

耳鼻咽喉科領域の医科診療報酬点数表の抜粋（最終版）

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4月4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。第2部 入院料等 通則8。
- ・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%。
- ・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。
- ・資料後半にある手術点数は、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るようになりました。

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) P436
- ・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〕 P275
- ・3月20日 日医ニュース 改定診療報酬点数表の概要 P8
- ・3月31日 厚労省 疑義解釈の送付（その1）医科 P21

なお、スライドは色々な機関から公開されていますが、病院の先生でも改定内容が分かりやすいスライドは、平成26年3月6日に日医HPで初めて公開された「平成26年度診療報酬改定について〔具体的改定項目〕 P275」です。

点数表は、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2年間充分に対応可能です。

診療報酬の算定方法

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、一般病床200床未満の病院を除き、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。対象病院は選定療養の届出をして、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。

例えば、妥協率が30%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で、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、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. 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。

- ・ 平成26年3月20日 日医ニュースには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」は廃止されたと明文化された。

◇ 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 つ以上が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。

編注：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。（注 2）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の検査は、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が該当し、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。

- ・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（入院中2回）

- | | | |
|--------------------|--------------------|------|
| 10. 入院栄養食事指導料（週1回） | イ. 入院栄養食事指導料1（病院） | 130点 |
| | ロ. 入院栄養食事指導料2（診療所） | 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にその生活条件、嗜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情報提供を行った場合。

■ 在宅 C

C000 往診料 720点

ハ. 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の医療機関の医師が往診する場合

- | | |
|------------------------------|---------|
| (1) 緊急往診加算（診療従事者に行なう往診） | +325点 |
| (2) 夜間加算（深夜を除く午後6時～翌朝午前8時まで） | +650点 |
| (3) 深夜加算（午後10時～翌朝6時まで） | +1,300点 |

注2. 診療時加算（患家での診療時間が1時間を超える場合に30分又はその端数を増すごと） +100点

注3. 死亡診断加算（患家で死亡診断を行った場合） +200点

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。

(8) 「注2」の診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいい、交通機関等で診療の必要以外の理由で、患家に滞在又は宿泊した場合の滞在時間は、診療時間に算入しない。

(10) 往診等を行った後で、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料等を算定できない。

(16) 交通費とは医師が患家に赴くまで手段の費用で、自家用車では自費で請求できるが、自転車やスクーターでは請求できない。

編注：慣例では交通費の額はタクシー料金とし、2カ所以上を往診する場合は按分しているようだ。

- 在宅人工呼吸指導管理料は閉塞性、中枢性又は混合型に関係なく睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならないし、また、チェーンストークス呼吸を呈する心不全患者に対しても対象外である。

〔疑義解釈 H26. 3. 31〕

■ 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
(2) 検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合にこの加算を算定する。なお時間外等の定義は、A000 初診料の注 7 に規定する時間外加算等における。

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・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。

※ 平衡機能検査頭位及び頭位変換眼振検査の適応疾患

引用：平成 24 年 2 月 10 日 個別改定項目について

良性発作性頭位めまい症、メニエール病、内耳炎、前庭神経炎、めまいを伴う突発性難聴、外リンパ瘻、遅発性内リンパ水腫、聴神経腫瘍。

※ 「重心動揺計の機器精度に関する注意事項」について 平成 26 年 3 月 26 日 日耳鼻学会

「重心動揺計は、昭和 62 年に臨床検査の医療機器として JIS 規格（日本工業規格 JIS 重心動揺計 T1190-1987）が認められ、昭和 63 年に日本めまい平衡医学会で、検査法の基準が定められて学会認定の臨床検査となった。また、重心動揺計検査は、日耳鼻学会の働きにより平成 8 年に診療報酬臨床検査に採用された。JIS 規格外の検査機器が販売されているので、日本めまい平衡医学会が登録した JIS 規格に合致した重心動揺計の使用を推薦する」との注意が公開された。この内容は診療報酬点数表では「保険適用された機器」とか「薬事法上効能効果が認められる機器」が用いられた場合に限り算定できると表現されている。

