

耳鼻咽喉科領域の医科診療報酬点数表の抜粋

岐阜市耳鼻咽喉科医会のひろば 江崎俊夫 作成日：平成 26 年 3 月 26 日

耳鼻咽喉科領域の関連事項をまとめました。この内容は、余分な資料が多すぎますが、日本耳鼻咽喉科医会（TEL03-5524-5230）「耳鼻咽喉科 点数一覧表」の下原稿のために作成したためです。

平成 26 年度の診療報酬改定で、開業医が注意点は

- ・初・再診料の点数は消費税のために増点になりました。
- ・診療所の入院では管理栄養士を雇用しなくても入院基本料は減点されません。
- ・うがい薬を単独処方する場合には咽頭炎、扁桃炎、口内炎などの病名を記載してください。
- ・インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者には、インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性 150 点。
- ・緊急内視鏡を外来患者に実施した場合には、時間外加算 +40%、休日又は深夜加算 +80%。
- ・K000 創傷処理又は小児創傷処理は、第 1 回目の治療で算定し、翌日以後は J000 創傷処置で算定することが明文化されました。同じ月に創傷処理又は小児創傷処理を 2 回算定できません。
- ・内視鏡手術の新設があり、その他、外耳道異物除去術 2. 複雑 710 点↓、経鼓膜換気チューブ（2）長期留置型 2,330 円↓などが主な変更です。
- ・後半の手術点数は、平成 26 年 2 月 12 日中央社会保険医療協議会 総会 [別紙 1-1（医科診療報酬点数表）（PDF：3.154KB）](#)（点数対比表 P320）には増減が分かるように色分けがされていますのでそれを貼りつけました。

参考資料：

- ・3 月 05 日 厚労省 HP 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）
- ・3 月 05 日 厚労省 HP 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（通知）P 436
- ・3 月 06 日 日 医 HP 平成 26 年度診療報酬改定について〔具体的改定項目〕P 275
- ・3 月 20 日 日 医 ニュース 改定診療報酬点数表の概要 P 8

なお、詳細は、社会保険研究所の医科診療報酬点数表より、医学通信社（03-3512-0251：代表）の診療報酬早見表の方がフルカラーの機能的レイアウトで分かりやすい。医学通信社の診療報酬早見表だけでも十分に 2 年間対応できる。

診療報酬の算定方法 太字は改定点数。

1 医科診療報酬点数表

■ 初・再診料

A000 初診料 282 点

◇ 低紹介率病院の初診時の患者の取り扱い(6)

他の医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注 2」又は「注 3」の点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合に、患者に対し十分な情報提供をし、同意があった場合は、「注 1」との差額を選定療養として、その費用を患者から徴収する。なお、健康診断等の医師が治療の必要性を認め、診療が可能な保険医療機関を特定し、文書による紹介を行った患者は、紹介のある患者とみなすことができる。

注 2. 低紹介率初診料（特定機能病院、地域支援病院）紹介状のない場合 209 点

(6) 特定機能病院と地域医療支援病院（許可病床 500 床以上）で、紹介率 50%未満かつ逆紹介率 50%未満の施設

注 3. 低紹介率初診料（特定機能病院、地域支援病院以外）紹介状のない場合 209 点

(6) 注 2 に該当する病院と病院（一般病床 200 床未満）を除き、紹介率 40%未満かつ逆紹介率 30%未満の施設

(7) 低紹介率は平成 25 年 4 月から、注 3 は平成 27 年 4 月から適用。

毎年 10 月 1 日に紹介率や逆紹介率が基準より低い病院は地方厚生局に報告をして、翌年の 4 月 1 日から対象となる。対象病院は選定医療の届出をして、患者から費用を徴収する。報告後の 10 月から 3 月までの連続する 6 か月の実績が基準を上回れば、翌年の 4 月 1 日までに地方厚生局に報告すると対象外となる。

報告は自己申告で、対象期間は 10 月の報告の翌年 4 月 1 日から翌々年 3 月 31 日までである。

注 4. 初診料（妥協率 50%以下） 209 点

(10) 平成 26 年度 新規項目：病院（許可病床数 200 床以上）に限る。

妥協率とは、薬価基準収載の医療用医薬品の納入に関して、特定機能病院などの医療機関と卸売販売業者との間で取引価格が決められた薬価の総額を、その医療機関がその卸売販売業者から購入した薬価の総額で割った数値をいう。毎年 9 月末日までに妥協率が 50%以下であれば適応になる。

妥協率が 30%の場合とは、医薬品の取引価格の 30%は総額値引き交渉が成立しているが、70%は成立していないことになり、毎年 9 月の医薬品価格調査の障害となるため、保険点数が減点されることになった。

