

NICHII 医事ニュース

発行

第436号

発行元：医療関連事業本部 インベーション部 経営支援課

文責：永田弘美

主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

今月のピックアップ

2026年8月より高額療養費制度が見直しされます

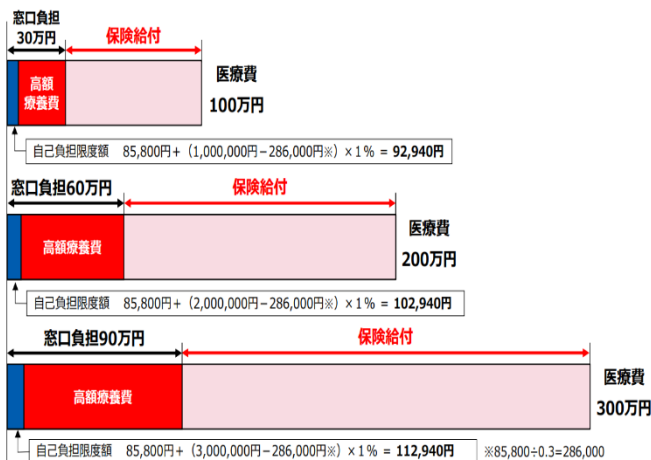
2026年8月からの高額療養費制度の見直しでは、低所得者の負担に配慮しつつ、一人当たり医療費の伸びに応じて月額負担上限額を見直し、また、長期療養者への配慮の観点から、「多数回該当」の金額を維持するとともに、新たに年単位の上限額（「年間上限」）が設けられます。さらに2027年8月からは、「応能負担」という観点に基づき、所得区分をよりきめ細かいものとするため、現在の限度額から著しく増加することがないように配慮しつつ、所得区分の細分化を行うこととしています。そして「年収200万円未満の課税世帯」の多数回該当の金額を引き下げる、といった見直しも行われます。

このように段階的に見直しが行われます。詳しくは、厚生労働省のHPをご確認願います。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_hoken/juuyou/kougakuiryuu/index.html



(例) 70歳未満・年収約370万円～約510万円の場合（3割負担）



- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

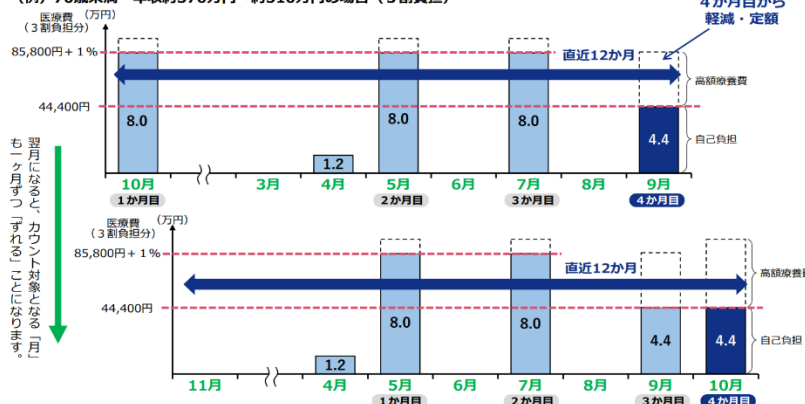
（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

- 高額療養費の多数回該当の仕組み
直近12か月（当月含む）の間に高額療養費に該当した月が3か月以上ある場合は、4か月目以降は自己負担限度額が更に軽減される「多数回該当」という仕組みがある（世帯単位）

(例) 70歳未満・年収約370万円～約510万円の場合（3割負担）



高額療養費制度の見直しのポイント

- 高額療養費制度の見直しの基本的な考え方（令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（※））を踏まえ、高額療養費のセーフティネット機能に鑑み、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮しつつ、制度を将来にわたって堅持していくための見直しを行う。

※患者団体、保険者、労使団体を代表する委員等に参画いただき、計9回議論を実施

1. 長期療養者への配慮

（1）多数回該当の金額を据え置き

－長期に継続して治療を受けられている方の経済的負担を増加させない。

（2）「年間上限」の導入

－多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

2. 低所得者への配慮

（1）住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「**年収200万円未満**」の方の**多数回該当の金額を引き下げる**。

（2）外来特例の限度額引上げの際、「**住民税非課税区分**」に**外来年間上限を導入**し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

