

令和 2 度診療報酬改定に係る医科診療行為マスターの変更について

1 マスターファイルの変更点

現時点におけるマスターファイルの変更点は次のとおりです。

項番	項目名	内 容	備 考
3	診療行為コード	新設、廃止及び変更  D P C 及び医療観察に係るコードは今回の公表では未対応	内訳は公表マスターの項番 1「変更区分」を参照 3:新規 5:変更 9:廃止  後日更新予定
1 6	包括対象検査	設定値の削除 12:悪性腫瘍遺伝子検査の包括項目  設定値の追加 13:悪性腫瘍遺伝子検査（処理が容易なもの） 14:悪性腫瘍遺伝子検査（処理が複雑なもの）	D004-2 悪性腫瘍遺伝子検査の注 1 及び注 2 に基づく変更
1 8	D P C 適用区分	今回の公表では未対応	後日更新予定
2 3	麻酔識別区分	設定値の追加 6:神経ブロック併施加算（厚生労働大臣が定める患者）	L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注 9 のイに基づく追加
2 4	予備	未使用:「0」を記録	「入院基本料加算区分」からの変更
2 6	予備	未使用:「0」を記録	「医学管理料」からの変更
4 0	通則年齢	設定値の追加 <基本項目、合成項目、準用項目> 2:年齢に関する注加算を算定可能な診療行為 <加算項目、通則加算項目> 2:年齢に関する注加算自体	令和 2 年度診療報酬改定と関連なし  E002 撮影及び同注 2 の加算に限る
4 1	下限年齢	設定値の追加 B6: 6 歳に達した日の翌日の 1 日	B001-2 小児科外来診療料の注 1 及び B001-2-11 小児かかりつけ診療料の注 1 に基づく追加
4 2	上限年齢	MG:未就学児	MG:未就学児は後日更新予定
5 1	検査等実施判断料グループ区分	設定値の追加 17:遺伝子関連・染色体検査判断料	D026 検体検査判断料の 2 に基づく追加

項番	項目名	内 容	備 考
5 5	自動縫合器加算 区分	設定値の追加 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 3:自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）を算定可能な診療行為 4:自動縫合器加算又は自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 3:自動縫合器加算（左心耳閉鎖用クリップ使用）自体	K936 自動縫合器加算の注1及び同注2に基づく追加
6 3	包括逡減区分	包括逡減区分コードの削除 65:小腸内視鏡検査（シングルバルーン内視鏡） 106:小腸内視鏡検査（ダブルバルーン内視鏡） 包括逡減区分コードの追加 111:EGFR遺伝子検査（血漿） 112:小腸内視鏡検査（バルーン内視鏡） 113:回腸囊ファイバースコピー	包括逡減対象診療行為の追加に基づく変更
7 2 ～ 8 1	施設基準①～⑩	今回の公表では未対応	後日更新予定
117	点数表区分番号	今回の公表では未対応	後日更新予定
118	モニタリング加算	設定値の削除 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 4:術中脳灌流モニタリング加算を算定する場合に実施している必要がある手術	対象を特定しないため削除
121	創外固定器加算	項目の変更 （予備→創外固定器加算） モード :数字 最大バイト:1 項目形式 :固定  創外固定器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 ＜基本項目、合成項目、準用項目＞ 0:創外固定器加算を算定できない診療行為 1:創外固定器加算を算定可能な診療行為 ＜加算項目、通則加算項目＞ 0:創外固定器加算以外の診療行為 1:創外固定器加算自体	令和2年度診療報酬改定と関連なし  K932 創外固定器加算に基づく整備