注 5. ← 注 3 から変更

初診料（同一２科目）	141 点
注２から注４に該当する病院の初診料（同一２科目）紹介状のない場合	104 点
A001 再診料	72 点
注２. 再診料（妥協率 50%以下）	53 点
注３. 再診料（同一日２科目）	36 点
注２の該当病院の再診料（同一日２科目）	26 点
注８. 外来管理加算 ←注７の数字変更	+52 点
注９. 電話再診 ←注８の数字変更 （外来管理加算、地域包括診療加算は算定できない。）	
注１２. 地域包括診療加算（参考に：耳鼻科？）	+20 点
施設基準を地方厚生局に届け出た医療機関で、脂質異常、高血圧、糖尿病、認知症の内、２つ以上の疾患を有する患者に指導や診療を行なった場合。	
A002 外来診療料	73 点
◇ 低紹介率病院の再診時の患者の取り扱い(2) 他の病院（一般病床の病床数 200 床未満）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、転医することなく再診した場合は、「注２」又は「注３」の点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合に、患者に対し十分な情報提供をし、同意があった場合は、「注１」との差額を選定療養として、その費用を患者から徴収する。	
注２. 低紹介率外来診療料（特定機能病院、地域支援病院）	54 点
注３. 低紹介率外来診療料（特定機能病院、地域支援病院以外）	54 点
注４. 外来診療料（妥協率 50%以下）	54 点
注５. 外来診療料（同一日２科目）	36 点
注２から注４に該当する病院の外来診療料（同一日２科目）	26 点
■ 入院	
通則 7. 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制は、厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第３節特定入院料が算定できる。 第４節短期滞在手術基本料は対象外。	
通則 8. 栄養管理体制に関して厚生労働大臣が定める基準を満足さない医療機関（診療所以外）	
は、各入院料基本料が減点される。	1 日に－40 点
編注. 平成 26 年 3 月 20 日 日医ニュースでは 11. 入院 要件等 ②栄養管理体制の要件化の見直し（有床診療所）前回の改定で入院基本料の算定要件とされた「管理栄養士の配置」は廃止された。 通則 8 の対象は診療所を除いた医療機関＝病院のことで、管理栄養士を雇用しないと入院基本料が減点されることになった。	
◇ 入院料の通則における栄養管理体制の基準	
①医療機関に常勤の管理栄養士（有床診療所では非常勤でも可）が 1 名以上配置されていること。	
②平成 24 年 3 月 31 日に、改正前の栄養管理実施加算の届出を行っていない病院は、①の基準を満たしているものとする経過措置を平成 26 年 6 月 30 日まで延長。	
◇ 「病院の栄養管理体制について」	
引用：平成 26 年度 診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 2014 年 3 月 10 日版 平成 26 年 7 月 1 日以降の病院（診療所以外）では	
ア. 常勤の管理栄養士を配置した場合は	→ 通常の入院基本料等を算定する。
イ. 非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を配置した場合は	→ 入院基本料等の点数から 1 日に 40 点を減点
ウ. それ以外の場合は	→ 特別入院基本料を算定。
A108 有床診療所入院基本料	
◇ 有床診療所入院基本料 1～3 省略	
1～3 の施設基準は、看護配置に加えて、①在宅療養支援診療所、②過去 1 年間の急変時の入院件数 6 件以上、③夜間看護配置加算 1 又は 2、④時間外対応加算 1、⑤新規入院患者のうち他医療機関の一般病床からの受入が 1 割以上、⑥過去 1 年間の看取り件数 2 件以上、⑦全身麻酔等患者数 30 件以上、⑧医療資源が少ない地域にある、⑨介護保険のリハビリ等の実績がある又は居宅介護支援事業所、⑩分娩件数 30 件以上、⑪乳幼児加算・幼児加算等を算定などの条件のうち、2 以上に該当していることが必要で、地方厚生局に届出をする。	
◇ 有床診療所入院基本料 4～6	

入院基本料	4	5	6
看護職員 配置基準	7人以上	4～6人	1～3人
14日以内	775点	693点	511点
15日～30日	602点	520点	477点
31日以上	510点	469点	450点
栄養管理実施加算	常勤の管理栄養士が1名以上 12点		

◇ 経過措置：有床診療所4～6の届出について

- ・ 平成26年3月31日までに有床診療所入院基本料1、2又は3を算定していた有床診療所であれば、新たな届出をしなくても、それぞれ新有床診療所入院基本料4、5又は6を引き続き算定する。

注10. 栄養管理実施加算

+12点

◇ 栄養管理体制その他の事項の施設基準を地方厚生局に届出した診療所。

キ. 管理栄養士が1名以上常勤でなければ算定できない。

ク. この加算を算定すれば、B001 10. 入院栄養食事指導料は、算定できない。

A109 有床診療所療養病床入院基本料 省略

A400 短期滞在手術等基本料

1. 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,856点
2. 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 4,918点
生活保護 4,890点
3. 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

○ 施設基準は「基本診療科の施設基準」別添5に掲載されている。

注意：短期滞在手術等基本料3は、診療所を除く医療機関が対象である。また、終夜睡眠ポリグラフィーは、急性脳血管障害等で緊急入院中の患者に実施した場合に算定する。(3)

- イ. D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合 16,773点
生活保護 16,702点
- ロ. D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 点感圧センサーの睡眠評価装置を使用した場合 9,383点
生活保護 9,312点
- ハ. D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,638点
生活保護 9,567点

注1. 施設基準を地方厚生局に届出した医療機関に算定する。

- ・ 短期滞在手術等基本料1：同一日に入院及び退院した場合で、対象疾患はK005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）3. 4cm以上（6歳未満に限る）、K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）。
- ・ 短期滞在手術等基本料2：入院した日の翌日までに退院した場合で、対象疾患はK508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡による）、K510 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は、気管支ファイバースコープ）。
- ・ 患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、1と2の基本料は算定できない。

注2. 短期滞在手術等基本料3は、診療所を除く医療機関（診療所を除く。）で、入院した日から起算して5日までの期間の場合は算定する。

- ・ 患者が同一の疾病で、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、3の基本料は算定できない。

(3) D237の1、D237の2、D237の3の終夜睡眠ポリグラフィーは、原則として入院で実施されるべきものではないので、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院で、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合に該当し、必要性に関する医学上の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。ただし、手術に関して入院5日以内に別の手術を行った場合や、検査に関して入院5日以内に手術を行った場合には、短期滞在手術等基本料3を算定できない。例えば、眼科で、両眼の手術を行った場合のように、入院5日以内に該当する手術と同じ手術を複数回実施した場合は、短期滞在手術等基本料3を算定する。また、入院5日以内に他の医療機関に転院した場合は、医療機関及び転院先の医療機関は共に、短期滞在手術等基本料3を算定できない。

