

## 令和4年度診療報酬改正の概要と対応マニュアル

●はじめに.....	1
I. 【基本診療料】感染症対策について .....	2
II. 耳鼻咽喉科処置の見直しについて .....	3
III. リフィル処方箋について .....	5
IV. 小児かかりつけ診療料について .....	9
V. 「レセプト電算処理システム用コード」の入力について.....	11
VI. 湿布薬について .....	11
VII. 「オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用」について ...	11
◆医学管理料の見直し（一部抜粋）.....	12
◆検査項目の見直し（一部抜粋）.....	13
◆オンライン診療料の点数（一部抜粋）.....	13
◆在宅医療項目の見直し（一部抜粋）.....	14
◆外来後発医薬品使用体制加算 .....	15
◆リハ・精神の見直し（一部抜粋） .....	15
◆処置の見直し（一部抜粋）.....	16
IX. 点数マスター「一般名印刷指定」の一括設定について .....	17
X. CalnartX(レセコン)の辞書マスターについて.....	18

## 【令和4年度診療報酬改正内容の概要とCalnartXの変更点】

### ● はじめに

- 本マニュアルには主な見直しのみを記載しております。  
詳細な内容につきましては必ずユーザー様にてご確認ください。
- CalnartX(レセコン)の操作方法 と記載しております内容につきましては  
すべてのユーザー様におきまして同じ手順となります。  
※ 必要に応じて操作してください。
- オプションでの設定方法につきましては **～オプション設定～** と記載しております。
- 新設マスターを4月1日以降に使用される場合はマスターの登録が必要です。登録方法はすべてのマスターにおいて同じ操作となります。下記の **新設マスターの登録方法について** をご参照の上、マスターの新規登録を行ってください。



施設基準や算定要件、項目名称、対象患者等の詳細につきましては、  
必ずユーザー様にてご確認ください。

### 新設マスターの登録方法について

すべてのマスター登録において同じ操作となります

### CalnartX(レセコン)の操作方法

下記の「新設マスターの登録方法について」は、すべての新設マスターの登録において共通の方法となります。

- メニュー画面より **マスター保守** → **F4 処理月** → **令和4年4月** に変更します。
- 行為区分選択画面が表示されましたら、登録するマスターの区分を選択して **Enter** を押します。
- 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し **Enter** を押します。
- 「辞書検索」を選択し **Enter** を押します。
- 検索窓にマスターの名称を入力し **Enter** を押します。
- 該当のマスターが表示されますので、登録したいマスターを選択して **Enter** を押します。  
※ 正式名称・単位・点数などが表示されます。
- マスターの内容を確認後、**F5 登録** を押してください。

マスター検索は、ヨミガナ／正式名称／一般名称／区分／点数・薬価 から検索が可能です。

検索画面のF2で「前方一致」・「後方一致」・「部分一致」と切り替えて検索が行えます。



点数マスター保守画面

ヨミガナ、正式名称、一般名称、区分、点数・薬価を入力してください。

## I. 【基本診療料】 感染症対策について

診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価が新設されます。

- 外来感染対策向上加算 6点(月1回)
- 連携強化加算 3点(月1回))
- サーベイランス強化加算 1点(月1回)

※ 算定には対象患者・施設基準・算定要件が掲げられている場合がございます。  
必ずユーザー様にてご確認ください。

### 【 加算可能な項目 】

対象となる診療行為	
ア 初診料	サ 退院後訪問指導料
イ 再診料	シ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)
ウ 小児科外来診療料	ス 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
エ 外来リハビリテーション診療料	セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
オ 外来放射線照射診療料	ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
カ 地域包括診療料	タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
キ 認知症地域包括診療料	チ 在宅患者訪問栄養食事指導料
ク 小児かかりつけ診療料	ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
ケ 外来腫瘍化学療法診療料	テ 精神科訪問看護・指導料
コ 救急救命管理料	

※ 各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできません。

### 【 CalnartX(レセコン)の点数マスターに登録対象となる項目 】

点数マスターの区分	新設された加算
初診料	外来感染対策向上加算(初診)
	連携強化加算(初診)
	サーベイランス強化加算(初診)
再診料	外来感染対策向上加算(再診)
	連携強化加算(再診)
	サーベイランス強化加算(再診)
医学管理料	外来感染対策向上加算(医学管理等)
	連携強化加算(医学管理等)
	サーベイランス強化加算(医学管理等)
在宅	外来感染対策向上加算(在宅医療)
	連携強化加算(在宅医療)
	サーベイランス強化加算(在宅医療)
リハ・精神	外来感染対策向上加算(精神科)
	連携強化加算(精神科訪問看護・指導料)
	サーベイランス強化加算(精神科訪問看護・指導料)

## CalnartX(レセコン)の操作方法

### ◆ マスター登録方法

(例) 外来感染対策向上加算(再診)を新規登録する場合

- ① メニュー画面より **マスター保守** → **F4 処理月** → **令和4年4月** に変更します。
- ② 行為区分選択画面が表示されたら **再診** を選択して **Enter** を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し **Enter** を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し **Enter** を押します。
- ⑤ 検索窓に「がいらい」と入力し **Enter** を押します。
- ⑥ 使用する「 外来感染対策向上加算(再診) 」のマスターを選択して **Enter** を押します。 正式名称・単位・点数などが表示されます。
- ⑦ マスターの内容を確認後、**F5 登録** を押します。

### ◆ 外来感染対策向上加算 ~オプションでの自動算定の設定について~

- ① メニュー画面より **F11 オプション** を押します。
- ② ユーザーオプション設定画面が表示されたら **診療行為** タブを選択します。
- ③ 「外来感染対策向上加算の算定」項目を選択し、「0~4」のいずれかを設定します。
- ④ **F5 登録** を押します。登録しますか？で **はい** を選んでください。

**42 外来感染対策向上加算の算定**      **0**      **0 = 手動 1~4 = 自動**

- 0=自動算定しない  
1=外来感染対策向上加算のみ自動算定する  
2=外来感染対策向上加算と連携強化加算を自動算定する  
3=外来感染対策向上加算と連携強化加算とサーベイランス強化加算を自動算定する  
4=外来感染対策向上加算とサーベイランス強化加算を自動算定する。