項番	項目名	内 容	備 考
122	超音波切削機器加算	<p>項目の変更 (予備→超音波切削機器加算) モード : 数字 最大バイト: 1 項目形式 : 固定</p> <p>超音波切削機器加算を算定可能な診療行為であるか否かを表す。 &lt;基本項目、合成項目、準用項目&gt; 0: 超音波切削機器加算を算定できない診療行為 1: 超音波切削機器加算を算定可能な診療行為</p> <p>&lt;基本項目、通則加算項目&gt; 0: 超音波切削機器加算以外の診療行為 1: 超音波切削機器加算自体</p>	K939-8 超音波切削機器加算に基づく変更
123	左心耳閉鎖術併施区分	<p>項目の追加 モード : 数字 最大バイト: 1 項目形式 : 固定</p> <p>左心耳閉鎖術（開胸手術）を算定するにあたり、併せて実施する必要のある診療行為か否かを表す。 0: 「1」及び「2」以外の診療行為 1: 左心耳閉鎖術（開胸手術）自体 2: 左心耳閉鎖術（開胸手術）を算定するにあたり併せて実施する必要のある診療行為</p>	K594 不整脈手術の注1に基づく追加
124 ～ 150	予備	<p>項目の追加 モード : 数字 最大バイト: 1 項目形式 : 可変</p> <p>未使用: 省略</p>	<p>令和2年度診療報酬改定と関連なし</p> <p>拡張性確保のための項目追加</p>

## 2 医科診療行為コード設定の留意点

下記のコードについては、算定要件により細分化してコードを設定していますので、特に留意ください。

診療行為コード	省略漢字名称	留意点
113030670	人工内耳機器調整加算（6歳未満）	B001 特定疾患治療管理料の14 高度難聴指導管理料の注3に基づき細分化
113030770	人工内耳機器調整加算（6歳以上）	
120002610	処方料（7種類以上内服薬）	F100 処方料の2を細分化
120004410	処方料（向精神薬長期処方）	
120002710	処方箋料（7種類以上内服薬）	F400 処方箋料の2を細分化
120004610	処方箋料（向精神薬長期処方）	
140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳以上）	医科留意事項通知 J041 吸着式血液浄化療法の（2）に基づき細分化
140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳未満）	
150413710	乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	告示第2章第10部手術の通則第19号に基づき細分化
150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	
150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	

### 3 医科診療行為コードの経過措置

経過措置が設けられている診療行為については、適用時期に合わせてコードの新設又は廃止を行います。

※ 今後、厚生労働省から発出される通知等によっては、変更が生じる場合があります。

#### (1) 医科診療報酬点数表

告示	区 分				適用開始年月	
					開 始	終 了
第 4 章 1	A103	精神病棟入院 基本料	4 5	18 対 1 入院基本料 20 対 1 入院基本料		当分の間
第 4 章 2	A000	初診料	注 2	病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が 200 未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、214 点を算定する。		令和 2 年 9 月 30 日
	A002	外来診療料	注 2	病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、55 点を算定する。		
第 4 章 3	A101	療養病棟入院 基本料	注 11	注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、注 1 に規定する療養病棟入院料 2 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第 3 節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定する。		令和 4 年 3 月 31 日

告示	区 分				適用開始年月	
					開 始	終 了
第 4 章 4	D001	尿中特殊物質 定性定量検査	2	Bence Jones 蛋白定性 (尿)		令和 4 年 3 月 31 日
	D007	血液化学検査	1	アルブミン (BCP改良法・BCG 法)		
			22	CK-MB (免疫阻害法・蛋白量測 定)		
	D024	動物使用検査				
	D276	網膜中心血管圧測定				
第 4 章 5	I016	精神科在宅患 者支援管理料	1	ハイ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者 1 人 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		令和 3 年 3 月 31 日

(2) 基本診療料の施設基準等

告示	区 分				適用開始年月	
					開 始	終 了
第十一 二十三	A308 -3	地域包括ケア 病棟入院料	注 9	注 1 に規定する保険医療機関以外の 保険医療機関であって、注 1 に規定す る地域包括ケア病棟入院料の施設基準 のうち別に厚生労働大臣が定めるもの のみに適合しなくなったものとして地 方厚生局長等に届け出た場合に限り、 当該病棟に入院している患者について は、地域包括ケア病棟特別入院料とし て、所定点数の 100 分の 90 に相当す る点数を算定する。	令和 2 年 10 月 1 日	