注3. 第2章 第3部 検査、第4部 画像診断、第11部 麻酔の主なもの（省略）は、1の基本料に含まれる。

注4. 第1章 基本診療科及び、第2章 第3部 検査、第4部 画像診断、第11部 麻酔の主なもの（省略）は2の基本料に含まれる。

注5. 第1章 基本診療科、第2章 特掲診療科に掲げるものは、3の基本料に含まれる。

■ 医学管理 B

B001 特定疾患治療管理料

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

注1. イは、病院で、特別食を必要とする入院中の患者に医師の指示で常勤の管理栄養士が具体的な献立で指導を行った場合に、入院中に2回を限度として算定する。

(1) 病院で常勤の管理栄養士が医師の指示で患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を交付し、概ね15分以上、栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。

注2. ロは、診療所で、特別食を必要とする入院中の患者に診療所の医師の指示で派遣の管理栄養士が具体的な献立で指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

(1) 有床診療所で、栄養ケア・ステーション及び他の保険医療機関から派遣された管理栄養士が、診療所の医師の指示に基づき、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。

2 小児科外来診療料（1日 3歳未満 往診含む）

1. 院外処方せん	イ. 初診時	572点	ロ. 再診時	383点
2. 院内投薬	イ. 初診時	682点	ロ. 再診時	493点

B009 診療情報提供料（I）

注13 歯科医療機関連携加算 +100点

◇ 医療機関が歯科診療の必要を認めて、歯科医療機関に診療情報の文書を添えて、紹介した場合に算定する。

(22) 患者に関する情報提供を、ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア. 歯科を標榜していない病院が、悪性腫瘍手術（病理診断で悪性腫瘍と確認された場合に限る。）、第8款の心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術又は造血幹細胞移植の手術を行う患者に、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する医療機関に情報提供を行った場合。

イ. 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の医師が、訪問診療を行った栄養障害の患者に、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合。

■ 在宅 C

C000 往診料

注1の緊急往診加算、夜間・深夜加算算定要件

(2) 緊急往診加算は医療機関の標榜時間内で往診した場合に算定する。

(6) 夜間（深夜を除く）の時間帯は午後6時から午前8時まで、深夜の時間帯は午後10時から午前6時までとする。時間帯は、A000 初診料やA001 再診料などの時間外等の加算に統一された。

■ 検査 D

編注：平成27年4月1日から臨床検査技師等に関する法律が改正され、検体の採取を行うことができるようになる。例えば、臨床検査技師が医師の具体的指示があればインフルエンザやアレルギーの検査の鼻腔拭い液による検体採取ができる。医師しか検体採取ができないと思われているが、臨床検査技師ができるならば、看護師・准看護師でもできることを意味している。

第1款 検体検査実施料 通則

1. 時間外緊急院内検査加算：外来患者の時間外、休日、深夜（1日） +200点

D006 出血・凝固検査

注. イ. 3項目又は4項目 530点 ロ. 5項目以上 722点

D008 内分泌学検査

注. イ. 3項目以上5項目以下 410点 ロ. 6項目又は7項目 623点
ハ. 8項目以上 900点

D009 腫瘍マーカー

注. イ. 2項目 230点 ロ. 3項目 290点
ハ. 4項目以上 420点

D012 感染症免疫学的検査

25. 梅毒トレポネーマ抗体（FTA—ABS 試験）定性 146点
25. 梅毒トレポネーマ抗体（FTA—ABS 試験）半定量 146点

27. インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原 定性 150 点
 (20) ELISA 法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。

※ 内視鏡検査の通則

5. 時間外等の加算

- ・ 時間外、休日、深夜加算 +40/100、+80/100、+80/100
- ・ A000 注7ただし書き（夜間救急専門医療機関）が外来患者に緊急内視鏡を実施 +40/100
- (3) 外来患者の算定要件
 - ア. 時間外、休日、深夜加算が算定する初診又は再診に引き続いて実施された緊急内視鏡の場合。
 - イ. 開始時間が初診又は再診から 8 時間以内に緊急内視鏡を実施し、更に時間外（医療機関が表示する時間外）、休日、深夜に該当する時間帯の場合。（内視鏡検査の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）
- (4) 入院患者の算定要件
 - 症状の急変により緊急内視鏡を実施した場合で、開始時間が休日または深夜である場合。
- (3) 内視鏡検査が医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。
- (6) 同一の患者で同一月に同一検査を 2 回以上実施した場合には、2 回目以降の検査は、内視鏡の点数及び時間外等の加算を合計した点数の 100 分の 90 に相当する点数とする。

■ 画像診断 E

通則

- ◇ 画像診断管理加算 1 及び 2 は医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、加算は算定できない。(5)
- 4. 画像診断管理加算 1（月 1 回 地方厚生局に届出の必要） +70 点

第 1 節 エックス線診断料 通則

- 4. 電子画像管理加算（一連につき以下の点数を加算）
- (1) 画像を電子化して管理及び保存した場合とは、**デジタル撮影**した画像を電子媒体に保存して管理した場合である。フィルムへのプリントをしてもこの加算を算定するが、フィルムの費用は算定できない。
- ◇ デジタル撮影
 - X線撮影後に、アナログ画像をフィルムで保存したものをデジタル映像化するのではなく、フィルムレスで、直接にデジタル画像にすることを意味している。