※ 上記の設定は、全てのパソコンに反映されます。

## II. 耳鼻咽喉科処置の見直しについて

耳鼻咽喉科を標榜するユーザー様のみ

※ 算定には対象患者・施設基準・算定要件が  
掲げられている場合がございます。  
必ずユーザー様にてご確認ください。

### 【耳鼻咽喉科乳幼児処置加算】

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に  
対して、以下に掲げる処置(表 1)を行った場合は耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき  
60 点が新設されました。

### 【耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算】

急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して以下に掲げる処置(表 1)を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り 80 点を所定点数に加算されます。

## 【耳鼻咽喉科乳幼児処置加算及び耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算に該当する処置】

(表1)

項目名	
J095 耳処置	J103 扁桃周囲膿瘍穿刺
J095-2 鼓室処置	J104 唾液腺管洗浄
J096 耳管処置	J105 副鼻腔洗浄又は吸引
J097 鼻処置	J108 鼻出血止血法
J097-2 副鼻腔自然口開大処置	J109 鼻咽腔止血法
J098 口腔、咽頭処置	J111 耳管ブジー法
J098-2 扁桃処置	J112 唾液腺管ブジー法
J099 間接喉頭鏡下喉頭処置	J113 耳垢栓塞除去
J100 副鼻腔手術後の処置	J114 ネプライザ
J101 鼓室穿刺	J115 超音波ネプライザ
J102 上顎洞穿刺	J115-2 排痰誘発法

### ※ 注意事項

耳垢栓塞除去にて耳鼻咽喉科乳幼児処置加算を算定した場合は、  
乳幼児加算は別に算定できませんので、ご注意ください。

## 【CalnartX の点数マスターに登録対象となる項目】

点数マスターの区分	新設された加算
処置	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60 点
	耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80 点

## CalnartX(レセコン)の操作方法

### ◆ マスター登録方法

(例) 「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算(60点)」を新規登録する場合

- ① メニュー画面上より [マスター保守] → [F4 処理月] → [令和4年4月] に変更します。
- ② 行為区分選択画面が表示されましたら [処置] を選択して [Enter] を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し [Enter] を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し [Enter] を押します。
- ⑤ 検索窓に「じび」と入力し [Enter] を押します。
- ⑥ 使用する「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算」のマスターを選択して [Enter] を押します。
- ⑦ マスターの内容を確認後、[F5 登録] を押します。

### ◆ 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算～オプションでの自動算定の設定について～

- ① メニュー画面上より [F11 オプション] を押します。
- ② ユーザーオプション設定画面が表示されたら [診療行為] タブを選択します。
- ③ 「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算の算定」項目を選択し、「0～2」のいずれかを設定します。
- ④ [F5 登録] を押します。登録しますか？で [はい] を選んでください。

43 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算の算定	0	0 = 手動 1 = 自動 2 = 確認
--------------------	---	----------------------

0=手動で算定する

1=耳鼻咽喉科乳幼児処置加算を自動算定する

2=診療行為登録時に算定確認画面を表示する

上記の設定は、全てのパソコンに反映されます。

## ◆ 診療行為入力

### 【耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算(80点)の入力】

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算は自動算定されません。  
加算を算定される場合は診療行為にて手動で入力をしてください。

No.	保険区分	コード	後診療内容	数量	単位	点数	回数
1	1	12	120101 再診料	1			
2	1	12	120141 乳幼児加算(再診)	1			
3	1	12	120103 明細書発行体制等加算	1		112 ×	1
4	1	40	400316 耳処置	1		27 ×	1
5	1	40	400109 耳鼻咽喉科乳幼児加算	1		60 ×	1
6	1	40	400110 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	1		80 ×	1

### III. リフィル処方箋について

#### ◆ 処方箋の様式変更

処方箋様式にリフィル可欄が追加されました。(使用される場合は、P6以降を参考してください。)

(カルナートの処方箋) 印字見本(SHOH9301:A5)

処 方 箋										1枚目				
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)														
公費負担者番号					保険者番号									
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					+ (枝番)				
患 者 名 氏 名 年 月 日 生	フリガナ										保険医療機関の所在地及名称			
											電話番号			
											保険医氏名			
	区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号				点数表番号	医療機関コード		
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日				備考				
変更不可		□ 極めの処方箋について、医療機関【シェリック医療】への変更に差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。												
処 方 方												リフィル処方をする場合は、「リフィル可」の欄にレ点が付き 診療行為で選択した回数が印刷されます。(詳細はP7参照)		
リフィル可 □ ( )														

様式第一号  
(第二十二三系関係)

備考		保険医署名「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
考		保険薬局が調剤時に残葉を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □ 1回目薬剤日 [ 年 月 日 ] □ 2回目薬剤日 [ 年 月 日 ] □ 3回目薬剤日 [ 年 月 日 ] 取回薬剤予定期日 [ 年 月 日 ] 取回薬剤予定期日 [ 年 月 日 ]									
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険医の所在及び名前 医療機関名		(印)		公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「△」印には、薬名、分量、用法及び用法を記載すること。  
2. この用紙は、△印の書を記載すること。  
3. 薬の名前及び公費負担医療に対する薬の名前に対する各々(即ち△印の書を記載すること)。第1条の公費負担医療については、「保険医署名」とあるのは「公費負担医療の担当医師」と、△印の書を記載するものとすること。  
4. 公費負担医療の担当医師と△印の書を記載するものとすること。