※ 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（時間外加算はなし）

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。

※ 「健康診断時及び予防接種の費用について」

平成 15 年 7 月 30 日付厚生労働省保険局医療課事務連絡

健康診断時の内視鏡検査で病変を発見し、引き続き、その内視鏡を使用して治療を開始した場合は、医療機関は内視鏡下生検法、病理組織顕微鏡検査、内視鏡を使用した手術など治療の費用を保険請求することができる。なお、内視鏡を使用した手術の費用を保険請求する場合には、健康診断としての内視鏡検査の費用の支払を受けることはできない。



D298-2 内視鏡下嚥下機能検査の方法

嚥下内視鏡（VE）：内視鏡下嚥下機能検査の内視鏡所見（末廣氏提供写真）

引用：日経メディカル メール 2014. 3. 20 第 802 号

経鼻内視鏡で気管を見ながら実際に食物を摂取させ、嚥下の状態や食物の残存などを評価する。

編注 内視鏡下嚥下機能検査の関連事項 平成 26 年度

・ K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算（施設基準あり）は学会認定医が嚥下機能評価をすることが求められ、さらに胃瘻造設術を実施すれば加算が算定できる。しかし、この機能検査と、H004 経口摂取回復促進加算（施設基準あり）には学会認定医と嚥下機能評価を求められていない。

・ この機能検査と喉頭ファイバースコピーとの併施に関しては、平成 26 年度の留意事項にはこの機能検査は主たるものを算定する検査には入っていない。両者の検査に必要性があれば同一日にそれぞれを算定できるが、嚥下障害と喉頭疾患の傷病名が必要となる。

■ 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。

(10) 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

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・コンピュータ断層複合撮影及び、ポジトロン断層・磁気コンピュータ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
3. 1 又は 2 以外の場合 920 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。うがい薬とは、薬効分類上の 226 含嗽剤をいう。

- うがい薬のみ投与された場合、治療目的で投与された場合は、処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料は算定できる。 [疑義解釈 H26. 4. 04]

- うがい薬でも薬効分類上で「226 含嗽剤」ではなく「その他の歯科用口腔用薬」に分類された成分名：塩化ベンゼトニウム、商品名：ネオステリングリーンうがい液 0.2%、ベンゼトニウム塩化物うがい液 0.2%「KYS」などは対象とならない。＝傷病名を記載しなくても処方できる。 [疑義解釈 H26. 3. 31]

これらの医薬品は陽イオン界面活性剤で、口腔内の消毒、抜歯創の感染予防の効能・効果であるが、歯科では購入薬価の方が高いので、処方ではなくて日常の診療で消毒薬として使用されているようだ。

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、うがい薬の単独処方では 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、うがい薬を単独に処方する場合は、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

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

◇ 「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」

平成 14 年 5 月 21 日付保医発第 0521001 号

平成 14 年 4 月の診療報酬改定で 205 円以下の薬剤でも原則として薬剤名を記載して請求することになったが、手書きで請求する医療機関は 175 円以下の薬剤名は記載しなくてもよいとなった。更に低薬価薬剤は診療報酬明細書に記載された主傷病、副傷病名から判断して、発症を類推できる傷病名を省略できることになった。省略できる薬剤は、消化器用剤、下剤、浣腸剤、眠剤、解熱鎮痛消炎剤、去たん剤及び鎮咳去たん剤、感冒薬などと具体的な記載があった。

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過ごす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（施設基準あり）

+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、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、患者又は家族等への内容の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及びカンファレンスを実施した日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、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、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を情報提供する。
- (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、行った及び胃瘻造設術を実施した日を記載すれば、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%以上が、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、新規の届出を行う場合は、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。処置料で「1日につき」とは、午前0時より午後12時までのことである。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るが、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. 時間外等加算1：緊急処置（1,000点以上）、外来及び入院中 診療所は対象外

- ・ 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) 時間外等加算1は、診療所は対象外で、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) 時間外等加算 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の後の場合を含む。）
- ロ. 時間外等加算 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 $+40/100$
 - ・ 時間外等加算 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) 時間外等加算 2 は、初・再診療料と共に時間外等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 420 点
5. 6,000 cm² 以上 1,250 点
- 注 4. 4 と 5 は乳幼児加算 +50 点

J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1 日） 適応症：既存治療に奏功しない難治性創傷

1. 100 平方 cm 未満 1,040 点
2. 100 平方 cm 以上～200 平方 cm 未満 1,060 点
3. 200 平方 cm 以上 1,100 点