第 2 節 核医学診断料

- E101-4 ポジトロン断層・磁気コンピューター断層複合撮影（1 連の検査） 9,160 点
 注 省略

E102 核医学診断（核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月 1 回に限る）

- 1. E01-2 ポジトロン断層撮影、E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、E101-4 ポジトロン断層・磁気コンピューター断層複合撮影(一連)の場合 450 点
- 2. 1 以外の場合 370 点
- (1) 核医学診断料は、E100 シンチグラム、E101-2 ポジトロン断層撮影、E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、E101-4 ポジトロン断層・磁気コンピューター断層複合撮影までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず月 1 回の算定し、初回のシンチグラム、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び、ポジトロン断層・磁気コンピューター断層複合撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において入院及び外来の両方又は、入院中に複数の診療科でシンチグラム、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び、ポジトロン断層・磁気コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、入院または外来又は診療科の別にかかわらず月 1 回に限り算定する。

E200 コンピューター断層撮影（CT 撮影：一連）

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

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影：一連）

- 1. 3 テスラ以上の機器による場合 1,600 点
- 2. 1.5 テスラ以上の機器による場合 1,330 点

■ 投薬 F

第5 部 投薬 通則の上

注意：平成 26 年度から、**外来患者（往診患者も含む）にうがい薬のみを投与された場合は、うがい薬に係る調剤料、処方料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料は算定できない。**

なお、うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないが、治療を目的とする場合は、算定できる。うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

編注：「低薬価薬剤の具体的取扱いについて」平成 14 年 5 月 21 日付保医発第 0521001 号及び「診療報酬請求書等の記載要領等について」平成 18 年 5 月 8 日付保医発 0508001 号には、175 円以下の薬剤のうち「その発症が類推できる傷病は、傷病名を記載する必要がないものとする。」とあり、うがい薬単独では 175 円以下なので傷病名を記載しなくてもよいとされていた。平成 26 年度改定より、うがい薬を単独投薬する場合は、効能・効果の「咽頭炎、扁桃炎、口内炎」などの傷病名が必要となる。

第1 節 調剤料

F000 調剤料

注 1. 麻薬加算(調剤料) イ. 外来 1 処方 +1 点 ロ. 入院中 1 日 +1 点
内服薬、頓服薬、外用薬でも麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬を調剤の場合

注 2. 外来患者にうがい薬のみを投薬した場合は算定できない。

(6) うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないこと明示したもので、治療を目的とする場合は、この限りではない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

第2 節 処方料

F100 処方料

1. 抗不安薬等の多剤処方：抗不安薬（7 種類以上）、睡眠薬（3 種類以上）、抗うつ薬（4 種類以上）、抗精神薬（4 種類以上）で、臨時投薬を除く場合に投薬を実施 20 点

2. 内服薬 7 種類以上（臨時で 2 週間内を除く） 29 点

3. 内服薬 6 種類（1 及び 2 以外の場合） 42 点

注 8. 30 日以上投薬の場合（1 処方：低紹介率算定の医療機関） 60/100

注 9. 外来患者にうがい薬のみを投薬した場合は算定できない。

(10) うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないこと明示したもので、治療を目的とする場合は、この限りではない。

第3 節 薬剤料

F200 薬剤（15 円以下は 1 点。越える場合は 10 円又は端数を増すごとに +1 点） (P-5) /10

区分の単位……内服薬・浸煎薬—1 剤 1 日分、頓服薬—1 回分、外用薬—1 調剤

注 2. 抗不安薬等の多剤処方：抗不安薬（7 種類以上）、睡眠薬（3 種類以上）、抗うつ薬（4 種類以上）、抗精神薬（4 種類以上）で、臨時投薬を除く場合に投薬を実施 80/100

注 3. 7 種以上の内服薬（臨時投薬で 2 週以内のもの及び地域包括診療加算等を除く） 90/100

注 4. 30 日以上投薬の場合（1 処方：低紹介率算定の医療機関） 60/100

注 5. ← 注 3 ビタミン剤から変更

注 7. 外来患者にうがい薬のみを投薬した場合は算定できない。

(9) うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないこと明示したもので、治療を目的とする場合は、この限りではない。

第5 節 処方せん料

F400

1. 抗不安薬等の多剤処方：抗不安薬（7 種類以上）、睡眠薬（3 種類以上）、抗うつ薬（4 種類以上）、抗精神薬（4 種類以上）で、臨時投薬を除く場合に投薬を実施 30 点

2. 内服薬 7 種類以上（臨時で 2 週間内を除く） 40 点

3. 内服薬 6 種類（1 及び 2 以外の場合） 68 点

注 2. 30 日以上投薬の場合（1 処方：低紹介率算定の医療機関） 60/100

注 3. 乳幼児：3 歳未満に処方せんを交付 交付 1 回 +3 点

注 8. 外来患者にうがい薬のみを投薬した場合は算定できない。

(5) うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないこと明示したもので、治療を目的とする場合は、この限りではない。

第6 節 調剤技術基本料

注5. 外来患者にうがい薬のみを投薬した場合は算定できない。

(11) うがい薬のみの投薬が治療を目的としない場合には算定できないこと明示したもので、治療を目的とする場合は、この限りではない。

■ リハビリ H

第1節リハビリテーション料

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

編注: 廃用症候群とは、外科手術や肺炎の治療での安静状態が病床で長期に寝たままですることによって起こる心身の様々な機能低下の状態である。[新点数運用 Q&A 平成 22 年]

1. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1 単位)

イ. 廃用症候群以外の場合	245 点	ロ. 廃用症候群の場合	162 点
---------------	-------	-------------	-------

2. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1 単位)

イ. 廃用症候群以外の場合	200 点	ロ. 廃用症候群の場合	146 点
---------------	-------	-------------	-------

3. 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1 単位)

