

診療報酬点数表 新旧対照表

(令和4年4月実施)

医科診療報酬点数表

第1章	基本診療料	2
第1部	初・再診料	2
第2部	入院料等	11
第1節	入院基本料	12
第2節	入院基本料等加算	37
第3節	特定入院料	61
第4節	短期滞在手術等基本料	92
第2章	特掲診療料	98
第1部	医学管理等	98
第2部	在宅医療	146
第3部	検査	184
第4部	画像診断	200
第5部	投薬	210
第6部	注射	216
第7部	リハビリテーション	222
第8部	精神科専門療法	233
第9部	処置	251
第10部	手術	270
第11部	麻酔	291
第12部	放射線治療	298
第13部	病理診断	304
第3章	介護老人保健施設入所者に係る診療料	307
第4章	経過措置	310
改正告示	(適用年月日)	311

医科診療報酬点数表 新旧対照表

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	
第1節 初診料 A000 初診料 【注の見直し】 【注の見直し】	<p>A000 初診料 288点</p> <p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。</p> <p>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。）、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。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも</p>	<p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p> <p>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。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>のを除く。)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、<u>注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。)及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)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、<u>注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>	<p>注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床に係るものの数が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、<u>注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</u></p>
【注の見直し】	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、<u>注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、<u>注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。</u></p>
【注の見直し】	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(注1のただし書に規定する場合にあっては、125点)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点(注1のただし書に規定する場合にあっては、93点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(注2から注4までに規定する場合にあっては、107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 <u>組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注12 <u>注11に該当する場合であつて、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>注13 <u>注11に該当する場合であつて、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>注14 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。</p>	
<p>第2節 再診料 A001 再診料 【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A001 再診料 73点 注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。 注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。 注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。 注4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、250点）を所定点数に加算する。 注6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。 注7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基</p>	<p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。</p> <p>注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注14までに規定する加算は算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあつては、この限りでない。</p> <p>注8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算1 5点 ロ 時間外対応加算2 3点 ハ 時間外対応加算3 1点</p> <p>注11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p>	<p>注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。</p>
【注の見直し】	<p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1 25点 ロ 地域包括診療加算2 18点</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、認知症の患者(認知症以外に1以上の疾患(疑いのものを除く。)を有するものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。)に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加</p>	<p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算1 35点 ロ 認知症地域包括診療加算2 28点</p> <p>注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p>	
【注の追加】	<p>注15 <u>組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
【注の追加】	<p>注16 <u>注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
【注の追加】	<p>注17 <u>注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
【注の追加】	<p>注18 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
A002 外来診療料	<p>A002 外来診療料 74点</p>	
【注の見直し】	<p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。</p>	<p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府</p>	<p>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>県が公表したものに限る。)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。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）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。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。</p>	<p>には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）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。</p>
【注の見直し】	<p>注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。</p>
【注の見直し】	<p>注6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（ヘモグロビンA1c（HbA1c）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ホ 削除</p> <p>ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ト 膀胱洗浄</p> <p>チ 腔洗浄</p> <p>リ 眼処置</p> <p>ヌ 睫毛除去</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>ル 耳処置 ラ 耳管処置 ワ 鼻処置 カ 口腔、咽頭処置 ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置 タ ネブライザー レ <u>超音波ネブライザー</u> ソ 介達牽引 ツ 消炎鎮痛等処置</p> <p>注7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p>注9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。</u></p> <p>A003 削除</p>	<p>タ ネブライザー レ <u>超音波ネブライザー</u></p> <p>(新設)</p> <p>A003 オンライン診療料（月1回） 71点</p> <p>注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。</u></p> <p>注2 <u>区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する月は、別に算定できない。</u></p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
		<p><u>の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</u></p>

第1章 基本診療料 第2部 入院料等



項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。 4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。 5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。 6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 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について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短 	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>期滞在手術等基本料1を除く。)の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。</p>	