◆ 処方箋の様式変更

★ リフィル処方箋を利用する場合のみ ★

設定を変更した時点で、新しい様式で印刷されます。

処方箋は、出力する各PCで設定が必要です。

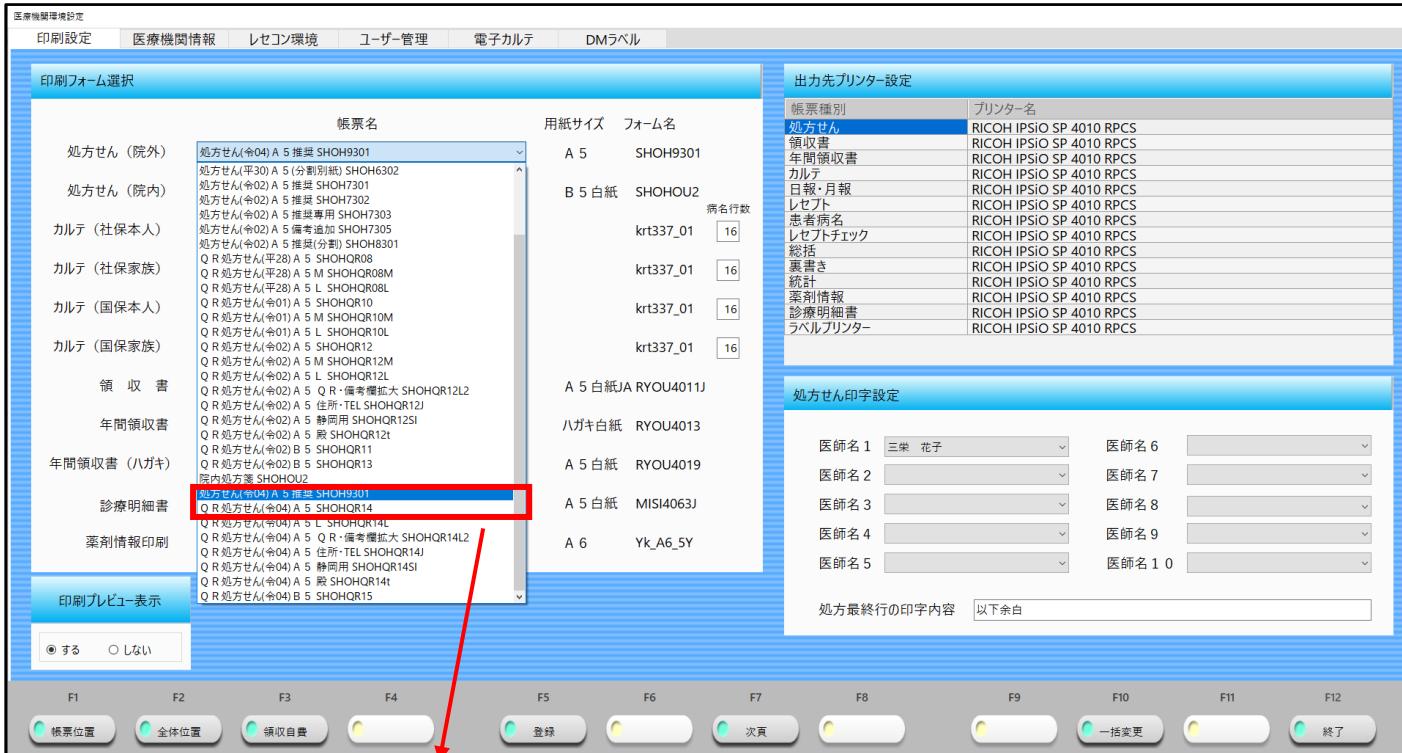
◆ リフィル処方箋が使用できるのは4月からです。

3月中は使用できませんので、4月1日以降に設定変更をしてください。

① メニュー画面 [環境設定] を押します。

② [印刷設定] タブを選択します。

③ 印刷フォーム選択の「[処方せん(院外)]」のvをクリックし、使用する処方せんのフォームを選択します。



処方せんフォーム「SHOH9301」を選択します。

印刷フォーム選択

帳票名	用紙サイズ	フォーム名
処方せん（院外）	A5	SHOH9301
処方せん（院内）	B5白紙	SHOHOU2
カルテ（社保本人）		
カルテ（社保家族）		
カルテ（国保本人）		
カルテ（国保家族）		
領收書	A5白紙	JAYOU4011J
年間領収書	ハガキ白紙	RYOU4013
年間領収書（ハガキ）	A5白紙	RYOU4019
診療明細書	A5白紙	MISI4063J
薬剤情報印刷	A6	Yk_A6_5Y
印刷プレビュー表示		

④ [F5 登録] を押します。「登録しますか？」で [はい] を選んでください。

⑤ 印刷設定画面で、[F12 終了] を押してメニュー画面に戻ります。

◆ QRコード付き処方箋様式の変更について

名 称(サイズ)	現ファイル名		新ファイル名
A5	SHOHQR12	⇒	SHOHQR14
B5	SHOHQR13	⇒	SHOHQR15
A5	SHOHQR12t	⇒	SHOHQR14t
A5	SHOHQR12L	⇒	SHOHQR14L
A5	SHOHQR12L2	⇒	SHOHQR14L2
A5	SHOHQR12J	⇒	SHOHQR14J
A5	SHOHQR12SI	⇒	SHOHQR14SI

## CalnartX(レセコン)の操作方法

リフィル処方をする場合、点数マスターの登録・処方せんオプション・診療行為オプションの設定が必要となります

### ◆ マスター登録方法

【 CalnartX(レセコン)の点数マスターに登録対象となる項目 】

点数マスターの区分	新設された加算
リハ・精神	処方箋料(リフィル処方箋・その他) 68 点
	処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬) 40 点
	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与) 28 点
	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方) 40 点

(例) 処方箋料(リフィル処方箋・その他) 68 点 の場合

- ① メニュー画面より [マスター保守] → [F4 処理月] → [令和4年4月] に変更します。
- ② 行為区分選択画面が表示されましたら [リハ・精] を選択して [Enter] を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し [Enter] を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し [Enter] を押します。
- ⑤ 検索窓に「しょほう」と入力し [Enter] を押します。
- ⑥ 使用する「 処方箋料(リフィル処方箋・その他) 」のマスターを選択して [Enter] を押します。
- ⑦ マスターの内容を確認後、[F5 登録] を押します。

### ◆ リフィル処方せんを利用する場合 ~オプションでの自動算定の設定について~

- ① メニュー画面より [F11 オプション] を押します。
- ② ユーザーオプション画面が表示されたら [診療行為] タブを選択します。
- ③ 「処方せん料の自動算定」項目を選択し、「2」を設定します。

17 処方せん料の自動算定 0 0 = 確認 1 = 手動 2 = 自動

- ④ [処方せん] タブを選択します。
- ⑤ 「リフィル処方せんの利用」項目を選択し、「1」を設定します。

6 リフィル処方せんの利用 1 0 = しない 1 = する (毎回選択)