イ. 廃用症候群以外の場合	100 点	ロ. 廃用症候群の場合	77 点
---------------	-------	-------------	------

H004 摂食機能療法 (1 日 1 回: 摂食機能障害者)

185 点

○ 「摂食機能療法の算定基準に係る Q&A」平成 19 年 7 月 3 日付 厚生労働省保険局医療課・老健局老人保健課 (問) 医療保険と介護保険での「摂食機能療法」は、誰が実施すれば算定できるか。

(答) 1. 摂食機能療法は、①医師か歯科医師が直接行う場合、②医師又は歯科医師の指示で、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が行う場合。

2. 摂食機能療法に含まれる嚥下訓練は、①医師又は歯科医師が直接行う場合、②医師又は歯科医師の指示で、言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う場合。

注1. 摂食機能障害を有する患者に、30 分以上行った場合に、1 月に 4 回。(診療録に記載)

治療開始日から起算して 3 か月以内の患者は、1 日につき算定する。

○ 摂食機能療法を治療開始後 3 か月以内に実施した日はすべて算定し、3 か月を超えた後は 1 月に 4 回限度となる。 [疑義解釈 H18. 3. 31]

(1) 摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除・舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。

(2) 実施には、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載する。

(3) 算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載する。

(4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

注2. 経口摂取回復促進加算

+185 点

◇ 地方厚生局に届出た医療機関で、鼻腔栄養か胃瘻を造設している患者で、治療開始日から 6 月以内に限る。

(6) 患者に対し、月に 1 回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、検査結果を踏まえて、患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士等の多職種によるカンファレンスを月に 1 回以上行い、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載する。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直しを行うと共に、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載する。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(7) 算定する場合は、患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載する。

(8) 患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関等の医師及びその他職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又は家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行う。

(9) この加算を算定する月には、D298-2 内視鏡下嚥下機能検査又は E003 造影剤注入手技の「7」嚥下造影は算定できない。

ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を記載すれば、算定できる。

[施設基準]

①新規の胃瘻造設患者と他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間 2 名以上いる。

③摂食機能療法に専従の言語聴覚士が 1 名以上配置されていること。

②経口摂取以外の栄養方法を使用している患者が、以下のア又はイに該当する患者(転院又は退院した患者を含む。)の合計数の35%以上について、1年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させている。

ア. 新規に受け入れた患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者

イ. 医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

④ ②の基準について、新規に届出を行う場合は、届出前の3月分の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

H007-2 がん患者リハビリテーション料 (1単位)

205点

■ 精神科専門療法 I

I004 心身医学療法 (外来: 初診時の診療時間は30分以上)

注5. 20歳未満の患者への心身医学療法

200/100

■ 処置 J

通則

5. 時間外等の加算

◇ 緊急処置を実施した場合で、時間外加算1、2は外来患者しか算定できない。

(8) 緊急処置の開始時間は、患者に直接施療した時刻となる。「1日につき」の処置料は午前0時より午後12時までのことで、午前0時以前に処置を開始し、翌日の午前0時以降に処置が終了した場合は、2日間にまたがっていても初日の深夜加算のみを算定する。

(9) 緊急処置の開始時間が医療機関等の都合により時間外となっても時間外加算等は算定できない。

イ. 時間外加算1: 緊急処置 (1,000点以上)、外来及び入院中

・ 時間外、休日、深夜加算1 +80/100、+160/100、+160/100

・ A000 注7ただし書き(夜間救急専門医療機関)が外来患者に緊急処置を実施 +80/100

(7) 時間外加算1は、診療所では算定できなくて、医療機関(地域医療支援病院又は第三次救急医療機関等)の診療科が地方厚生局に届出た場合に算定する。

(4) 時間外加算1は、ア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合にのみ算定できる。

ア. 時間外、休日、深夜加算が算定する初診又は再診に引き続いて実施された緊急内視鏡の場合。

ただし、夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、処置の開始時間が入院手続の後であっても、加算は算定できる。

イ. 開始時間が初診又は再診から8時間以内に緊急処置を実施し、更に時間外(医療機関が表示する時間外)、休日、深夜に該当する時間帯の場合。(緊急処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。)

ロ. 時間外加算2: 緊急外来処置 (150点以上)、外来のみ 従来の加算は加算2に変更

・ 時間外、休日、深夜加算2 +40/100、+80/100、+80/100

・ A000 注7ただし書き(夜間救急専門医療機関)が外来患者に緊急手術を実施 +40/100

・ 時間外加算2は、診療所等が算定し、1の加算対象の医療機関は算定できない。

(5) 時間外加算2は、初・再診療料と共に時間外加算を算定する場合の150点以上の緊急処置に算定するが、夜間・早朝等加算を算定する場合や入院中の患者では算定できない。しかし入院手続き後に緊急処置が開始された場合は算定する。

第1節 処置料

J000 創傷処置

5. 6,000 cm²以上 270点

注3. 5は乳幼児加算 +50点

J001 熱傷処置

4. 3,000 cm²以上~6,000 cm²未満 1,000点

5. 6,000 cm²以上 420点

注4. 4と5は乳幼児加算 1,250点

注4. 4と5は乳幼児加算 +50点

J017-2 リンパ管腫局所注入

注. 乳幼児加算 500点

注. 乳幼児加算 +50点

J034-2 EDチューブ挿入術

180点

(2) EDチューブ挿入術は、X線透視下にEDチューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。

(3) EDチューブを用いて経管栄養を行う場合には、J120 鼻腔栄養(1日)の点数により算定する。

J044 救命のための気管内挿管

注. 乳幼児加算 +50点

処置 (1,000点以上) 及び手術での時間外等の加算1の算定要件と施設基準

[算定要件]