高額療養費の年間上限の新設

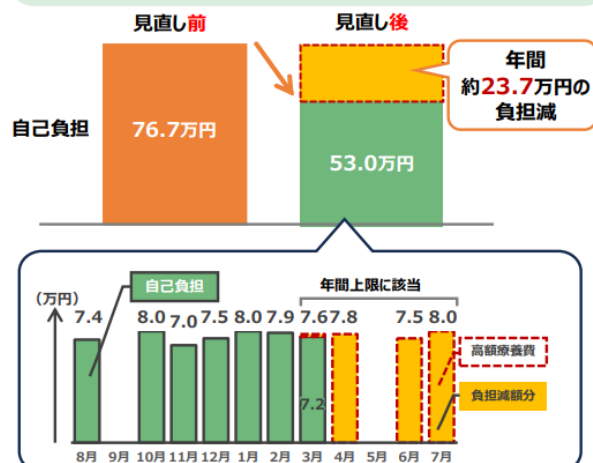


長期にわたり治療が必要な方のセーフティネット機能の強化

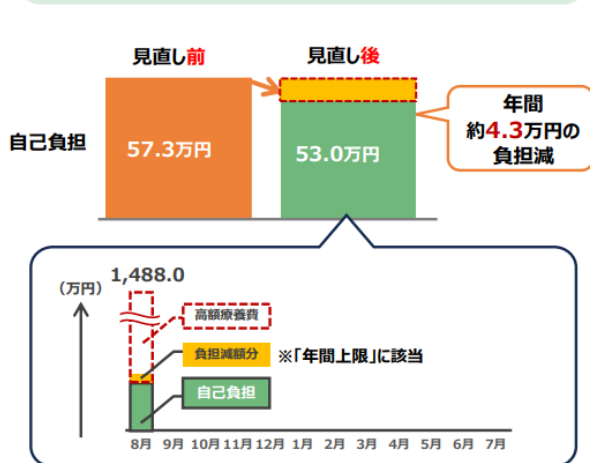
高額療養費の月単位の自己負担は、将来にわたり制度を維持するため、医療費の伸びや所得に応じて負担いただきますが、医療費の自己負担について、**新たに年単位の上限額（年間上限）を設けます**。月ごとの自己負担額が積み上がっても、**年間の上限額に達した後は、それ以上の医療費の支払いは不要**となります。

今回の見直しにより、例えば、以下の方は医療費負担が軽くなる場合があります。

これまで多数回該当（※）に該当しなかった方の場合



極めて高額な医療を受けた方の場合



※多数回該当：年に4回以上高額療養費に該当する方の自己負担を更に軽減する仕組み

（例）年収約370万円～年収約770万円の者の自己負担限度額（現行）・年1～3回：80,100円＋1％・年4回目以降：44,400円

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和8年8月～令和9年7月）

70歳未満	所得区分			負担割合	月単位の上限額（円）		年単位の上限額（円）
	年収換算	健保（標準報酬月額）	国保（旧ただし書き所得）		多数回該当		
	約1,160万円 ～	83万円以上	901万円超		270,300 +（医療費－901,000）× 1%	<140,100>	1,680,000
	約770万円 ～ 約1,160万円	53万円 ～ 79万円	600万円～901万円		179,100 +（医療費－597,000）× 1%	<93,000>	1,110,000
	約370万円 ～ 約770万円	28万円 ～ 50万円	210万円～600万円		85,800 +（医療費－286,000）× 1%	<44,400>	530,000
	～ 約370万円	26万円以下	210万円以下		61,500		530,000 （※5）
	住民税非課税				36,900	<24,600>	290,000

70歳以上	所得区分			負担割合	月単位の上限額（円）			年単位の上限額（円）
	年収換算	健保（標準報酬月額）	国保・後期（課税所得）		外来（個人ごと）	多数回該当		
	約1,160万円 ～	83万円以上	690万円以上	3割	270,300 +（医療費－901,000）× 1%		<140,100>	1,680,000
	約770万円 ～ 約1,160万円	53万円 ～ 79万円	380万円以上		179,100 +（医療費－597,000）× 1%		<93,000>	1,110,000
	約370万円 ～ 約770万円	28万円 ～ 50万円	145万円以上		85,800 +（医療費－286,000）× 1%		<44,400>	530,000
	～ 約370万円	26万円以下 （※2）	145万円未満 （※2、3）	70-74歳 2割 75歳以上 1割 （※4）	22,000 （年間上限216,000）	61,500		530,000 （※6）
	住民税非課税				11,000 （年間上限96,000）	25,700	<24,600>	290,000
	住民税非課税（所得が一定以下）				8,000	15,700	—	180,000