<p>第1節 入院基本料 A100 一般病棟入院基本料 (1日につき) 【項目の見直し】</p>	<p>A100 一般病棟入院基本料 (1日につき)</p> <p>1 急性期一般入院基本料</p> <p>イ 急性期一般入院料 1 1,650点</p> <p>ロ 急性期一般入院料 2 1,619点</p> <p>ハ 急性期一般入院料 3 1,545点</p> <p>ニ 急性期一般入院料 4 1,440点</p> <p>ホ 急性期一般入院料 5 1,429点</p> <p>(削る)</p> <p>ヘ 急性期一般入院料 6 1,382点</p> <p>2 地域一般入院基本料</p> <p>イ 地域一般入院料 1 1,159点</p> <p>ロ 地域一般入院料 2 1,153点</p> <p>ハ 地域一般入院料 3 988点</p> <p>注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟(以下この表において「一般病棟」という。)であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、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(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該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病棟については、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、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 450点 (特別入院基本料等については、300点)</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 192点 (特別入院基本料等については、155点)</p> <p>注4 地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転</p>	<p>ヘ 急性期一般入院料 6 1,408点</p> <p>ト 急性期一般入院料 7 1,382点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該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病棟については、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、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。</p> <p>注8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 総合入院体制加算 ロ <u>急性期充実体制加算（急性期一般入院料1を算定するものに限る。）</u> ハ 地域医療支援病院入院診療加算</p>	<p>(新設)</p> <p>ロ (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	ニ 臨床研修病院入院診療加算	ハ (略)
	ホ 紹介受診重点医療機関入院診療加算	(新設)
	ヘ 救急医療管理加算	ニ (略)
	ト 超急性期脳卒中加算	ホ (略)
	チ 妊産婦緊急搬送入院加算	ヘ (略)
	リ 在宅患者緊急入院診療加算	ト (略)
	ヌ 診療録管理体制加算	チ (略)
	ル 医師事務作業補助体制加算	リ (略)
	ヲ 急性期看護補助体制加算	ヌ (略)
	ワ 看護職員夜間配置加算	ル (略)
	カ 乳幼児加算・幼児加算	ヲ (略)
	コ 難病等特別入院診療加算	ワ (略)
	ク 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	カ (略)
	ケ 看護配置加算	ヨ (略)
	コ 看護補助加算	タ (略)
	ソ 地域加算	レ (略)
	ネ 離島加算	ソ (略)
	ナ 療養環境加算	ツ (略)
	ラ H I V感染者療養環境特別加算	ネ (略)
	ム 二類感染症患者療養環境特別加算	ナ (略)
	ウ 重症者等療養環境特別加算	ラ (略)
	キ 小児療養環境特別加算	ム (略)
	ノ 無菌治療室管理加算	ウ (略)
	オ 放射線治療病室管理加算	キ (略)
	ク 緩和ケア診療加算	ノ (略)
	ヤ 精神科リエゾンチーム加算	オ (略)
	マ 強度行動障害入院医療管理加算	ク (略)
	ケ 依存症入院医療管理加算	ヤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
		算
	コ 摂食障害入院医療管理加算	マ (略)
	ガン 拠点病院加算	ケ (略)
	エ 栄養サポートチーム加算	フ (略)
	テ 医療安全対策加算	コ (略)
	ア 感染対策向上加算	エ 感染防止対策加算
	サ 患者サポート体制充実加算	テ (略)
	キ 報告書管理体制加算	(新設)
	ユ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	ア (略)
	メ ハイリスク妊娠管理加算	サ (略)
	ミ ハイリスク分娩等管理加算(ハイリスク分娩管理加算に限る。)	キ ハイリスク分娩管理加算
	シ 呼吸ケアチーム加算	ユ (略)
	エ 術後疼痛管理チーム加算(急性期一般入院基本料に限る。)	(新設)
	ヒ 後発医薬品使用体制加算	メ (略)
	モ 病棟薬剤業務実施加算1	ミ (略)
	セ データ提出加算	シ (略)
	ス 入退院支援加算(1のイ、2のイ又は3に限る。)	エ (略)
	ン 認知症ケア加算	ヒ (略)
	イイ セン妄ハイリスク患者ケア加算(急性期一般入院基本料に限る。)	モ (略)
	イロ 精神疾患診療体制加算	セ (略)
	イハ 薬剤総合評価調整加算	ス (略)
	イニ 排尿自立支援加算	ン (略)
	イホ 地域医療体制確保加算(急性期一般入院基本料に限る。)	イイ (略)
	注11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注10までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。	
	注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生	

項 目	改 正 後	改 正 前
A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。	
	A 101 療養病棟入院基本料（1日につき） 1 療養病棟入院料1 イ 入院料A 1,813点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,798点） ロ 入院料B 1,758点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,744点） ハ 入院料C 1,471点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,457点） ニ 入院料D 1,414点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,399点） ホ 入院料E 1,386点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,372点） ヘ 入院料F 1,232点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,217点） ト 入院料G 968点 （生活療養を受ける場合にあっては、953点） チ 入院料H 920点 （生活療養を受ける場合にあっては、905点） リ 入院料I 815点 （生活療養を受ける場合にあっては、801点） 2 療養病棟入院料2 イ 入院料A 1,748点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,734点） ロ 入院料B 1,694点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,680点） ハ 入院料C 1,406点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,392点） ニ 入院料D 1,349点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,335点） ホ 入院料E 1,322点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,307点） ヘ 入院料F 1,167点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,153点） ト 入院料G 903点 （生活療養を受ける場合にあっては、889点） チ 入院料H 855点 （生活療養を受ける場合にあっては、841点）	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 208 255 233">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="395 131 793 208">り 入院料 I 751点 (生活療養を受ける場合にあっては、736点)</p> <p data-bbox="374 214 793 846">注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p> <p data-bbox="374 852 793 1031">注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、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（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあっては、563点）を算定できる。</p> <p data-bbox="374 1037 793 1456">注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p data-bbox="374 1462 793 1591">注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 褥瘡対策加算1 15点 ロ 褥瘡対策加算2 5点</p> <p data-bbox="374 1597 793 1804">注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1810 793 1850">注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期療養を担う他の保険医療機関の一般病</p>	<p data-bbox="813 208 1232 664">注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p> <p data-bbox="813 1037 1232 1398">注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p>
<p data-bbox="138 1037 255 1062">【注の見直し】</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算</p> <p>ニ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ホ 診療録管理体制加算</p> <p>ヘ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>リ 地域加算</p> <p>ル 離島加算</p> <p>レ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ロ 療養病棟療養環境加算</p> <p>ワ 療養病棟療養環境改善加算</p> <p>カ 重症皮膚潰瘍管理加算</p> <p>コ 栄養サポートチーム加算</p> <p>ク 医療安全対策加算</p> <p>ケ 感染対策向上加算</p> <p>コ 患者サポート体制充実加算</p> <p>セ 報告書管理体制加算</p> <p>ソ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>タ データ提出加算</p> <p>チ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）</p> <p>リ 認知症ケア加算</p> <p>ル 薬剤総合評価調整加算</p> <p>レ 排尿自立支援加算</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p> <p>注9 当該病棟（療養病棟入院料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿</p>	<p>(新設)</p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ (略)</p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ (略)</p> <p>ト (略)</p> <p>チ (略)</p> <p>リ (略)</p> <p>ヌ (略)</p> <p>ル (略)</p> <p>ヲ (略)</p> <p>ワ (略)</p> <p>カ (略)</p> <p>コ (略)</p> <p>タ 感染防止対策加算</p> <p>レ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ソ (略)</p> <p>ツ (略)</p> <p>ネ (略)</p> <p>ナ (略)</p> <p>ラ (略)</p> <p>ム (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																