- (1) 処置（1,000点以上）又は手術が保険医や医療機関の都合で休日、時間外、深夜に実施された場合は算定できない。
- (2) 時間外加算は、外来患者に対してのみ算定する。

[施設基準]

- (1) 予定手術前の当直（緊急呼び出し当番を含む。）の免除を実施している。（年12回までは実施しなくてもよい。）
- (2) 次のいずれかを実施していること。①交代勤務制 ②時間外・休日・深夜の手術・処置の実施に係る医師の手当支給 ③チーム制
- (3) 採血、静脈注射及び留置針によるルート確保が、原則として医師以外が実施している。
- (4) 下記のいずれかに該当すること。
 - ア) 年間の緊急入院患者数が200名以上ある。
 - イ) 手術に伴う全身麻酔の患者数が年800件以上ある。
 - ウ) 地域医療支援病院又は第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院である。
- (5) 下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施している。
 - ア) 保険医療機関に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置している。イ) 保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し、改善計画を作成している。

■ 手術 K

通則

4. K328 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術

を社会保険局に届け出のない場合は算定出来ない。

- 施設基準は「特掲診療科の施設基準」別添1の第61の2に掲載されている。

ア. 内耳又は中耳の手術が年間30症例で、3名の常勤の耳鼻咽喉科医（経験年数5年以上が2名以上を含む）が勤務し、その内1名は人工内耳埋込術の1例以上の経験がある。イ. 聴覚言語療法の専従職員が2人以上いる。

K340-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）

を社会保険局に届け出のない場合は算定出来ない。

- 施設基準は「特掲診療科の施設基準」別添1の第61の2に掲載されている。

ア. 耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院で、イ. 耳鼻咽喉科の経験が5年以上ある常勤の医師が2名以上配置されていて、このうち1名以上は少なくとも5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）の経験がある。ウ. 脳神経外科又は眼科の経験を5年以上有する常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されている。エ. 緊急手術が可能な体制がある。

12. 時間外等の加算

◇ 緊急を要する手術を実施した場合で、時間外加算1、2は外来患者しか算定できない。

- (12) 時間外等加算1と2は、(1)と(2)の場合に算定し、手術が医療機関又は保険医の都合により休日、時間外等に行われた場合には算定できない。

(1) 時間外、休日、深夜加算が算定する初診又は再診に引き続いて実施された緊急手術の場合

(2) 初診又は再診から手術までの間に、手術に必要な不可欠な検査等を行い、さらに検査等の終了後に手術を開始した場合で、初診又は再診から手術の開始時間までの間が8時間以内である場合（手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

- (14) 時間外等加算1と2の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、夜間・早朝等加算を算定する場合には算定できない。

イ. 時間外等加算1：外来及び入院中

- ・ 時間外、休日、深夜加算1 +80/100、+160/100、+160/100
- ・ A000 注7ただし書き（夜間救急専門医療機関）が外来患者に緊急手術を実施 +80/100

- (15) 時間外等加算1は、診療所は算定できなくて、医療機関（地域医療支援病院又は第三次救急医療機関等）の診療科が地方厚生局に届出た場合に算定する。

- (16) 時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。。

ロ. 時間外等加算2：外来及び入院中 従来の加算は加算2に変更

- ・ 時間外、休日、深夜加算2 +40/100、+80/100、+80/100
- ・ A000 注7ただし書き（夜間救急専門医療機関）が外来患者に緊急手術を実施 +40/100
- ・ 時間外加算2は診療所が算定し、1の加算対象の医療機関は算定できない。

16. K664 胃瘻造設術

を地方厚生局に届出てない医療機関の場合は、点数の100分の80に相当する点数で算定する。

○ 施設基準は「特掲診療科の設置基準」別添1の第79の3に掲載されている。

第3節 手術医療機器等加算

K930 脊髄誘発電位測定等加算 分割

1. 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合の加算 3,130点
K159 顔面神経減圧手術（乳様突起経由）. K160-2 頭蓋内微小血管減圧術. K170 経耳的聴神経腫瘍摘出術. K457 耳下腺腫瘍摘出術. K458 耳下腺悪性腫瘍手術
2. 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合の加算 2,500点
K463 甲状腺悪性腫瘍手術

K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

(通則16) 2,500点

- 注1. K664 胃瘻造設術の手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。
- 注2. 地方厚生局に届出てない医療機関の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数で算定する。
- ・注2に相当する医療機関 施設基準3の2の5：(1)摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有している。(2)摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されている。
- 施設基準は「特掲診療科の設置基準」別添1の第80の5に掲載されている。
- (1) 胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、医療機関の医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性及び方法、胃瘻除去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合(他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。)は、関連学会等が実施する研修を修了した者が実施する。
- (3) 他の医療機関で嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査(関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。)による嚥下機能評価を実施した場合は、評価を実施した医療機関で、その結果を患者又はその家族等に十分に説明すると共に、胃瘻造設術を実施する医療機関に情報提供する。又、胃瘻造設術を実施する医療機関と嚥下機能評価を実施した医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載する。
- (5) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (6) この加算を算定した場合でも、E003「7」嚥下造影及びE298-2内視鏡下嚥下機能検査は算定できる。
- (8) 平成27年3月31日までの間は、(2)及び(3)に関して関連学会が実施する所定の研修を修了しているものとみなすものである。

◇ 関連学会等が実施する研修の学会名は不明であるが、平成27年4月1日からは研修が算定条件になる。

◇ 「内視鏡下嚥下機能検査」は平成24年度に日本耳鼻咽喉科学会が医療技術評価分科会に次期診療報酬改定への学会から要望した技術が評価され新規収載された。平成26年1月14日に日本消化管学会が、医療技術評価分科会にカプセル内視鏡のために既成の技術の見直しで、1,470点を要望していた。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が「嚥下内視鏡検査の手順2012改訂」を、歯科では日本老年歯科医学会 嚥下内視鏡検査指針(案)が公開されている。