- ⑥ [F5 登録] を押します。登録しますか?で [はい] を選んでください。

※ 上記の設定は、全てのパソコンに反映されます。

## ◆ 診療行為入力

### 【 リフィル処方箋の印刷 】

- ① 院外処方せんの内容を入力し、[F11 処方印刷] を押します。
- ② 「リフィル処方せんの利用回数」画面が表示されますので 任意の項目を選択します。

診療で選択した回数が処方箋に印刷されます。

### 【 処方箋料の算定 】

(例) 処方箋料(リフィル処方箋・その他) 68 点 の場合

- ① 院外処方せん内容を含む診療内容を入力し、[F5 登録] を押します。
- ② 確認画面が表示されますので、[リフィル] を選択します。  
(確認画面)

(診療行為)

## ◆ 処方箋の印字位置調整について

印字位置調整が必要な場合のみ操作を行ってください。

- ① メニュー画面より [環境設定] を押し、印刷設定から [F1 帳票位置] を押します。
- ② 用紙設定画面が表示されましたら [F1 印字位置] を押します。
- ③ 印字位置調整選択画面が表示されましたら、調整を行いたいファイル名にカーソルを合わせて [Enter] を押します。
- ④ 印字位置微調整画面が表示されますので、調整値(縦)および調整値(横)を行ってください。
- ⑤ 数値入力後、必ず [登録] を押してください。
- ⑥ その後 [テスト印字] を押すと、変更された印字位置を確認することができます。
- ⑦ 印字調整を終了する場合は [F12 戻る] から [F12 終了] を押すと、メニュー画面に戻ります。

## IV. 小児かかりつけ診療料について

小児科を標榜するユーザー様のみ

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系となりました。

上記に伴い、現行のマスターは3月末で廃止されます。

4月以降も小児かかりつけ診療料をご使用になる場合は、マスター保守より **F4 処理月** を押下し  
**【令和4年4月】** に変更後、新設となるマスターの登録を行ってください。

改正前			改正後
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料1 (処方箋を交付)初診時 641 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料1 (処方箋を交付)再診時 448 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料1 (処方箋を交付しない)初診時 758 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料1 (処方箋を交付しない)再診時 566 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料 2 (処方箋を交付)初診時 630 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料 2 (処方箋を交付)再診時 437 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料 2 (処方箋を交付しない)初診時 747 点
(新 設)	新規登録	⇒	小児かかりつけ診療料 2 (処方箋を交付しない)再診時 555 点

### CalnartX(レセコン)の操作方法

#### ◆ マスター登録方法

(例) 小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)再診時を新規登録する場合

- ① メニュー画面より **マスター保守** → **F4 処理月** → **令和4年4月** に変更します。
- ② 行為区分選択画面が表示されましたら **医学管理** を選択して **Enter** を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し **Enter** を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し **Enter** を押します。
- ⑤ 検索窓に「しょうに」と入力し **Enter** を押します。
- ⑥ 使用する「 小児かかりつけ診療料 2(処方箋を交付)再診時 」のマスターを選択して **Enter** を押します。  
**Enter** を押します。 正式名称・単位・点数などが表示されます。
- ⑦ マスターの内容を確認後、**F5 登録** を押します。

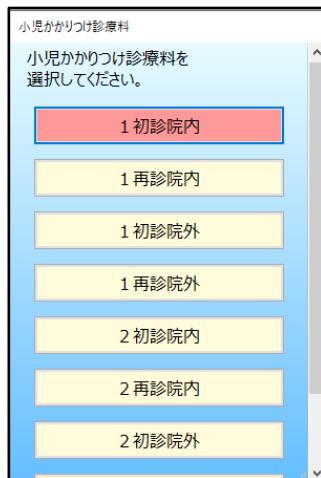
## ◆ 診療行為入力

① 診療行為入力の **136 小児かかりつけ** を押します。

区分									
1	診療セット	2	セット投薬	3	セット注射	5	手術セット	7	セットX P
11	初 診	21	内 服 薬	31	皮下注射	50	手 術	70	X P 86 自 費
121	再 診	22	屯 服 薬	32	静脈注射	24	調剤処方	250	公費マーク0 200 院内処方箋
122	再診+外来	23	外 用 薬	33	点滴注射	245	特疾処方	251	公費マーク1 89 午前<->午後
12	他の再診	241	調 剤 料	34	他の注射	246	薬剤情報	252	公費マーク2 903
131	特定指導	242	處 方 料	35	他の点滴	247	特疾処箋	253	公費マーク3 904
13	他の指導	243	麻毒加算	4	処置セット	6	検査セット	8	リハ・精セット 905
140	在宅セット	900		40	処 置	60	検 査	80	リハ・精 999 併用禁忌チェック
141	往 診	27	處 方 箋	401	患者検索	61	判 断 料	211	一処方箋
14	他の在宅	901		135	小児外来	136	小児かかりつけ	100	コメント

② 更新後令和4年4月1日以降は、下記の画面より算定されるいづれかの項目を選択してください。

※画面に表示されない項目は、スクロールしてから項目を選択してください。



## V. 「レセプト電算処理システム用コード」の入力について

令和4年4月診療分より電子レセプトで使用する下記のシステムコードに対応しました。  
使用される場合は、新たにマスター登録した後に診療行為で入力してください。

### 別表1 診療報酬明細書の「適用」欄への記載事項一覧 令和4年3月25日告示分

上記につきましては、インフォメーションより、確認 または ダウンロード が可能です。

※コメントマスターの正式名称は自動変更されません。各ユーザー様にて正式名称の変更をお願いします。

## VI. 湿布薬について

### ◆ 湿布薬の上限枚数について

湿布薬について、外来患者に対して1処方につき処方できる上限枚数が70枚から63枚に変更されました。

計63枚を超えて投薬する場合は、原則として処方せん料・処方料・調剤料・調剤技術基本料及び当該超過分の薬剤料を算定できません。

ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及びレセプトにコメントを記載することで算定可能となります。