<p data-bbox="138 397 255 423">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 954 255 979">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1166 358 1219">A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p data-bbox="415 131 797 233">交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 239 797 948">注10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 954 797 1108">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（入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。</p> <p data-bbox="375 954 797 1108">注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <table data-bbox="415 1114 797 1166"> <tr> <td data-bbox="415 1114 577 1139">イ 夜間看護加算</td> <td data-bbox="751 1114 797 1139">50点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="415 1145 655 1170">ロ 看護補助体制充実加算</td> <td data-bbox="751 1145 797 1170">55点</td> </tr> </table> <p data-bbox="375 1219 742 1244">A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p> <table data-bbox="375 1250 797 1404"> <tr><td data-bbox="375 1250 577 1275">1 7対1入院基本料</td><td data-bbox="724 1250 797 1275">1,654点</td></tr> <tr><td data-bbox="375 1280 577 1306">2 10対1入院基本料</td><td data-bbox="724 1280 797 1306">1,385点</td></tr> <tr><td data-bbox="375 1311 577 1336">3 13対1入院基本料</td><td data-bbox="724 1311 797 1336">1,165点</td></tr> <tr><td data-bbox="375 1342 577 1367">4 15対1入院基本料</td><td data-bbox="742 1342 797 1367">998点</td></tr> <tr><td data-bbox="375 1373 577 1398">5 18対1入院基本料</td><td data-bbox="742 1373 797 1398">854点</td></tr> <tr><td data-bbox="375 1404 577 1429">6 20対1入院基本料</td><td data-bbox="742 1404 797 1429">806点</td></tr> </table> <p data-bbox="375 1435 797 1773">注1 病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p> <p data-bbox="375 1779 797 1850">注2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、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</p>	イ 夜間看護加算	50点	ロ 看護補助体制充実加算	55点	1 7対1入院基本料	1,654点	2 10対1入院基本料	1,385点	3 13対1入院基本料	1,165点	4 15対1入院基本料	998点	5 18対1入院基本料	854点	6 20対1入院基本料	806点	<p data-bbox="817 397 1238 687">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。</p> <p data-bbox="817 954 1238 1083">注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="854 1114 913 1139">(新設)</p> <p data-bbox="854 1145 913 1170">(新設)</p>
イ 夜間看護加算	50点																	
ロ 看護補助体制充実加算	55点																	
1 7対1入院基本料	1,654点																	
2 10対1入院基本料	1,385点																	
3 13対1入院基本料	1,165点																	
4 15対1入院基本料	998点																	
5 18対1入院基本料	854点																	
6 20対1入院基本料	806点																	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の見直し]</p>	<p>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、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該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病棟については、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、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。</p> <p>注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 400点 （特別入院基本料等については、320点）</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 300点 （特別入院基本料等については、240点）</p> <p>ハ 31日以上60日以内の期間 200点 （特別入院基本料等については、160点）</p> <p>ニ 61日以上90日以内の期間 100点</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算</p> <p>ニ 救急医療管理加算</p> <p>ホ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ヘ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ト 診療録管理体制加算</p> <p>チ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）</p> <p>リ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ヌ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）</p> <p>ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>レ 看護配置加算</p> <p>ロ 看護補助加算</p> <p>カ 地域加算</p> <p>ヨ 離島加算</p> <p>タ 療養環境加算</p> <p>レ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ツ 栄養サポートチーム加算</p> <p>ネ 医療安全対策加算</p> <p>ナ 感染対策向上加算</p> <p>ラ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ム 報告書管理体制加算</p> <p>ウ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>キ ハイリスク妊娠管理加算</p>	<p>(新設)</p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ (略)</p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ (略)</p> <p>ト (略)</p> <p>チ (略)</p> <p>リ (略)</p> <p>ヌ (略)</p> <p>ル (略)</p> <p>ロ (略)</p> <p>ワ (略)</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p> <p>タ (略)</p> <p>レ (略)</p> <p>ソ (略)</p> <p>ツ (略)</p> <p>ネ 感染防止対策加算</p> <p>ナ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ラ (略)</p> <p>ム (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前															
<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>ノ 術後疼痛管理チーム加算 オ 後発医薬品使用体制加算 ク 病棟薬剤業務実施加算1 ヤ データ提出加算 マ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。） ケ 認知症ケア加算 フ 精神疾患診療体制加算 コ 薬剤総合評価調整加算 エ 排尿自立支援加算 テ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>注6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該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病棟については、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、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。</p> <p>注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該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に限り、注2の本文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、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>10対1入院基本料</td><td>1,287点</td></tr> <tr><td>2</td><td>13対1入院基本料</td><td>958点</td></tr> <tr><td>3</td><td>15対1入院基本料</td><td>830点</td></tr> <tr><td>4</td><td>18対1入院基本料</td><td>740点</td></tr> <tr><td>5</td><td>20対1入院基本料</td><td>685点</td></tr> </table> <p>注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>	1	10対1入院基本料	1,287点	2	13対1入院基本料	958点	3	15対1入院基本料	830点	4	18対1入院基本料	740点	5	20対1入院基本料	685点	<p>(新設) ウ (略) キ (略) ノ (略) オ (略) ク (略) ヤ (略) マ (略) ケ (略) フ (略)</p>
	1	10対1入院基本料	1,287点														
2	13対1入院基本料	958点															
3	15対1入院基本料	830点															
4	18対1入院基本料	740点															
5	20対1入院基本料	685点															