日耳鼻学会では平成26年4月6日 第12回日耳鼻嚥下障害講習会が開催されている。

※ 皮膚、皮膚科組織

K000 創傷処理

- (1) 創傷処理又は小児創傷処理は、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回目の治療のことで、第2診以後の手術創に対する処置はJ000 創傷処置で算定する。
- (1) 筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すのではなく、筋肉、臓器に実際に処理を行った場合をいう。

K002		デブリードマン		K002
1	100平方センチメートル未満	1,020 → 1,020	1	
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990 → 2,990	2	
3	3,000平方センチメートル以上	6,250 → 7,600	3	

K004		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004
1		長径3センチメートル未満	2,110 → 2,110		1
2		長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360 → 4,070		2
3		長径6センチメートル以上	9,480 → 9,480		3

K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	74,240 → -	K017
	乳房再建術の場合	- → 84,050	1
	その他の場合	- → 84,050	2
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	17,580 → -	K022
	乳房(再建手術)の場合	- → 17,580	1
	その他の場合	- → 17,580	2

※ 頭蓋・脳

K159	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	44,500 点
	K930 脊髄誘発電位測定等加算 1	+3,130 点
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890 点
	K930 脊髄誘発電位測定等加算 1	+3,130 点

※ 外耳

K286	外耳道異物除去術		K286
1	単純なもの	220 → 220	1
2	複雑なもの	790 → 710	2

K291	耳介腫瘍摘出術	5,320 → 4,730	K291
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	6,530 → 6,330	K292

K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	K298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	K320	アブミ骨摘出術・可動化手術

K327	内耳窓閉鎖術	24,600 → 23,250	K327
K328	人工内耳植込術	40,810 → 40,810	K328
	植込型骨導補聴器移植術	- → 8,850	K328-2
	植込型骨導補聴器交換術	- → 1,840	K328-3

- ◇ K328-3 植込型骨導補聴器交換術は、接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を実施した場合に算定し、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。

※ (鼻)

K338	鼻甲介切除術		K338
1	高周波電気凝固法によるもの	900 → 900	1
2	その他のもの	1,520 → 1,820	2
K338-2	削除		K338-2
K339	粘膜下鼻甲介骨切除術	2,590 → 2,960	K339
K340	鼻茸摘出術	2,180 → 1,090	K340

K340-3	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型(副鼻腔自然口開窓術)	3,600 点	【新設】
K340-4	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型(副鼻腔単洞手術)	10,000 点	【新設】
	注 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型に自家腸骨片を充填した場合	+3,150 点	【新設】
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型(選択的(複数洞)副鼻腔手術)	24,500 点	【新設】
K340-6	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型(汎副鼻腔手術)	31,990 点	【新設】
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型(拡大副鼻腔手術) (通則4:施設基準に適合し社会保険局に届出)	40,000 点	【新設】

編注:名称が「内視鏡下副鼻腔手術」だけでなく「鼻」が加わっているし、「鼻」手術の項目にあるので、鼻手術は副鼻腔手術と同時に施行しても別途算定はできないことを示している。

K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020 → 1,510	K341
------	----------------	---------------	------

K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	K344	経鼻腔的翼突管神経切除術
------	---------------	------	--------------

※ (副鼻腔) 全部項目掲載

鼻内:K934 副鼻腔手術用内視鏡加算、鼻骨:K934-2 副鼻腔手術用軟部組織用切除器加算

K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン、吉田変法) *	2,740 点
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	鼻骨 3,330 点
K355	鼻内前頭洞根治手術	鼻骨 4,830 点
	注 鼻内前頭洞根治手術に自家腸骨片を充填した場合	+3,150 点
K357	鼻内蝶形洞根治手術	鼻骨 3,190 点
K353	鼻内篩骨洞根治手術	鼻骨 4,170 点

K349	上顎洞開窓術	鼻骨	1,300	点
K351	上顎洞血瘤腫手術	鼻内 鼻骨	13,520	点
K352	上顎洞根治手術	鼻内 鼻骨	6,660	点
K453	術後性上顎嚢胞摘出術 *		6,660	点
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	鼻骨	9,430	点
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	鼻骨	11,760	点
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	鼻骨	10,530	点
K354	篩骨洞根治手術	鼻骨	7,780	点
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	鼻骨	9,410	点
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	鼻骨	9,410	点
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	鼻骨	13,440	点
K356-2	鼻外前頭洞手術	鼻骨	16,290	点
K350	前頭洞充填術	鼻内 鼻骨	11,000	点
K364	汎副鼻腔根治手術	鼻骨	14,500	点
◇全副鼻腔根本手術を開始後に、上顎洞・篩骨洞手術後に中絶した場合は、上顎洞篩骨洞根本手術で算定する。				
K362-2	経上顎洞的顎動脈結集術	鼻内 鼻骨	26,030	点
K365	経上顎洞翼突管神経切断術	鼻内 鼻骨	28,210	点
K344	経鼻腔的翼突管神経切断術 *		26,530	点
K352-3	副鼻腔炎術後後出血止血法 副鼻腔手術翌日後の大量出血で術創を開く場合	鼻内 鼻骨	6,660	点

*の手術は近似している手術であるが、副鼻腔の項目にない手術。

※ 喉頭、気管

K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	K383	喉頭切開術・截開術	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	3,890 → 3,630	K388	
K394	喉頭悪性腫瘍手術		K394	
1	切除	41,710 → 38,800	1	
2	全摘	52,220 → 52,220	2	
K400	喉頭形成手術		K400	
1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	21,130 → 18,750	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510 → 28,510	2	