※1 義務教育就学前の者については2割。
※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。

※5 「年収換算 約200万円（健保：15万円以下、国保：86万円以下）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。
※6 「年収換算 約200万円（健保：15万円以下、国保・後期：28万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和9年8月～）

70歳未満	所得区分			負担割合
-------	------	--	--	--

70歳以上	所得区分			負担割合	月単位の上限額（円）		年単位の上限額（円）
	年収換算	健保（標準報酬月額）	国保・後期（課税所得）		外来（個人ごと）	多数回該当	
	約1,650万円～	127万円以上	1,107万円以上	3割	342,000 +（医療費－1,140,000）× 1%	<140,100>	1,680,000
	約1,410万円～約1,650万円	103万円～121万円	900万円以上		303,000 +（医療費－1,010,000）× 1%		
	約1,160万円～約1,410万円	83万円～98万円	690万円以上		270,300 +（医療費－901,000）× 1%		
	約1,040万円～約1,160万円	71万円～79万円	614万円以上		209,400 +（医療費－698,000）× 1%	<93,000>	1,110,000
	約950万円～約1,040万円	62万円～68万円	504万円以上		194,400 +（医療費－648,000）× 1%		
	約770万円～約950万円	53万円～59万円	380万円以上		179,100 +（医療費－597,000）× 1%		
	約650万円～約770万円	44万円～50万円	280万円以上		110,400 +（医療費－368,000）× 1%		
	約510万円～約650万円	36万円～41万円	203万円以上		98,100 +（医療費－327,000）× 1%	<44,400>	530,000
	約370万円～約510万円	28万円～34万円	145万円以上	85,800 +（医療費－286,000）× 1%			
	約260万円～約370万円	20万円～26万円 （※2）	57万円以上 （※2、3）	2割	28,000 （年間上限216,000）		
	約200万円～約260万円	16万円～19万円	28万円以上		65,400		
	～約200万円	15万円以下	28万円未満 （※4）	70～74歳 2割 75歳以上 1割（※5）	22,000 （年間上限216,000）	61,500	<34,500>
住民税非課税			13,000 （年間上限96,000）		25,700	<24,600>	290,000
住民税非課税（所得が一定以下）			8,000		15,700	—	180,000

※1 義務教育就学前の者については2割。
※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
※4 後期については、年金収入＋その他の合計所得金額が200万円未満（複数世帯の場合は320万円未満）の場合も含む。

※5 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。



ICD-11について

ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) は、World Health Organization (WHO) が作成した「**疾病及び関連保健問題の国際統計分類第11版**」です。世界共通の疾病分類であり、病気、外傷、死因、健康関連状態などをコード化して、診療・統計・研究・保健行政で共通に利用することを目的としています。WHO総会で2019年に採択され、2022年1月1日から正式に発効しました。

厚生労働省は、**2027年1月から統計法に基づく「疾病、傷害及び死因の統計分類」をICD-11 (2023年版) 準拠へ移行**すると公表しています。統計調査だけでなく、医療機関における診療録管理などへの活用も見込まれています。これは主として統計・公衆衛生分野での適用開始を意味し、診療報酬制度やレセプト業務に同時に全面移行することを意味するものではありませんが、「**ICD-11への移行がDPCや診療情報管理、レセプト運用にどのような影響を与えるか**」を理解しておくことが重要になってくると思われますので、その概要をお示しいたします。