## VII. 「オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用」について

### ◆ 電子的保健医療情報活用加算について

※ 算定には対象患者・施設基準・算定要件が掲げられている場合がございます。  
必ずユーザー様にてご確認ください。

オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、  
当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価が新設されました。

#### 【カルナートの点数マスターに登録対象となる項目】

点数マスターの区分	新設された加算
初診料	電子的保健医療情報活用加算(初診) 7点
	電子的保健医療情報活用加算(初診) (診療情報等の取得が困難等) 3点
再診料	電子的保健医療情報活用加算(再診) 4点

#### 【診療行為での入力】

電子的保健医療情報活用加算は自動算定されませんので、加算を算定される場合は  
診療行為にて手動で入力してください。

## VIII. 改正による見直し項目(主な見直しのみ記載)

### ◆ 医学管理料の見直し(一部抜粋)

※ 算定には対象患者・施設基準・算定要件が掲げられている場合がございます。  
必ずユーザー様にてご確認ください。

#### 【生活習慣病管理料】

生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外されます。

改正前			改正後
生活習慣病管理料 (処方箋を交付)(脂質異常症) 650 点	削除	⇒	廃止
生活習慣病管理料 (処方箋を交付)(高血圧症) 700 点	削除	⇒	廃止
生活習慣病管理料 (処方箋を交付)(糖尿病) 800 点	削除	⇒	廃止
生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(脂質異常症) 1175 点	削除	⇒	廃止
生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(高血圧症) 1035 点	削除	⇒	廃止
生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(糖尿病) 1280 点	削除	⇒	廃止
(新 設)	新規登録	⇒	生活習慣病管理料(脂質異常症を主病) 570 点
(新 設)	新規登録	⇒	生活習慣病管理料(高血圧症を主病) 620 点
(新 設)	新規登録	⇒	生活習慣病管理料(糖尿病を主病) 720 点

### CalnartX(レセコン)の操作方法

#### ◆ マスター登録方法

(例) 生活習慣病管理料(糖尿病を主病) 720 点 の場合

- ① メニュー画面より **マスター保守** → **F4 処理月** → **令和4年4月** に変更します。
- ② 行為区分選択画面が表示されましたら **医学管理** を選択して **Enter** を押します。
- ③ 「位置番号」にマスター一覧の空いている番号を入力し **Enter** を押します。
- ④ 「辞書検索」を選択し **Enter** を押します。
- ⑤ 検索窓に「せいかつ」と入力し **Enter** を押します。
- ⑥ 使用する「生活習慣病管理料(糖尿病を主病)」のマスターを選択して **Enter** を押します。
- ⑦ マスターの内容を確認後、**F5 登録** を押します。

#### ◆ 診療行為入力

(例) 生活習慣病管理料(糖尿病を主病) 720 点 の場合

No.	保険	区分	コード	後	診療内容	数量	単位	点数	回数
1	10	12	120101		再診料	1		73 ×	1
2	10	12	120111		外来管理加算	1		52 ×	1
3	10	13	139914		生活習慣病管理料(糖尿病を主病)	1		720 ×	1
4	10	21	210711		ペイン錠0.2 0.2mg	3	錠		
5	10	21	100000		1日3回 毎食前	1		6 ×	14
6	10	25	240101		調剤料(内服薬・浸煎薬・屯服薬)	1		11 ×	1
7	10	25	240105		処方料(その他)	1		42 ×	1
8									

投薬及び調剤料・処方料の入力が出来るようになります。

## ◆ 検査項目の見直し（一部抜粋）

### 【 包括点数 】

改正前			改正後
生化学的検査(1)10項目以上 109点	自動変換	⇒	生化学的検査(1)10項目以上 106点
腫瘍マーカー検査 4項目以上 408点	自動変換	⇒	腫瘍マーカー検査 4項目以上 396点
肝炎ウイルス関連検査 5項目以上 438点	自動変換	⇒	肝炎ウイルス関連検査 5項目以上 425点

### 【 新型コロナウイルス感染症の検査 】

令和4年4月1日より新型コロナウイルス感染症検査に係る保険点数が引き下げられます。

変更対象となる新型コロナウイルス感染症の検査				
正式名称	12/31～3/31		4/1～6/30	7/1～
SARS-CoV-2 核酸検出(検査委託)	1350点	⇒	850点	⇒ 700点
SARS-CoV-2・インフルエンザ 核酸同時検出(検査委託)	1350点	⇒	850点	⇒ 700点
SARS-CoV-2 核酸検出(検査委託以外)			700点	
SARS-CoV-2・インフルエンザ 核酸同時検出(検査委託以外)			700点	
SARS-CoV-2 抗原検出(定性)			300点	
SARS-CoV-2 抗原検出(定量)			560点	
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス 抗原同時検出(定性)			420点	

※ 「SARS-CoV-2 核酸検出(検査委託)」及び「SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出(検査委託)」に関して上記の検査は4月1日以降に点数が引き下げられます。(点数は自動的に変更されます。)

7月1日以降に再度点数の引き下げが予定されております。

7月1日以降に該当する検査をご使用になる場合は、検査マスターを新たに辞書から登録してください。

## ◆ オンライン診療料の点数（一部抜粋）

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診・再診について、新たな評価が新設されました。

改正前			改正後
(新 設)	新規登録	⇒	初診料(情報通信機器) 251点
(新 設)	新規登録	⇒	再診料(情報通信機器) 73点

## ◆ 在宅医療項目の見直し（一部抜粋）

### 【在医総管・施医総管】

(参考資料)

※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		在支診・在支病			その他			
在 宅 時 医 学 総 合 管 理 料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	
		①月2回以上訪問 (重症患者)	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
		②月2回以上訪問	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
		③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
		④月1回訪問	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
		⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施 設 入 居 時 等 医 学 総 合 管 理 料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	
		①月2回以上訪問 (重症患者)	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
		②月2回以上訪問	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
		③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
		④月1回訪問	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
		⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	955点	553点	390点	775点	455点	330点
							224	

