長径10cm 以上20cm 未満 1,110点	
	3 長径20cm 以上 2,270点	
(4) 骨折非観血的整復術		
1 肩甲骨、上腕、大腿	1,840点	
2 前腕、下腿	2,040点	
3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440点	

導尿（尿道拡張を要するもの）	40点
陰唇癒合剥離	290点
前立腺液圧出法	50点
干渉低周波による膀胱等刺激法	○ 50点
腔洗浄（熱性洗浄を含む）	○ 56点
子宮腔部薬物焼灼法	100点
子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）	290点
薬物放出子宮内システム処置	300点
	挿入術 150点
	除去術
眼処置（蒸気罎法、熱気罎法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算を含む）※点眼、洗眼は基本診療料に含まれる	○ 25点
睫毛除去（両側及び上・下眼瞼）	1 少数の場合 ○ 25点
	2 多数の場合 45点
結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点
涙管プージ法（洗浄を含む）	54点
耳処置（両側）	○ 27点
※点耳、簡単な耳垢栓塞除去は基本診療料に含まれる	
鼓室処置（片側）※鼓室洗浄・鼓室内薬液注入を含む	62点
耳管処置	1 カテーテルによる耳管通気法（片側）○ 36点
	2 ポリツェル球による耳管通気法 ○ 24点
鼻処置 ※鼻洗浄は基本診療料に含まれる	○ 16点
副鼻腔自然口開大処置 ※処置に用いた薬剤の費用を含む	25点
口腔、咽頭処置	○ 16点
扁桃処置	40点
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）	○ 32点
副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む）（片側）	
1 副鼻腔炎治療用カテーテル	55点
2 1以外の場合	25点
耳垢栓塞除去（複雑なもの）	1 片側 90点
	2 両側 160点
※乳幼児加算（6歳未満）	55点
ネブライザ	○ 12点
超音波ネブライザ（1日につき）	24点
介達牽引（1日につき）	35点
消炎鎮痛等処置（1日につき）	
1 マッサージ等の手技による療法	35点
2 器具等による療法	35点
3 湿布処置（診療所のみ）	○ 35点
（半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上）	
腰部又は胸部固定帯固定（1日につき）	35点
低出力レーザー照射（1日につき）	35点
肛門処置（1日につき）（診療所のみ）	○ 24点
関節穿刺（片側）	120点
※乳幼児加算（3歳未満）	110点
鼻腔栄養（1日につき）	60点
※間歇的経管栄養法加算（1日につき）	60点

時間外加算1（外来のみ）	80/100
休日加算1・深夜加算1（入院・外来とも）	160/100
時間外加算2（外来のみ）	40/100
休日加算2・深夜加算2（入院・外来とも）	80/100

(5) 関節脱臼非観血的整復術	
1 肩、股、膝	1,800点
2 胸鎖、肘、手、足	1,560点
3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	960点
(6) 角膜・強膜異物除去術	640点
(7) 水晶体再建術	
1 眼内レンズを挿入する場合	イ 縫着レンズ 17,840点
	ロ その他のもの 12,100点
2 眼内レンズを挿入しない場合	7,430点
3 計画的後囊切開を伴う場合	21,780点
※水晶体囊拡張リングを使用した場合の加算	1,600点
※高次収差解析加算（1のイのみ）（手術前後1回限り）	150点
(8) 後発白内障手術	1,380点
(9) 外耳道異物除去術	1 単純なもの 260点
	2 複雑なもの 850点
(10) 鼓膜切開術（1日につき）	830点
(11) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	
1 長径2cm未満	5,000点
2 長径2cm以上	7,000点
※消化管ポリポーシス加算（年1回）	5,000点
※病変検出支援プログラム加算	60点
(12) 人工授精	1,820点
(13) 帝王切開術	1 緊急帝王切開 22,200点
	2 選択帝王切開 20,140点
※複雑な場合の加算	2,000点

編集後記

昨年秋に財務省の財政制度等審議会により財務省により行われた医療法人立の診療所の機動的調査を踏まえた提言がなされ、診療報酬本体のマイナス改定が適当であるとし、診療所の点数は初・再診料を中心に「5.5%」引き下げ、また診療報酬全体としても1%の引き下げが主張されました。これに対して日本医師会を中心として、物価高騰による影響、人件費高騰により医療人材確保のため大幅なプラス改定が必要だとの主張が展開されていました。

結果は財務大臣と厚労大臣の折衝の結果、+0.88%で決着しましたが、この時点で使い道が決定された内容となっていました。内容は看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種のベアにあてるために+0.61%、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料の適正化で-0.25%、その他+0.46%（40歳未満の医師や事務職員の賃上げ（+0.28%）を含む）とされていました。改定のプラス部分はほとんどが賃上げにあてるためのものであり、それを除けば実質マイナス改定です。診療報酬改定に対する中医協の役割がないがしろにされていく状況に不安を感じてしまいます。

今回は泌尿器科には大きな影響はありませんでしたが、今後はかかりつけ医機能がクローズアップされていく状況にあり泌尿器科医にも大きな影響が生じてくる可能性が否定できません。泌尿器科医会も組織率をあげ発言力を強くしていく必要があると強く感じています。

副会長 正井基之

発行



一般社団法人 日本臨床泌尿器科医会

発行責任者

清原久和

編集責任者

「保険診療の手引き」編集委員会

製作

(株)プランニング フォレスト

会員のみ配布

※コピー、転用不可