<https://www.mhlw.go.jp/stf/toukei/goriyou/sippe.html>

「ICDのABC 国際疾病分類 第11版 (ICD-11) の有効活用を目指して」より抜粋

ICD改訂の歴史及び日本国内での告示改正*1の歴史

表

改訂版	採択年 (国際会議/世界保健総会)	発効年	分類数 (細分類数)	国内 告示年	国内 適用期間
第0	1891 (明治24) 年 国際会議	—	161 (-)	—	—
第1	1900 (明治33) 年 国際会議	—	179 (-)	—	1899~1908
第2	1909 (明治42) 年 国際会議	—	189 (-)	—	1909~1922
第3	1920 (大正09) 年 国際会議	—	205 (-)	—	1923~1932
第4	1929 (昭和04) 年 国際会議	—	200 (-)	—	1933~1945
第5	1938 (昭和13) 年 国際会議	—	200 (-)	—	1946~1949
第6	1948 (昭和23) 年 WHO国際会議	1948年	953 (-)	1951 (昭26) 年	1950~1957
第7	1955 (昭和30) 年 WHO国際会議	1956年	953 (-)	1957 (昭32) 年	1958~1967
第8	1965 (昭和40) 年 WHO国際会議	1968年	1,040 (3,489)	1967 (昭42) 年	1968~1978
第9	1975 (昭和50) 年 WHO国際会議	1979年	1,179 (7,130)	1978 (昭53) 年	1979~1994
第10	1990 (平成02) 年 WHO国際会議	1993年	2,036 (14,195)	1994 (平6) 年	1995~2005
	2003 (平成15) 年	—	2,045 (14,258)	2005 (平17) 年	2006~2015
	2013 (平成25) 年	—	2,095 (15,071)	2015 (平27) 年	2016~2026
第11	2019 (令和01) 年 世界保健総会	2022年	17,528 *2	—	—
	2023 (令和05) 年	—	17,106 *3	2026 (令8) 年	2027~

*1 統計法に基づき規定するICD準拠の統計基準の告示の改正

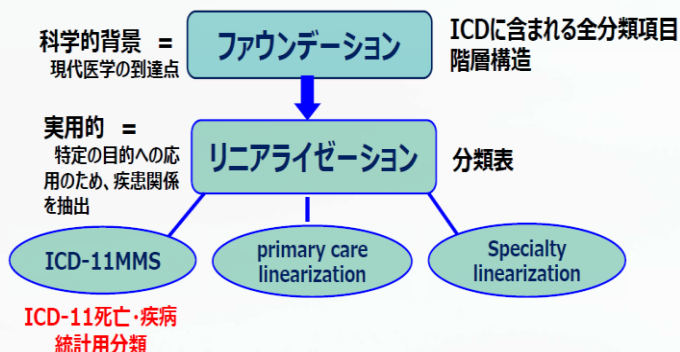
*2 2019年4月版の第1~26章のcategory (細分類を有する分類項目を含む) の数である。

*3 2023年1月版の第1~25章のcategory (細分類を有する分類項目を含む) の数である。

- 1900 (明治33) 年、国際統計会議によりICD-1が発刊
- 国際統計会議によりICD-5まで改訂
- 1946 (昭和21) 年以降、ICD-6からはWHOにより改訂
- ICD-11は2019 (令和元) 年世界保健総会で採択され、2022 (令和4) 年に発効
- 我が国では2027 (令和9) 年より、ICD-11 (2023年版) に準拠した統計分類が施行予定

ICD-11の骨組み

ファウンデーションとは、疾病、障害、損傷、外因、徴候、症状など、健康及び保健関連領域に関わる用語及び項目を含み、これらは相互に関連しあい、同義語等も多次元に保持されています。これらの中から、ある特定の要素を含むものを抜き出し、組織的に網羅したものを**リアライゼーション**と呼びます。国際的な中核となる参照リアライゼーションは、**ICD-11MMS (ICD-11死亡・疾病統計用分類)**ですが、将来他の目的のリアライゼーションが出てくることでしょう。



- **ファウンデーション**とは、ICD-11に収載されているすべての疾病・健康関連概念を格納した「マスター (知識ベース)」のこと
- **リアライゼーション**とは、ファウンデーションに登録された膨大な疾病概念を、特定の目的に応じて「一列に並べた分類体系」にしたもの
- **ICD-11 MMS (Mortality and Morbidity Statistics)**とは、リアライゼーションの一つで、「統計用に整理した分類表」のこと

ICD-11 MMSとは

ICD-11死亡・疾病統計用分類 (ICD-11 MMS : Mortality and Morbidity Statistics) の構成は、疾病・障害・外因・健康状態に影響を及ぼす要因などを体系的に分類した28章で構成されています。