※ 辞書より新規登録が必要な項目はP16 ページを参照してください。

それ以外の項目は点数改正処理を行うと新しい点数に自動変換されます。

### 【辞書より新規登録が必要な項目】

改正前			改正後
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月2回以上・通信機1人) 2569点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月2回以上・通信機2～9人) 1465点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月2回以上・通信機10人～) 780点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機1人) 2029点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機2～人) 1180点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機10人～) 660点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月1回・通信機1人) 1285点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月1回・通信機2～9人) 733点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等・月1回・通信機10人～) 390点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月1回・通信機1人) 1015点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月1回・通信機2～9人) 590点
(新 設)	新規登録	⇒	在医総管(在支診等以外・月1回・通信機10人～) 330点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月2回以上・通信機1人) 1909点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月2回以上・通信機2～9人) 1105点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月2回以上・通信機10人～) 780点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機1人) 1549点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機2～9人) 910点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機10人～) 660点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月1回・通信機1人) 955点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月1回・通信機2～9人) 552点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等・月1回・通信機10人～) 390点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月1回・通信機1人) 775点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月1回・通信機2～9人) 455点
(新 設)	新規登録	⇒	施医総管(在支診等以外・月1回・通信機10人～) 330点

## ◆ 外来後発医薬品使用体制加算

外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準が引き上げされました。

改正前	改正後
外来後発医薬品使用体制加算1 (85%以上)	⇒ 外来後発医薬品使用体制加算1 (90%以上)
外来後発医薬品使用体制加算2 (75%以上 85%未満)	⇒ 外来後発医薬品使用体制加算2 (85%以上)
外来後発医薬品使用体制加算3 (70%以上 75%未満)	⇒ 外来後発医薬品使用体制加算3 (75%以上)

## ◆ リハ・精神の見直し（一部抜粋）

### 【 通院・在宅精神療法 】

通院精神療法及び在宅精神療法について、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価が設けられます。



現行		改定後	
【通院精神療法】		【通院精神療法】(在宅精神療法についても同様)	
診療時間	点数	実施者	点数
60分以上 (初診のみ)	540点	指定医	560点
30分以上	400点	それ以外	540点
30分未満	330点	指定医	410点
		それ以外	390点
		指定医	330点
		それ以外	315点

上記の表に記載されております、現行の「通院精神療法」は令和4年4月以降は廃止となります。  
令和4年4月以降にご使用される場合は、新たに辞書から登録が必要となります。(P17 ページを参照)

改正前			改正後
通院精神療法(初診時) 540点	削除	⇒	(廃止)
通院精神療法(30分以上) 400点	削除	⇒	(廃止)
通院精神療法(30分未満) 330点	削除	⇒	(廃止)
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(初診日に60分以上) (精神保健指定医による場合) 560点
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(初診日に60分以上) ((1)以外の場合) 540点
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(30分以上) (精神保健指定医による場合) 410点
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(30分以上) (1以外の場合) 390点
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(30分未満) (精神保健指定医による場合) 330点
(新 設)	新規登録	⇒	通院精神療法(30分未満) (1以外の場合) 315点

## ◆ 処置の見直し（一部抜粋）

### 【人工腎臓】

現行				改定後				
【人工腎臓】				【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				慢性維持透析を行った場合				
	場合1	場合2	場合3		場合1	場合2	場合3	
4時間未満	別に定める患者の場合 それ以外の場合	1,924点 1,798点	1,884点 1,758点	1,844点 1,718点	4時間未満	<b>1,885点</b>	<b>1,845点</b>	<b>1,805点</b>
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合 それ以外の場合	2,084点 1,958点	2,044点 1,918点	1,999点 1,873点	4時間以上 5時間未満	<b>2,045点</b>	<b>2,005点</b>	<b>1,960点</b>
5時間以上	別に定める患者の場合 それ以外の場合	2,219点 2,093点	2,174点 2,048点	2,129点 2,003点	5時間以上	<b>2,180点</b>	<b>2,135点</b>	<b>2,090点</b>

改正前			改正後
(新設)	新規登録	⇒	透析時運動指導等加算(人工腎臓) 75点
(新設)	新規登録	⇒	導入期加算3(人工腎臓) 800点
人工腎臓(慢性維持透析1) (4時間未満)(規定患者) 1924点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1) (4時間未満)(規定患者) 1885点
人工腎臓(慢性維持透析2) (4時間未満)(規定患者) 1884点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析2) (4時間未満)(規定患者) 1845点
人工腎臓(慢性維持透析3) (4時間未満)(規定患者) 1844点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析3) (4時間未満)(規定患者) 1805点
人工腎臓(慢性維持透析1) (4時間未満)(を除く) 1798点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析2) (4時間未満)(を除く) 1758点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析3) (4時間未満)(を除く) 1718点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上 5時間未満)(規定患者) 2084点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2045点
人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間以上 5時間未満)(規定患者) 2044点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析2) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2005点
人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間以上 5時間未満)(規定患者) 1999点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析3) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 1960点
改正前			改正後
人工腎臓(慢性維持透析1)(4時間以上 5時間未満)(を除く) 1958点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析2)(4時間以上 5時間未満)(を除く) 1918点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析3)(4時間以上 5時間未満)(を除く) 1873点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以 上)(規定患者) 2219点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析1) (5時間以上)(規定患者) 2180点
人工腎臓(慢性維持透析2)(5時間以 上)(規定患者) 2174点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析2) (5時間以上)(規定患者) 2135点
人工腎臓(慢性維持透析3)(5時間以 上)(規定患者) 2129点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析3) (5時間以上)(規定患者) 2090点
人工腎臓(慢性維持透析1)(5時間以 上)(を除く) 2093点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析2)(5時間以 上)(を除く) 2048点	削除	⇒	(廃止)
人工腎臓(慢性維持透析3)(5時間以 上)(を除く) 2003点	削除	⇒	(廃止)