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該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病棟については、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、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 465点 （特別入院基本料等については、300点）</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 250点 （特別入院基本料等については、155点）</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 125点 （特別入院基本料等については、100点）</p> <p>ニ 91日以上180日以内の期間 10点</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 3点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算</p> <p>ニ 救急医療管理加算</p> <p>ホ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ヘ 在宅患者緊急入院診療加算</p>	<p>(新設)</p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ (略)</p> <p>ホ (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	ト 診療録管理体制加算	ヘ (略)
	チ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）	ト (略)
	リ 乳幼児加算・幼児加算	チ (略)
	ヌ 難病等特別入院診療加算	リ (略)
	ル 特殊疾患入院施設管理加算	ヌ (略)
	ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ル (略)
	ワ 看護配置加算	ヲ (略)
	カ 看護補助加算	ワ (略)
	ヨ 地域加算	カ (略)
	タ 離島加算	ヨ (略)
	レ 療養環境加算	タ (略)
	ソ H I V感染者療養環境特別加算	レ (略)
	ン 二類感染症患者療養環境特別加算	ソ (略)
	ネ 精神科措置入院診療加算	ン (略)
	ナ 精神科措置入院退院支援加算	ネ (略)
	ラ 精神科応急入院施設管理加算	ナ (略)
	ム 精神科隔離室管理加算	ラ (略)
	ウ 精神科棟入院時医学管理加算	ム (略)
	キ 精神科地域移行実施加算	ウ (略)
	ノ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）	キ (略)
	オ 強度行動障害入院医療管理加算	ノ (略)
	ク 依存症入院医療管理加算	オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
	ヤ 摂食障害入院医療管理加算	ク (略)
	マ 栄養サポートチーム加算	ヤ (略)
	ケ 医療安全対策加算	マ (略)
	コ 感染対策向上加算	ケ 感染防止対策加算
	ク 患者サポート体制充実加算	コ (略)
	エ 報告書管理体制加算	ク (略)
	テ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	エ (新設)
	ア ハイリスク妊娠管理加算	テ (略)
	サ ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）	ア (略)
	キ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	サ (略)
	ユ 後発医薬品使用体制加算	キ (略)
	メ 病棟薬剤業務実施加算1	ユ (略)
	ミ データ提出加算	メ (略)
	シ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）	シ (略)
	エ 薬剤総合評価調整加算	エ (略)
	ヒ 排尿自立支援加算	ヒ (略)
	モ 地域医療体制確保加算（10対1入院基本料を算定するものに限る。）	モ (略)
	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。	
	注8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。	
	注9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）</p>	<p>局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみで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病棟については、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、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。</p> <p>イ 年6日以内であること。</p> <p>ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）</p> <p>1 一般病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,718点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,438点</p> <p>2 結核病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,718点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,438点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,210点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 1,037点</p> <p>3 精神病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,450点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,373点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,022点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 933点</p> <p>注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 712点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 207点</p> <p>ロ 結核病棟の場合</p> <p>(1) 30日以内の期間 330点</p> <p>(2) 31日以上90日以内の期間 200点</p> <p>ハ 精神病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 505点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 250点</p> <p>(3) 31日以上90日以内の期間 125点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の見直し]</p>	<p>(4) 91日以上180日以内の期間 30点 (5) 181日以上1年以内の期間 15点 注4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。 注5 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 看護必要度加算1 55点 ロ 看護必要度加算2 45点 ハ 看護必要度加算3 25点 注6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。 注7 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。 注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 臨床研修病院入院診療加算 ロ 救急医療管理加算 ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。） ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算 ヘ 診療録管理体制加算 ト 医師事務作業補助体制加算 チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。） リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。） ヌ 乳幼児加算・幼児加算 ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。） ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ワ 看護補助加算 カ 地域加算 コ 離島加算 ク 療養環境加算 ケ H I V感染者療養環境特別加算 コ 二類感染症患者療養環境特別加算 セ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。） ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。） ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）</p>	<p>ト 医師事務作業補助体制加算1</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）	
	ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	
	ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）	
	キ 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）	
	ノ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）	
	オ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）	
	ク 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）	
	ヤ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）	
	マ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）	
	ケ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）	
	フ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	
	コ <u>依存症入院医療管理加算</u> （一般病棟又は精神病棟に限る。）	コ <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u> （一般病棟又は精神病棟に限る。）
	エ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	
	テ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）	
	ア 栄養サポートチーム加算	
	サ 医療安全対策加算	
	キ 感染対策向上加算	キ <u>感染防止対策加算</u>
	ユ 患者サポート体制充実加算	
	メ 報告書管理体制加算	（新設）
	ミ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	メ（略）
	シ ハイリスク妊娠管理加算	ミ（略）
	エ <u>ハイリスク分娩等管理加算</u> （ハイリスク分娩管理加算に限る。）（一般病棟又は精神病棟に限る。）	シ <u>ハイリスク分娩管理加算</u> （一般病棟又は精神病棟に限る。）
	ヒ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）	エ（略）
	モ <u>術後疼痛管理チーム加算</u> （一般病棟又は結核病棟に限る。）	（新設）
	セ 後発医薬品使用体制加算	ヒ（略）
	ス 病棟薬剤業務実施加算1	モ（略）
	ン データ提出加算	セ（略）
	イイ 入退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ又は3に限り、結核病棟は1のロ又は2のロに限る。）	ス（略）
	イロ 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	ン（略）