章立ては、ICDの原型であるWilliam Farrの分類の基本を維持しており、第1~4章、18~20章、22章は、疫学的にまとめられる病態として「特定グループ」の章とされる。その他の章は、「身体系」などの章とされる。病態の位置づけは一般的には「特定グループ」の章が優先されます。

各章のおおまかな内容は以下のとおりです。

- 1~5章 : 全身性の疾患
- 6~7章 : 精神、睡眠障害等
- 8~17章 : 解剖学的系統別疾患
- 18~20章 : 分娩・新生児疾患・発生異常
- 21~25章 : 症状・徴候・損傷・中毒・外因・健康状態に影響を及ぼす要因・特殊目的コード
- 26章 : 伝統医学
- V章 : 生活機能分類
- X章 : エクステンションコード

ICD-11コード概要

ICD-11 コードは最長6桁でアルファベット及び数字で構成されます。

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目	5桁目	6桁目
英数字	英字	数字	英数字	英数字	英数字

(例) 2A01.00 Primary malignant meningioma (原発性悪性髄膜腫)

章番号を示す	「1:イチ」 「I:アイ」は使用しない	「0:ゼロ」 「O:オウ」は使用しない
--------	------------------------	------------------------

ICD-11MMS の章番号とコードの範囲

1. 1A00-1H0Z	特定の感染症又は寄生虫症	16. GA00-GC8Z	腎尿路生殖器系の疾患
2. 2A00-2F9Z	新生物	17. HA00-HA8Z	性の健康に関連する状態群
3. 3A00-3C0Z	血液又は造血系の疾患	18. JA00-JB6Z	妊娠、分娩又は産褥
4. 4A00-4B4Z	免疫系の疾患	19. KA00-KD5Z	周産期に発生した特定の状態
5. 5A00-5D46	内分泌、栄養又は代謝疾患	20. LA00-LD9Z	発生異常
6. 6A00-6E8Z	精神、行動又は神経発達系の疾患群	21. MA00-MH2V	症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの
7. 7A00-7B2Z	睡眠・覚醒障害群	22. NA00-NF2Z	損傷、中毒又は特定のその他の外因の影響
8. 8A00-8E7Z	神経系の疾患	23. PA00-PL2Z	傷病又は死亡の外因
9. 9A00-9E1Z	視覚系の疾患	24. QA00-QF4Z	健康状態に影響を及ぼす要因又は保健医療サービスの利用の要因
10. AA00-AC0Z	耳又は乳突突起の疾患	25. RA00-RA26	特殊目的用コード
11. BA00-BE2Z	循環器系の疾患	26. SA00-SJ3Z	補章 伝統医学の状態—モジュール1
12. CA00-CB7Z	呼吸器系の疾患	V. VD00-VW8Z	生活機能評価のための補助セクション
13. DA00-DE2Z	消化器系の疾患	X. X	エクステンションコード
14. EA00-EM0Z	皮膚の疾患		
15. FA00-FC0Z	筋骨格系又は結合組織の疾患		

ICD-11コードの種類

ステムコード、エクステンションコード

基幹分類となる **ステムコード** に加え、詳細情報を付加する **エクステンションコード** がある

単独で使える基本のコード

ステムコードに詳細情報を付加するためのコード

ステムコードは1つのカテゴリとしてグルーピングされる疾患群や臨床病態です

2型糖尿病 5A11

エクステンションコードは単独で使えない

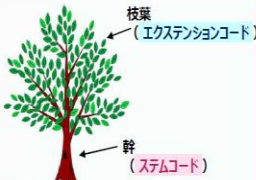
*Xで始まるコード

ステムコードと&で結合

C5/6頸椎椎間板ヘルニア FB1Y&XA1X49

大腸菌による左急性腎盂腎炎 GB51&XK8G&XN6P4

注) 上記和訳は、臨床的によく用いられる表現を使用しています。正式な和訳は以下を参照してください。
疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-11準拠) | 厚生労働省



- ICD-11では、「**ステムコード (Stem Code)**」と「**エクステンションコード (Extension Code)**」という新しい仕組みが導入された。これはICD-11の大きな特徴であり、ICD-10では表現しきれなかった詳細な臨床情報をコード化できるようになった。
- ステムコードは、疾病や健康状態の「基本となるコード」
- エクステンションコードは、「病気の詳細情報」を追加するコード