## IX. 点数マスター 「一般名印刷指定」の一括設定について

点数マスターに登録されている薬剤で一般名称が設定されている薬剤全てに「一般名印刷指定」のチェックを付ける場合、下記の操作を行ってください。

※ 参考 ※  
必須ではありません。

### 操作方法

CalnartX を終了させてから、親機で行ってください。

- ① デスクトップ上の「コンピューター」または「PC」をダブルクリックしてください。

【Windows10】



- ② 「Windows(C:)」又は「OS(C:)」又は「ボリューム(C:)」をダブルクリックしてください。

- ③ 「C ドライブ」の直下にある「CalnartX フォルダ」をダブルクリックします。

- ④ 「CalnartX フォルダ」の直下にある「Batch フォルダ」をダブルクリックします。

- ⑤ 「Batch フォルダ」の直下にある「**一般名称一括**」をダブルクリックします。

- ⑥ 「**一般名称一括**」の直下にある「ON.bat」をダブルクリックします。

点数マスターに登録されている薬剤で  
「一般名称」が設定されている薬剤全てに  
「一般名印刷指定」のレ点がつきます。

※ 点数マスターに登録されている「一般名印刷指定」のレ点を一括解除する場合は  
「OFF.bat」をクリックします。

## X. CalnartX(レセコン)の辞書マスターについて

◆ 「新設」マスター（一部抜粋）



医療機関様によってお使いのマスターが異なります。  
代表的なマスターを抜粋し記載しております。

[算定要件]や[施設基準]等につきましては必ずユーザー様にてご確認ください。

改正処理	正式名称	点数
新規登録 (新 設)	● 初・再診料	
	初診料(情報通信機器)	251 点
	再診料(情報通信機器)	73 点
	外来感染対策向上加算(初診)	6 点
	外来感染対策向上加算(再診)	6 点
	連携強化加算(初診)	3 点
	連携強化加算(再診)	3 点
	サーベイランス強化加算(初診)	1 点
	サーベイランス強化加算(再診)	1 点
	電子的保健医療情報活用加算(初診)	7 点
	電子的保健医療情報活用加算(初診)(診療情報等の取得が困難等)	3 点
	電子的保健医療情報活用加算(再診)	4 点
	● 医学管理料	
	外来感染対策向上加算(医学管理等)	6 点
	連携強化加算(医学管理等)	3 点
	サーベイランス強化加算(医学管理等)	1 点
	外来データ提出加算(生活習慣病管理料)	50 点
	小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付)初診時	641 点
	小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付)再診時	448 点
	小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付しない)初診時	758 点
	小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付しない)再診時	566 点
	小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付)初診時	630 点
	小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付)再診時	437 点
	小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付しない)初診時	747 点
	小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付しない)再診時	555 点
	生活習慣病管理料(脂質異常症を主病)	570 点
	生活習慣病管理料(高血圧症を主病)	620 点
	生活習慣病管理料(糖尿病を主病)	720 点
	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(1月目)	280 点
	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料(2月目以降)	25 点
	下肢創傷処置管理料	500 点
	一般不妊治療管理料	250 点
	生殖補助医療管理料 1	300 点
	生殖補助医療管理料 2	250 点
	こころの連携指導料(1)	350 点
	こころの連携指導料(2)	500 点

改正処理	正式名称	点数
新規登録 (新設)	● 在宅	
	外来感染対策向上加算(在宅医療)	6点
	連携強化加算(在宅医療)	3点
	サーベイランス強化加算(在宅医療)	1点
	外来在宅共同指導料1	400点
	外来在宅共同指導料2	600点
	在宅データ提出加算(在医総管・施医総管)	50点
	在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)	50点
	在宅療養移行加算2(在医総管・施医総管(在支診等以外))	116点
	小児加算(在宅がん医療総合診療料)	1000点
	手順書加算(訪問看護指示料)	150点
	在医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機1人)	2029点
	在医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機2~9人)	1180点
	在医総管(在支診等以外・月1回・通信機1人)	1015点
	在医総管(在支診等以外・月1回・通信機2~9人)	590点
	施医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機1人)	1549点
	施医総管(在支診等以外・月2回以上・通信機2~9人)	910点
	施医総管(在支診等以外・月1回・通信機1人)	775点
	施医総管(在支診等以外・月1回・通信機2~9人)	455点
	● 検査	
	関節液検査	50点
	超音波減衰法検査	200点
	骨塩定量検査(REMS法)	140点
	大腿骨同時検査加算(REMS法)	55点
	バルーン内視鏡加算(検査)	450点
	内視鏡的留置術加算(検査)	260点
	Y染色体微小欠失検査	3770点
	● 文書料	
	処方箋料(リフィル処方箋・その他)	68点
	処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬)	40点
	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与)	28点
	処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方)	40点
	● 処置	
	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算	60点
	耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	80点
	透析時運動指導等加算(人工腎臓)	75点
	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)	135点
	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)	147点
	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)	270点
	導入期加算3(人工腎臓)	800点
	● 手術	
	痔瘻手術(注入療法)	1660点
	下肢静脈瘤手術(静脈瘤切除術)	1820点
	人工授精	1820点
	受精卵・胚培養管理料(1個)	4500点
	体外受精・顕微授精管理料(体外受精)	4200点
	体外受精・顕微授精管理料(顕微受精)(1個の場合)	4800点
	採卵術	3200点
	胚盤胞作成加算(1個)	1500点
	胚凍結保存管理料(胚凍結保存管理料(導入時))(1個)	5000点
	胚凍結保存管理料(胚凍結保存維持管理料)	3500点
	胚移植術(新鮮胚移植)	7500点
	胚移植術(凍結・融解胚移植)	12000点

	正式名称	点数
<b>● リハ・精神・病理</b>		
新規登録 (新設)	外来感染対策向上加算(精神科訪問看護・指導料)	6点
	連携強化加算(精神科訪問看護・指導料)	3点
	サーベイランス強化加算(精神科訪問看護・指導料)	1点
	手順書指示加算(精神科訪問看護指示料)	150点
	リハビリテーションデータ提出加算	50点
	療養生活継続支援加算	350点
	通院精神療法(初診日に60分以上)(精神保健指定医による場合)	560点
	通院精神療法(初診日に60分以上)((1)以外の場合)	540点
	通院精神療法(30分以上)(精神保健指定医による場合)	410点
	通院精神療法(30分以上)(1以外の場合)	390点
	通院精神療法(30分未満)(精神保健指定医による場合)	330点
	通院精神療法(30分未満)(1以外の場合)	315点