※ 口腔前庭、口腔底、頬部粘膜、舌

K411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730 → 4,460	K411	
K413	舌腫瘍摘出術		K413	
1	粘液嚢胞摘出術	1,220 → 1,220	1	
2	その他のもの	3,140 → 2,940	2	

※ 顔面

K421	口唇腫瘍摘出術		K421	
1	粘液嚢胞摘出術	910 → 910	1	
2	その他のもの	3,370 → 3,050	2	

※ 唾液腺

K450	唾石摘出術	K450	唾石摘出術(一連につき)	
K450	唾石摘出術(一連につき)		K450	
1	表在性のもの	640 → 640	1	
2	深在性のもの	3,770 → 3,770	2	
3	腺体内に存在するもの	7,200 → 6,550	3	

注 2と3は、内視鏡加算が算定する。

+1,000 点

※ 甲状腺

K463 甲状腺悪性腫瘍手術

1. 切除

24,180 点

2. 全摘及び亜全摘

K930 脊髄誘発電位測定等加算 2

30,810 点

+2,500 点

※ 気管、肺

	気管支腫孔閉鎖術	— → 4,560	K509-4
--	----------	-----------	--------

※ 食道

K529	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)		K529
1	頭部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540 → 122,540	1
2	胸部、腹部の操作によるもの	101,490 → 101,490	2
3	腹部の操作によるもの	69,840 → 69,840	3
	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術		K529-2
	頭部、胸部、腹部の操作によるもの	— → 125,240	1
	胸部、腹部の操作によるもの	— → 104,190	2

※ 静脈

K618	中心静脈注射用植込型カテーテル設置		K618
1	四肢に設置した場合	10,500 → 10,500	1
2	頭頸部その他に設置した場合	10,800 → 10,800	2

※ 胃、十二指腸

K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（通則16） 6,070 点

- (2) 療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行う。
- (3) 胃瘻造設後、他の医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供する。
- (4) 地方厚生局に届出てない医療機関の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数で算定する。
- ＊ 別紙 名称変更一覧表 ただしH24年度に変更された名称が含まれている。

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K450	唾石摘出術	K450	唾石摘出術(一連につき)
K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	K298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	K320	アブミ骨摘出術・可動化手術
K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	K344	経鼻腔的翼突管神経切除術
K365	翼突管神経切除術(経上顎洞)	K365	経上顎洞的翼突管神経切除術
K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	K383	喉頭切開術・截開術

■ 麻酔 L

L0 01ー2 静脈麻酔

1. 短時間のもの
- 120 点
2. 十分な体制で行われる長時間のもの（単純）
- 600 点
3. 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑）
- 800 点
- 注 1. 幼児加算
- 10／100
- 注 2. 3 は、静脈麻酔の実施時間が2 時間を超えた場合
- +100 点

別紙 4 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）【平成 26 年 4 月 1 日施行】

（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第二条の四の二（略）

2 保険医療機関は、事業者又はその従業者に対して、患者を紹介する対価として金品又は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、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。

※ 電子レセプト及び明細書

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局		
	明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備

病 院 400 床未 満	義務化 (免除規定な し)	平成 26 年 4 月～平成 28 年 3 月まで (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000 円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を 明らかにする。 平成 28 年 4 月以降は、義務化で免除規定はない。(平成 26 年度改定)
診療所 (歯 科 診 療 所 含 む)		平成 26 年 4 月以降 (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000 円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を 明らかにする。 ※なお、平成 28 年 4 月以降も免除規定はあり

※ レセコンを使用した診療報酬の書面による請求は、平成 27 年 4 月診療分以降できなくなる。

レセコンを使用した診療報酬の書面による請求は、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」(以下「請求省令」といいます。)の規定により、平成 27 年 4 月診療分以降できなくなる。

平成 27 年 4 月診療分以降は、レセコンを使用しない(手書き)ことなどによって、免除又は猶予の要件に該当しない限り、電子レセプトにより請求しなければならない。

平成 27 年 4 月以降、現在のままレセコンを使用して書面による請求を行うと、請求省令に違反した請求となり、審査支払機関がレセプトを受理できないため、診療報酬を支払うことができなくなる。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

※ 参考資料：平成 26 年 2 月 12 日 中央社会保険医療協議会 総会 (第 272 回)

- ・平成 26 年 02 月 12 日 [総－1 \(PDF : 2,142KB\)](#) 個別改定項目 P270
- ・平成 26 年 02 月 12 日 新旧対照表 [別紙 1－1 \(医科診療報酬点数表\) \(PDF : 3,154KB\)](#) 画像 P320
- ・平成 26 年 03 月 05 日 日医 診療報酬点数新旧対照表 全体 [PDF:20.4MB](#) 画像でない P287
- ・平成 26 年 03 月 20 日 日医ニュース・改定診療報酬点数表の概要

※ 解説スライド：「平成 26 年度診療報酬改定について」

厚労省 HP に 02 月 12 日に 85 枚が、03 月 05 日に改訂版が 174 枚、03 月 06 日に日医が 275 枚と (×概要版 245 枚)。

- ・平成 26 年 02 月 12 日 [1. 平成 26 年度診療報酬改定の概要 \(未定稿\) \(全体版\)](#) 85 枚
- ・平成 26 年 03 月 05 日 [平成 26 年度診療報酬改定説明 \(医科・本体\)](#) 174 枚
- ・平成 26 年 03 月 06 日 日医・平成 26 年度診療報酬改定について〔具体的改定項目〕 [PDF:17.8MB](#) 275 枚