	イハ せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）	イイ（略）
	イニ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）	イロ（略）
	イホ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）	イハ（略）
	イヘ 薬剤総合評価調整加算	イニ（略）
	イト 排尿自立支援加算	イホ（略）
	イチ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）	イヘ（略）
	注9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについて	

項 目	改 正 後	改 正 前															
	<p>は、注1 から注8 までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟(一般病棟に限る。)に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>																
【注の追加】	<p>注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p>	(新設)															
【注の追加】	<p>注12 注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律(平成17年法律第123号)第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法(昭和22年法律第164号)第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時1回に限り、50点を更に所定点数に加算する。</p>	(新設)															
<p>A 105 専門病院入院基本料(1日につき)</p>	<p>A 105 専門病院入院基本料(1日につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1,667点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,396点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1,174点</td> </tr> </table> <p>注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。)の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p> <p>注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>14日以内の期間</td> <td>512点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>15日以上30日以内の期間</td> <td>207点</td> </tr> </table> <p>注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ</p>	1	7対1入院基本料	1,667点	2	10対1入院基本料	1,396点	3	13対1入院基本料	1,174点	イ	14日以内の期間	512点	ロ	15日以上30日以内の期間	207点	
1	7対1入院基本料	1,667点															
2	10対1入院基本料	1,396点															
3	13対1入院基本料	1,174点															
イ	14日以内の期間	512点															
ロ	15日以上30日以内の期間	207点															

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>る点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護必要度加算1 55点 ロ 看護必要度加算2 45点 ハ 看護必要度加算3 25点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算 ロ 救急医療管理加算 ハ 超急性期脳卒中加算 ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算 ヘ 診療録管理体制加算 ト 医師事務作業補助体制加算 チ 急性期看護補助体制加算 リ 看護職員夜間配置加算 ヌ 乳幼児加算・幼児加算 ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ワ 看護補助加算 カ 地域加算 ヨ 離島加算 タ 療養環境加算 レ H I V感染者療養環境特別加算 ソ 二類感染症患者療養環境特別加算 ツ 重症者等療養環境特別加算 ネ 小児療養環境特別加算 ナ 無菌治療室管理加算 ラ 放射線治療病室管理加算 ム 緩和ケア診療加算 ウ 精神科リエゾンチーム加算 キ 強度行動障害入院医療管理加算 ノ <u>依存症入院医療管理加算</u></p> <p>オ 摂食障害入院医療管理加算 ク がん拠点病院加算 ヤ 栄養サポートチーム加算 マ 医療安全対策加算 ケ <u>感染対策向上加算</u> フ 患者サポート体制充実加算 コ 報告書管理体制加算 エ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 テ ハイリスク妊娠管理加算 ア 呼吸ケアチーム加算</p>	<p>ノ <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u></p> <p>ケ <u>感染防止対策加算</u></p> <p>(新設) コ (略) エ (略) テ (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	サ 術後疼痛管理チーム加算 キ 後発医薬品使用体制加算 ユ 病棟薬剤業務実施加算1 メ データ提出加算 ミ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。） シ 認知症ケア加算 エ 精神疾患診療体制加算 ヒ 薬剤総合評価調整加算 モ 排尿自立支援加算 セ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。） 注8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。 注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。	(新設) ア (略) サ (略) キ (略) ユ (略) メ (略) ミ (略) シ (略) エ (略) ヒ (略)
A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）	A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき） 1 7対1入院基本料 1,615点 2 10対1入院基本料 1,356点 3 13対1入院基本料 1,138点 4 15対1入院基本料 995点	
【注の見直し】	注1 障害者施設等一般病棟（児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定め	注1 障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該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病棟については、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、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 312点 ロ 15日以上30日以内の期間 167点</p> <p>注4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,496点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,358点</p> <p>ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,343点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,206点</p> <p>ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出</p>	<p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,244点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,107点</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算 ロ 在宅患者緊急入院診療加算 ハ 診療録管理体制加算 ニ 医師事務作業補助体制加算 ホ 乳幼児加算・幼児加算 ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） ト 特殊疾患入院施設管理加算 チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 リ 看護配置加算 ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ル 地域加算 ヲ 離島加算 ワ 療養環境加算 カ H I V感染者療養環境特別加算 ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算 タ 重症者等療養環境特別加算 レ 強度行動障害入院医療管理加算 ソ 栄養サポートチーム加算 ツ 医療安全対策加算 ネ 感染対策向上加算 ナ 患者サポート体制充実加算 ラ 報告書管理体制加算 ム 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ウ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） キ データ提出加算 コ 入院支援加算（1のロ又は2のロに限る。） ク 認知症ケア加算 ケ 排尿自立支援加算</p>	<p>(新設) ソ (略) ツ 感染防止対策加算 ネ (略) (新設) ナ (略) ラ (略) ム (略) ウ (略) キ (略) コ (略)</p>
【注の見直し】	<p>注8 注6又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p>	<p>注8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p>
【注の見直し】	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護補助加算 (1) 14日以内の期間 146点</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>(新設) イ 14日以内の期間 141点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 743 233 768">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 1541 356 1593">A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p>	<p data-bbox="432 131 795 164">(2) 15日以上30日以内の期間 121点</p> <p data-bbox="418 164 658 189">□ <u>看護補助体制充実加算</u></p> <p data-bbox="432 189 795 222">(1) 14日以内の期間 151点</p> <p data-bbox="432 222 795 255">(2) 15日以上30日以内の期間 126点</p> <p data-bbox="377 255 795 454">注10 <u>夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="377 454 795 666">注11 <u>別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。</u></p> <p data-bbox="418 666 665 691">イ 年6日以内であること。