注 1. 初回の貼付に限り、1 では+1,690 点を、2 では+2,650 点を、3 では+3,300 点を加算する。

◇ 留意事項は省略

J003 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1 日）

1. 100 平方 cm 未満 240 点
2. 100 平方 cm 以上～200 平方 cm 未満 270 点
3. 200 平方 cm 以上 330 点

注 1. 初回の貼付に限り、1 では+1,690 点を、2 では+2,650 点を、3 では+3,300 点を加算する。

- (1) 入院中以外の患者（外来患者と在宅医療の患者）に陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合にのみ算定できる。
- (7) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合にのみ算定できる。
- (3) 部位数にかかわらず、1 日の処置面積を合計した面積から点数を算定する。
- (4) J001-4 重度褥瘡処置及 J053 皮膚科軟膏処置を同一日に算定できない。J000 創傷処置又は J001 熱傷処置は同一日に算定できるが、この処置が対象とする創傷部位の面積を除外する。
- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、J000 創傷処置で算定する。
- (6) 注 1 の加算は、入院中に J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定していた患者が、引き続き入院外に局所陰圧閉鎖処置を行った場合は算定できない。

J017-2 リンパ管腫局所注入

- 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。

※ 参考 内視鏡下鼻・副鼻腔手術

引用：平成 26 年度 日耳鼻 伝達会議資料

手術名称		対象副鼻腔	手術内容
K340-3 内視鏡下鼻・副鼻 腔手術Ⅰ型	(副鼻腔自然口開 窓術)		鼻茸、腫瘍などの鼻道閉鎖で副鼻腔自然口の閉鎖を除去し開窓する手術で、洞内の処置は無し。Ⅱ～Ⅳ型と同時併算不可。外来手術で運用できるか。
K340-4 内視鏡下鼻・副鼻 腔手術Ⅱ型	(副鼻腔単洞手術)	上顎洞、篩骨洞・前頭洞・蝶形 骨洞のどれか 1 つの洞	対象の副鼻腔に病変があり、洞を開放して洞内を処置した手術に算定する。自然口を開窓しただけでは算定不可。
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)	Ⅱの洞の中で 2 つ以上の洞	

K340-6 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型	(汎副鼻腔手術)	1側のすべての洞	
K340-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型	(拡大副鼻腔手術) 施設基準あり	両側前頭洞単洞化手術	左右の前頭洞を大きく交通させる手術で、主な適応症：再発性前頭洞炎、嚢胞。
		眼窩手術(副鼻腔炎に併発)	経鼻的に眼窩紙様板を除去し、眼窩内病変を処理する手術で、主な適応症：鼻性眼窩合併症。
		頭蓋底手術(副鼻腔炎に併発)	

＊上顎洞嚢胞での対応：

- ・経鼻的に下鼻道から上顎洞のみを開放し、洞内を処置した場合。Ⅱ型。
- ・篩骨洞病変を手術し、上顎洞膜様部を開放し、上顎洞嚢胞を処置した場合。Ⅲ型。
- ・鼻外切開で手術した場合は、従来の根治手術で算定する。

＊前頭洞、蝶形骨洞嚢胞を経鼻的手術での対応：

- ・通常、篩骨洞骨洞病変も伴い、開放するので。Ⅲ型が多い。

＊副鼻腔の再手術での対応：

- ・初回の手術術式と同様に算定する。前後の篩骨洞がなくても、後部篩骨洞まで手術をすれば。Ⅲ型。

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が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 診療所は対象外

・ 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

施設基準が満たなくて地方厚生局に届出ていない医療機関の場合は、点数の 100 分の 80 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。

[算定要件]

(2) 胃瘻造設術を行うには、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、療養上必要な事項を、患者及び家族への説明を行う。

(3) 胃瘻造設後、他の医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能訓練等の必要性、実施すべき内容、嚥下機能評価の結果、家族への説明内容等を情報提供する。

[施設基準]

以下の(1)又は(2)のいずれかを満たさない場合は点数の 80/100 で算定する。

(1) 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除いた年間の胃瘻造設術の実施件数が、50 件未満である。