「自動変換」マスター（一部抜粋）



医療機関様によってお使いのマスターが異なります。  
代表的なマスターを抜粋し記載しております。

[算定要件]や[施設基準]につきましては必ずユーザー様にてご確認ください。

改正前	改正処理	改正後
<b>● 医学管理料</b>		
慢性維持透析患者外来医学管理料 2250 点	自動変換	⇒ 慢性維持透析患者外来医学管理料 2211 点
<b>● 検査</b>		
生化学的検査(1)10項目以上 109 点	自動変換	⇒ 生化学的検査(1)10項目以上 106 点
グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり) 212 点	自動変換	⇒ グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり) 206 点
鼻腔・咽頭拭い液採取 5 点	自動変換	⇒ 鼻腔・咽頭拭い液採取 25 点
B-V(静採) 35 点	自動変換	⇒ B-V(静採) 37 点
血液採取(乳幼児)加算 25 点	自動変換	⇒ 血液採取(乳幼児)加算 30 点
生化学的検査(1)10項目以上 109 点	自動変換	⇒ 生化学的検査(1)10項目以上 106 点
腫瘍マーカー検査4項目以上 409 点	自動変換	⇒ 腫瘍マーカー検査4項目以上 396 点
肝炎ウイルス関連検査 5項目以上 438 点	自動変換	⇒ 肝炎ウイルス関連検査 5項目以上 425 点
<b>● 処置</b>		
鼻処置 14 点	自動変換	⇒ 鼻処置 16 点
口腔・咽頭処置 14 点	自動変換	⇒ 口腔・咽頭処置 16 点
導入期加算 2(人工腎臓) 500 点	自動変換	⇒ 導入期加算 2(人工腎臓) 400 点
人工腎臓(慢性維持透析 1) (4時間未満)(規定患者) 1924 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 1) (4時間未満)(規定患者) 1885 点
人工腎臓(慢性維持透析 2) (4時間未満)(規定患者) 1884 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 2) (4時間未満)(規定患者) 1845 点
人工腎臓(慢性維持透析 3) (4時間未満)(規定患者) 1844 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 3) (4時間未満)(規定患者) 1805 点
人工腎臓(慢性維持透析 1) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2084 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 1) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2045 点
人工腎臓(慢性維持透析 2) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2044 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 2) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 2005 点
人工腎臓(慢性維持透析 3) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 1999 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 3) (4時間以上5時間未満)(規定患者) 1960 点
人工腎臓(慢性維持透析 1) (5時間以上)(規定患者) 2219 点	自動変換	⇒ 人工腎臓(慢性維持透析 1) (5時間以上)(規定患者) 2180 点

人工腎臓(慢性維持透析 2) (5 時間以上)(規定患者) 2174 点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析 2) (5 時間以上)(規定患者) 2135 点
人工腎臓(慢性維持透析 3) (5 時間以上)(規定患者) 2129 点	自動変換	⇒	人工腎臓(慢性維持透析 3) (5 時間以上)(規定患者) 2090 点
<b>● 手術</b>			
創傷処理(筋肉、臓器に達しない) (長径 5cm 未満)470 点	自動変換	⇒	創傷処理(筋肉、臓器に達しない)(長径 5cm 未満)530 点
創傷処理(筋肉、臓器に達しない) (長径 5cm 以上 10cm 未満)850 点	自動変換	⇒	創傷処理(筋肉、臓器に達しない)(長径 5cm 以上 10cm 未満)950 点
<b>● 手術</b>			
皮膚切開術(長径 10cm 未満) 570 点	自動変換	⇒	皮膚切開術(長径 10cm 未満) 640 点
皮膚切開術(長径 10cm 以上 20cm 未満) 990 点	自動変換	⇒	皮膚切開術(長径 10cm 以上 20cm 未満) 1110 点
デブリードマン(100cm <sup>2</sup> 未満) 1260 点	自動変換	⇒	デブリードマン(100cm <sup>2</sup> 未満) 1410 点
デブリードマン(100cm <sup>2</sup> 以上 3000cm <sup>2</sup> 未満) 4300 点	自動変換	⇒	デブリードマン(100cm <sup>2</sup> 以上 3000cm <sup>2</sup> 未満) 4820 点

「廃止」マスター（一部抜粋）



医療機関様によってお使いのマスターが異なります。  
代表的なマスターを抜粋し記載しております。

[算定要件]や[施設基準]につきましては必ずユーザー様にてご確認ください。

改正処理	正式名称	点数	改正処理後
	<b>● 医学管理料</b>		
	小児かかりつけ診療料(処方箋を交付)初診時	631 点	
	小児かかりつけ診療料(処方箋を交付)再診時	438 点	
	小児かかりつけ診療料(処方箋を交付しない)初診時	748 点	
	小児かかりつけ診療料(処方箋を交付しない)再診時	556 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付)(脂質異常症を主病)	650 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付)(高血圧症を主病)	700 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付)(糖尿病を主病)	800 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(脂質異常症を主病)	1175 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(高血圧症を主病)	1035 点	
	生活習慣病管理料(処方箋を交付しない)(糖尿病を主病)	1280 点	
	<b>● 検査</b>		
	眼底血圧(簡単)	42 点	
	眼底血圧(複雑)	100 点	
	<b>● 処置</b>		
	人工腎臓(慢性維持透析 1)(4 時間未満)(イを除く)	1798 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 2)(4 時間未満)(イを除く)	1758 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 1)(4 時間以上 5 時間未満)(ロを除く)	1958 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 2)(4 時間以上 5 時間未満)(ロを除く)	1918 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 3)(4 時間以上 5 時間未満)(ロを除く)	1873 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 1)(5 時間以上)(ハを除く)	1873 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 2)(5 時間以上)(ハを除く)	2048 点	
	人工腎臓(慢性維持透析 3)(5 時間以上)(ハを除く)	2003 点	
	<b>● リハ・精神・病理</b>		
	通院精神療法(初診日に60分以上)	540 点	
	通院精神療法(30分以上)	400 点	
	通院精神療法(30分未満)	330 点	
	在宅精神療法(初診日に60分以上)	600 点	
	在宅精神療法(60分以上)	540 点	
	在宅精神療法(30分以上60分未満)	400 点	
	在宅精神療法(30分未満)	330 点	

廃止  
(削除)