</p> <p data-bbox="418 691 795 743">ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p data-bbox="377 743 795 1014">注12 <u>当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</u></p> <p data-bbox="418 1014 795 1091">イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p data-bbox="432 1091 795 1143">(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,345点</p> <p data-bbox="432 1143 795 1195">(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,221点</p> <p data-bbox="418 1195 795 1248">ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p data-bbox="432 1248 795 1300">(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,207点</p> <p data-bbox="432 1300 795 1352">(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,084点</p> <p data-bbox="418 1352 795 1404">ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p data-bbox="432 1404 795 1456">(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,118点</p> <p data-bbox="432 1456 795 1508">(2) 医療区分1の患者に相当するもの 995点</p> <p data-bbox="377 1508 473 1534">A 107 削除</p> <p data-bbox="377 1593 761 1619">A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p> <p data-bbox="377 1619 631 1644">1 有床診療所入院基本料 1</p> <p data-bbox="391 1644 795 1669">イ 14日以内の期間 917点</p> <p data-bbox="391 1669 795 1694">ロ 15日以上30日以内の期間 712点</p> <p data-bbox="391 1694 795 1719">ハ 31日以上期間 604点</p> <p data-bbox="377 1719 631 1744">2 有床診療所入院基本料 2</p> <p data-bbox="391 1744 795 1769">イ 14日以内の期間 821点</p> <p data-bbox="391 1769 795 1794">ロ 15日以上30日以内の期間 616点</p> <p data-bbox="391 1794 795 1819">ハ 31以上の期間 555点</p> <p data-bbox="377 1819 631 1845">3 有床診療所入院基本料 3</p>	<p data-bbox="857 131 1234 183">□ 15日以上30日以内の期間 116点 (新設)</p> <p data-bbox="816 743 871 768">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	イ 14日以内の期間 605点	
	ロ 15日以上30日以内の期間 567点	
	ハ 31日以上の期間 534点	
	4 有床診療所入院基本料 4	
	イ 14日以内の期間 824点	
	ロ 15日以上30日以内の期間 640点	
	ハ 31日以上の期間 542点	
	5 有床診療所入院基本料 5	
	イ 14日以内の期間 737点	
	ロ 15日以上30日以内の期間 553点	
	ハ 31日以上の期間 499点	
	6 有床診療所入院基本料 6	
	イ 14日以内の期間 543点	
	ロ 15日以上30日以内の期間 509点	
	ハ 31日以上の期間 480点	
	注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
	注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、 <u>有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</u>	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、 <u>有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</u>
	注4 夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。	
	注5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
	イ 医師配置加算1 120点	
	ロ 医師配置加算2 90点	
【点数の見直し】	注6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護配置加算1 60点 ロ 看護配置加算2 35点 ハ 夜間看護配置加算1 105点 ニ 夜間看護配置加算2 55点 ホ 看護補助配置加算1 25点 ヘ 看護補助配置加算2 15点</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 救急医療管理加算 ロ 超急性期脳卒中加算 ハ 妊産婦緊急搬送入院加算 ニ 在宅患者緊急入院診療加算 ホ 診療録管理体制加算 ヘ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。） ト 乳幼児加算・幼児加算 チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） リ 特殊疾患入院施設管理加算 ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ル 地域加算 ラ 離島加算 ワ HIV感染者療養環境特別加算 カ 二類感染症患者療養環境特別加算 ヨ 小児療養環境特別加算 タ 無菌治療室管理加算 レ 放射線治療病室管理加算 ソ 重症皮膚潰瘍管理加算 ツ 有床診療所緩和ケア診療加算 ネ 医療安全対策加算 ナ 感染対策向上加算 ラ 患者サポート体制充実加算 ム 報告書管理体制加算 ウ ハイリスク妊娠管理加算 キ ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算に限る。） ノ 後発医薬品使用体制加算 オ 入退院支援加算（1のイ又は2のイに限る。） ク 薬剤総合評価調整加算 ケ 排尿自立支援加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。</p>	<p>ハ 夜間看護配置加算1 100点 ニ 夜間看護配置加算2 50点</p> <p>ナ 感染防止対策加算</p> <p>（新設） ム（略） （新設） ウ（略） キ（略） ノ（略） オ（略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）</p>	<p>注10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。</p> <p>注11 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき20点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすもの入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 介護連携加算1 192点 ロ 介護連携加算2 38点</p> <p>A 109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）</p> <p>1 入院基本料A 1,057点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,042点）</p> <p>2 入院基本料B 945点 （生活療養を受ける場合にあつては、929点）</p> <p>3 入院基本料C 827点 （生活療養を受ける場合にあつては、813点）</p> <p>4 入院基本料D 653点 （生活療養を受ける場合にあつては、638点）</p> <p>5 入院基本料E 564点 （生活療養を受ける場合にあつては、549点）</p> <p>注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であつて、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。</p> <p>注2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点（生活療養を受ける場合にあつては、473</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 846 255 871">【注の見直し】</p> <p data-bbox="137 1561 255 1586">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="412 131 584 156">点)を算定できる。</p> <p data-bbox="374 160 797 523">注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p data-bbox="374 527 797 683">注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な褥瘡対策を行った場合は、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 褥瘡対策加算1 15点 ロ 褥瘡対策加算2 5点</p> <p data-bbox="374 687 797 844">注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 848 797 1294">注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、<u>有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 1298 797 1561">注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点(在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)にあっては、2,000点)を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1564 797 1848">注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 在宅患者緊急入院診療加算 ロ 診療録管理体制加算 ハ 医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。) ニ 乳幼児加算・幼児加算 ホ 超重症児(者)入院診療加算・準超重</p>	<p data-bbox="817 846 1240 1164">注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、<u>救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>症児（者）入院診療加算</p> <p>へ 地域加算</p> <p>ト 離島加算</p> <p>チ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>リ 診療所療養病床療養環境加算</p> <p>ヌ 診療所療養病床療養環境改善加算</p> <p>ル 重症皮膚潰瘍管理加算</p> <p>ヲ 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p>ワ 医療安全対策加算</p> <p>カ 感染対策向上加算</p> <p>ヨ 患者サポート体制充実加算</p> <p>タ 報告書管理体制加算</p> <p>レ 入院支援加算（1の口又は2の口に 限る。）</p> <p>ソ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ソ 排尿自立支援加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。</p> <p>注10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。</p> <p>注11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 <u>有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>カ 感染防止対策加算</p> <p>（新設）</p> <p>タ （略）</p> <p>レ （略）</p> <p>ソ （略）</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