(2) 頭頸部の悪性腫瘍患者に対する胃瘻造設術を除いた年間の胃瘻造設術の実施件数が 50 件以上で、かつ、下記のア及びイを満たす場合。

ア. 胃瘻造設患者全例に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価検査を行っている。

イ. 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者が、以下の a 又は b 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、1 年以内に経口摂取のみの栄養方法に回復させている。

a. 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

b. 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養又は胃瘻を導入した患者

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（乳様突起経路）. 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

編注：この加算は、胃瘻造設術を実施しなければ算定できない。嚥下機能評価は関連学会認定医しかできない。

注 1. K664 胃瘻造設術の手術をするために、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いない医療機関の場合は、100 分の 80 の点数で算定する。

・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。

○ 注 1 の施設基準は「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) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能を評価し、その結果に基づいて、医療機関の医師が患者又はその家族等に、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を十分に説明及び相談を行った上で、胃瘻造設術を行った場合に算定できる。

(2) 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価は、関連学会等が実施する研修を修了した者が実施する。他の医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合も同様である。

(3) 他の医療機関で、嚥下造影か又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価をした場合には、評価した医療機関が、その結果を患者又はその家族等に十分に説明し、胃瘻造設術を行なう医療機関に情報提供する。又、胃瘻造設術を行なう医療機関と評価をした医療機関とが異なる場合は、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と、患者又はその家族等の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。

参考：胃瘻造設時嚥下機能評価加算と経口摂取回復促進加算とは平成 26 年度に新規収載されたが、後者は嚥下機能検査料は含まれ、算定できない。

(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され、算定できる。

◇ 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 小児創傷処理

(1) 創傷処理又は小児創傷処理は、切・刺・割創又は挫創に、切除・結紮・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。
 (2) 創傷が数か所あって、個々に縫合しても、近接した創傷の長さを合計して1つの創傷として取り扱う。

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

「鼻骨」＝副鼻腔手術骨軟部組織切除機器加算

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	鼻骨【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	鼻骨【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	鼻骨【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	鼻骨【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	鼻骨【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	鼻骨【新設】

◇ 340-3～340-7 の手術を同時に実施しても主たるもので算定する。

編注：内視鏡下鼻・副鼻腔手術と「鼻」の項目の各手術の関連について 太字

名称が「内視鏡下副鼻腔手術」だけでなく「鼻」の文字が追加されているし、この手術が「鼻」の項目に記載されているので、「鼻」項目にある全ての手術は同時に施行しても別途算定はできないと考えた。ただし、平成 26 年 平成 26 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 3 号（留意事項）には「副鼻腔手術と、K338 鼻甲介切除術又は K339 粘膜下鼻甲介骨切除術の併施した場合には、鼻甲介切除術又は粘膜下鼻甲介骨切除術は、副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの点数を算定できる。」との通知があるので、「慢性肥厚性鼻炎」の傷病名があれば、併算も可能である。

しかし、平成 26 年度の日耳鼻伝達会議では「鼻」の項目の各手術は手術目的があれば併算ができるとの見解とのことであった。ただ、「内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型」の手術内容の解説には「鼻茸などを除去」と明記されていたので、「鼻茸摘出術」は算定できないことになるが、その他の「鼻」の項目の手術の取扱いには正式には不明である。

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	鼻内 鼻骨	6,660 点
副鼻腔手術翌日後の大量出血で術創を開く場合			

*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（喉頭縦切開術）	K383	喉頭切開術・縦切開術
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 | 30,810 点 |
| K930 脊髄誘発電位測定等加算 2 | +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	頸部、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
		頸部、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、療養上必要な事項を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いない医療機関は、100 分の 80 の点数で算定する。

* 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	嚙石摘出術	K450	嚙石摘出術(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
- (4) 「3」の複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で麻酔を実施した場合をいう。

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、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いる場合は、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いる場合は、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。

【明細書無料発行】 [疑義解釈H26.4.04]

- 届け出た改修時期を超えて改修しなかった場合は、地方厚生（支）局長に改めて改修時期を届出をする。
- 明細書の発行料金が1,000円を超えて徴収して場合は1,000円を越える場合は院内掲示が必要となり、患者の求めに応じて説明を行う。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

※ 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
- ・平成26年03月31日 厚労省 疑義解釈の送付（その1）
- ・平成26年04月04日 厚労省 疑義解釈の送付（その2）

※ 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