- プレコーディネーション** = 最初から複数の要素を組み込んだ「完成済みのコード」⇒複数の医学的要素があらかじめ一つのコードとして登録されている
- ポストコーディネーション** = 基本となるコード (ステムコード) に、追加コード (エクステンションコード等) を組み合わせて詳細情報を表現する方法

プレコーディネーション

全ての関連情報が予め **ステムコード** に含まれている

CA40.05 緑膿菌による肺炎

2C25.2 呼吸器の扁平上皮がん

肺炎
緑膿菌

扁平上皮癌
呼吸器

プレコーディネーションでは **ステムコード** に起病因や組織型の情報がすでに含まれています

ポストコーディネーション

ステムコード に情報を追加して複数のコードで正確な状態を表現する

CB41.0Z/CA40.0Z

2C25.2&XA5FV2/MG30.10

細菌性肺炎による急性呼吸不全

左主気管支の扁平上皮癌、がん性疼痛を伴う

急性呼吸不全 / 細菌性肺炎

扁平上皮癌 & 左主気管支 / がん性疼痛

注) 上記和訳は、臨床的によく用いられる表現を使用しています。正式な和訳は以下を参照してください。
疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-11準拠) | 厚生労働省

クラスター



原発性高コレステロール血症を指摘されていたが、無治療で過ごしていた。会社で残業中に、突然40分以上持続する強度の胸痛が出現した為、救急搬送された。緊急冠動脈造影検査で左前下行枝閉塞による**前壁ST上昇型心筋梗塞**が診断され、冠動脈ステント留置で治療された。**冠動脈硬化**は1枝のみに認められた。術後、心臓リハビリテーションを中心とした治療後に退院した。入院期間は1週間であった。

主要病態 : **BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7/BA52.Z&XS2V**
急性ST上昇型心筋梗塞 心臓前壁 左前下行枝 冠動脈硬化症 1枝病変

その他の病態 : **5C80.00**
原発性高コレステロール血症

ステムコードとステムコードは / で結合
ステムコードとエクステンションコードは & で結合

ICD-11では必要に応じて**複数の**中心的な**診断概念を組合せる**ことが可能

このように結合されたコードの集合体を **クラスター** と呼ぶ

● **クラスター** (Cluster) とは、ステムコードとエクステンションコードなどを組み合わせて、1つの臨床状態を表現するコードの集合体のこと

ICD-10 : 病名を探す分類

ICD-11 : 患者の状態を組み立てて表現する分類

医療事務・診療情報管理の視点では、

- ステムコード = 主役
- エクステンションコード = 補足情報
- クラスター = 患者状態の完成形

疾病コーディング 主要病態

ある人が、何らかの病態 (状態) について、医療機関を受診・入院するなど、医療サービスを受けた期間をひとつのエピソードとして、その間に得られた情報から、個人の持つ疾病、健康上の問題が疾病コーディングの対象となります。保健医療情報のソースとしては、入院診療記録、外来診療記録、退院時要約、学校健康診断票、診療報酬明細書、健康調査票、母子健康手帳などがあります。

医療従事者が主要な病態として記録した傷病名に、それが単一のコードで表せる場合はそのまま当該傷病をコードします。複数コードの組み合わせで表す場合は、クラスターにコードを付け、重症かつ特異的疾患である「主要病態」は、「その他の病態」と区別します。クラスターにおける符号の順番は、主要病態のコードを最初にコードします。

2003 (平成15) 年度より、急性期病院を中心に導入されたDPC/PDPS (診断群分類による1日当たり包括支払い方式) でも、この考え方は導入されており、その重要性は増えています。

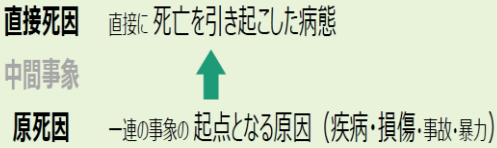


2型糖尿病、インスリン導入目的で入院。
入院時併存症: **本態性高血圧**
主要病態: **5A11 (2型糖尿病)**
その他の病態: **BA00.Z (本態性高血圧、詳細不明)**