第2節 入院基本料等加算		
A200 総合入院体制加算（1日につき）		
【注の見直し】	A200 総合入院体制加算（1日につき） 1 総合入院体制加算1 240点 2 総合入院体制加算2 180点 3 総合入院体制加算3 120点 注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200-2に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。	注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
【新設】	A200-2 急性期充実体制加算（1日につき） 1 7日以内の期間 460点 2 8日以上11日以内の期間 250点 3 12日以上14日以内の期間 180点 注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。 注2 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	（新設）
【注の見直し】	A201 削除 A202 削除 A203 削除 A204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点 注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A204-3に掲げる紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。 A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日） 1 基幹型 40点 2 協力型 20点	注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>
【新設】	<p>A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日） 800点</p> <p>注 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。</p>	<p>(新設)</p>
【点数の見直し】	<p>A205 救急医療管理加算（1日につき）</p> <p>1 救急医療管理加算1 1,050点</p> <p>2 救急医療管理加算2 420点</p> <p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>注2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A205-2 超急性性期脳卒中加算（入院初日） 10,800点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合又は当該施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等</p>	<p>1 救急医療管理加算1 950点</p> <p>2 救急医療管理加算2 350点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>に届け出た他の保険医療機関の外来において、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日） 7,000点</p> <p>注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、入院治療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）</p> <p>1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点</p> <p>2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。） 2,000点</p> <p>3 1及び2以外の場合 1,000点</p> <p>注1 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 207 診療録管理体制加算（入院初日）</p> <p>1 診療録管理体制加算1 100点 2 診療録管理体制加算2 30点</p> <p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前																																																																																																
<p data-bbox="126 318 367 376">A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）</p> <p data-bbox="126 425 367 454">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="126 1188 367 1246">A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）</p> <p data-bbox="126 1748 367 1777">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="367 125 806 318">ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="367 376 806 415">A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）</p> <p data-bbox="367 425 806 454">1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <table data-bbox="367 454 806 666"> <tr><td>イ</td><td>15対1補助体制加算</td><td>1,050点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>20対1補助体制加算</td><td>835点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>25対1補助体制加算</td><td>705点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>30対1補助体制加算</td><td>610点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>40対1補助体制加算</td><td>510点</td></tr> <tr><td>ヘ</td><td>50対1補助体制加算</td><td>430点</td></tr> <tr><td>ト</td><td>75対1補助体制加算</td><td>350点</td></tr> <tr><td>チ</td><td>100対1補助体制加算</td><td>300点</td></tr> </table> <p data-bbox="367 666 806 695">2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <table data-bbox="367 695 806 898"> <tr><td>イ</td><td>15対1補助体制加算</td><td>975点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>20対1補助体制加算</td><td>770点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>25対1補助体制加算</td><td>645点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>30対1補助体制加算</td><td>560点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>40対1補助体制加算</td><td>475点</td></tr> <tr><td>ヘ</td><td>50対1補助体制加算</td><td>395点</td></tr> <tr><td>ト</td><td>75対1補助体制加算</td><td>315点</td></tr> <tr><td>チ</td><td>100対1補助体制加算</td><td>260点</td></tr> </table> <p data-bbox="367 898 806 1188">注 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="367 1246 806 1294">A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）</p> <p data-bbox="367 1304 806 1333">1 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上） 240点</p> <p data-bbox="367 1342 806 1371">2 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満） 220点</p> <p data-bbox="367 1381 806 1410">3 50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p data-bbox="367 1420 806 1449">4 75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p data-bbox="367 1458 806 1748">注1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="367 1748 806 1856">注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について</p>	イ	15対1補助体制加算	1,050点	ロ	20対1補助体制加算	835点	ハ	25対1補助体制加算	705点	ニ	30対1補助体制加算	610点	ホ	40対1補助体制加算	510点	ヘ	50対1補助体制加算	430点	ト	75対1補助体制加算	350点	チ	100対1補助体制加算	300点	イ	15対1補助体制加算	975点	ロ	20対1補助体制加算	770点	ハ	25対1補助体制加算	645点	ニ	30対1補助体制加算	560点	ホ	40対1補助体制加算	475点	ヘ	50対1補助体制加算	395点	ト	75対1補助体制加算	315点	チ	100対1補助体制加算	260点	<p data-bbox="806 425 1240 454">1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <table data-bbox="806 454 1240 666"> <tr><td>イ</td><td>15対1補助体制加算</td><td>970点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>20対1補助体制加算</td><td>758点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>25対1補助体制加算</td><td>630点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>30対1補助体制加算</td><td>545点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>40対1補助体制加算</td><td>455点</td></tr> <tr><td>ヘ</td><td>50対1補助体制加算</td><td>375点</td></tr> <tr><td>ト</td><td>75対1補助体制加算</td><td>295点</td></tr> <tr><td>チ</td><td>100対1補助体制加算</td><td>248点</td></tr> </table> <p data-bbox="806 666 1240 695">2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <table data-bbox="806 695 1240 898"> <tr><td>イ</td><td>15対1補助体制加算</td><td>910点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>20対1補助体制加算</td><td>710点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>25対1補助体制加算</td><td>590点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>30対1補助体制加算</td><td>510点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>40対1補助体制加算</td><td>430点</td></tr> <tr><td>ヘ</td><td>50対1補助体制加算</td><td>355点</td></tr> <tr><td>ト</td><td>75対1補助体制加算</td><td>280点</td></tr> <tr><td>チ</td><td>100対1補助体制加算</td><td>238点</td></tr> </table>	イ	15対1補助体制加算	970点	ロ	20対1補助体制加算	758点	ハ	25対1補助体制加算	630点	ニ	30対1補助体制加算	545点	ホ	40対1補助体制加算	455点	ヘ	50対1補助体制加算	375点	ト	75対1補助体制加算	295点	チ	100対1補助体制加算	248点	イ	15対1補助体制加算	910点	ロ	20対1補助体制加算	710点	ハ	25対1補助体制加算	590点	ニ	30対1補助体制加算	510点	ホ	40対1補助体制加算	430点	ヘ	50対1補助体制加算	355点	ト	75対1補助体制加算	280点	チ	100対1補助体制加算	238点