死因コーディング

※死因コーディングの活用方法を理解しやすくなるための参考例です。

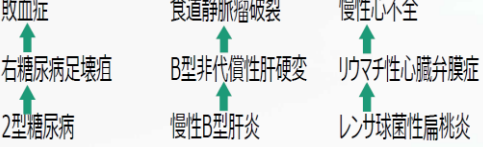
死亡診断情報を統計等に行うための重要な手順



直接に死亡を引き起こした一連の事象の起点となる原因 (疾病・損傷・事故・暴力) は、原因で統計が作成されます。

死因コーディングは、死亡診断書に記載されたすべての疾病に対して行われ、複数の疾病がある場合は原因を完結したクラスターとして表現することもできます。

具体的な死因の例



死因コーディングのクラスター順序の例 原因 / 中間事象 / 直接死因

2型糖尿病/右糖尿病足壊疽/敗血症・慢性B型肝炎/B型非代償性肝硬変/食道静脈瘤破裂・レンガ球菌性扁桃炎/リウマチ性心臓弁膜症/慢性心不全

注) 上記和訳は、臨床的によく用いられる表現を使用しています。正式な和訳は以下を参照してください。

疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-11準拠) | 厚生労働省



死因コーディングの活用例

※死因コーディングの活用方法を理解しやすくなるための参考例です。

右上葉の肺腺癌が脳へ転移し脳ヘルニアを呈し死亡した1例 (ICD-11コードを疾病の右に併記)

	(ア)	直接死因	脳ヘルニア	8D60.0		5日
I	(イ)	(ア) の原因	脳転移	2D50	発病 (発症) 又は受傷から死亡までの期間	3か月
	(ウ)	(イ) の原因	肺腺癌 (右上葉)	2C25.0&XK9K&XA9HN5		1年

✓ ICD-11を使用すると死因でも複数の病態を扱うことが可能です。

並べると **2C25.0&XK9K&XA9HN5|2D50|8D60.0** となります。
肺腺癌 右 上葉 脳転移 脳ヘルニア

注) 縦線 (|) は1欄の各行の区切り、アスタリスクは1欄と2欄の区切りを表し、スラッシュ (/) はICDの規約に従ったステム間の区切り文字としてクラスターを示す。

なお、上記和訳は、臨床的によく用いられる表現を使用しています。正式な和訳は以下を参照してください。

疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-11準拠) | 厚生労働省





G003-2薬液膀胱内注入（1日につき）と無菌製剤処理料について

2026年の診療報酬改定にて、薬液膀胱内注入が、J060⇒G003-2に分離しているので注意しましょう。
なお、それに伴い、G020 無菌製剤処理料 1 の対象患者に「薬液膀胱内注入」が追加となっていますので、算定漏れのないよう注意しましょう。

診療報酬点数表より抜粋

2026年5月まで

2026年5月まで	
J060 膀胱洗浄（1日につき）	
注1 <u>薬液注入</u> 、膀胱洗浄と同時に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。	60点
注2（略）	
【留意事項】	
(1) カテーテル留置中に膀胱洗浄 <u>及び薬液膀胱内注入</u> 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）、後部尿道洗浄（ウルツマン）又は薬液膀胱内注入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)（略）	

2026年6月以降

2026年6月以降	
J060 膀胱洗浄（1日につき）	
注1 膀胱洗浄と同時に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。	60点
注2（略）	
【留意事項】	
(1) カテーテル留置中に膀胱洗浄を行った場合は、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）、後部尿道洗浄（ウルツマン）又は薬液膀胱内注入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)（略）	
<u>G003-2薬液膀胱内注入</u>	<u>60点</u>
【留意事項】	
(1) <u>カテーテル留置中に薬液膀胱内注入を行った場合は、1日につき、薬液膀胱内注入により算定する。</u>	
(2) <u>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）、後部尿道洗浄（ウルツマン）又は薬液膀胱内注入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。</u>	



イ 無菌製剤処理料 1 の対象患者

悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、 ➢ 皮内注射 ➢ 皮下注射 ➢ 筋肉内注射 ➢ 動脈注射 ➢ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 ➢ 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 ➢ 点滴注射 ➢ 脳脊髄腔注射 ➢ <u>薬液膀胱内注入</u> が行われる患者

ロ 無菌製剤処理料 2 の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であって次の①から③までに掲げるもの又は中心静脈注射若しくは植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者 ① 無菌治療室管理加算を算定する患者 ② H I V感染者療養環境特別加算を算定する患者 ③ ①又は②に準ずる患者
--