イ	15対1補助体制加算	1,050点																																																																																																
ロ	20対1補助体制加算	835点																																																																																																
ハ	25対1補助体制加算	705点																																																																																																
ニ	30対1補助体制加算	610点																																																																																																
ホ	40対1補助体制加算	510点																																																																																																
ヘ	50対1補助体制加算	430点																																																																																																
ト	75対1補助体制加算	350点																																																																																																
チ	100対1補助体制加算	300点																																																																																																
イ	15対1補助体制加算	975点																																																																																																
ロ	20対1補助体制加算	770点																																																																																																
ハ	25対1補助体制加算	645点																																																																																																
ニ	30対1補助体制加算	560点																																																																																																
ホ	40対1補助体制加算	475点																																																																																																
ヘ	50対1補助体制加算	395点																																																																																																
ト	75対1補助体制加算	315点																																																																																																
チ	100対1補助体制加算	260点																																																																																																
イ	15対1補助体制加算	970点																																																																																																
ロ	20対1補助体制加算	758点																																																																																																
ハ	25対1補助体制加算	630点																																																																																																
ニ	30対1補助体制加算	545点																																																																																																
ホ	40対1補助体制加算	455点																																																																																																
ヘ	50対1補助体制加算	375点																																																																																																
ト	75対1補助体制加算	295点																																																																																																
チ	100対1補助体制加算	248点																																																																																																
イ	15対1補助体制加算	910点																																																																																																
ロ	20対1補助体制加算	710点																																																																																																
ハ	25対1補助体制加算	590点																																																																																																
ニ	30対1補助体制加算	510点																																																																																																
ホ	40対1補助体制加算	430点																																																																																																
ヘ	50対1補助体制加算	355点																																																																																																
ト	75対1補助体制加算	280点																																																																																																
チ	100対1補助体制加算	238点																																																																																																

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 533 234 556">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 716 358 768">A 207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき）</p> <p data-bbox="138 794 275 817">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 208">は、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 214 797 266">イ 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 125点</p> <p data-bbox="415 272 797 324">ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 120点</p> <p data-bbox="415 330 797 382">ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 105点</p> <p data-bbox="374 382 797 527">注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 533 797 716">注4 <u>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 774 797 797">A 207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき）</p> <p data-bbox="374 803 797 826">1 看護職員夜間12対1 配置加算</p> <p data-bbox="401 832 797 855">イ 看護職員夜間12対1 配置加算 1 110点</p> <p data-bbox="401 861 797 884">ロ 看護職員夜間12対1 配置加算 2 90点</p> <p data-bbox="374 890 797 913">2 看護職員夜間16対1 配置加算</p> <p data-bbox="401 919 797 942">イ 看護職員夜間16対1 配置加算 1 70点</p> <p data-bbox="401 948 797 971">ロ 看護職員夜間16対1 配置加算 2 45点</p> <p data-bbox="374 977 797 1190">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1199 797 1222">A 208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）</p> <p data-bbox="374 1228 797 1251">1 乳幼児加算</p> <p data-bbox="401 1257 797 1309">イ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。） 333点</p> <p data-bbox="401 1315 797 1367">ロ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。） 289点</p> <p data-bbox="401 1373 797 1396">ハ 診療所の場合 289点</p> <p data-bbox="374 1402 797 1425">2 幼児加算</p> <p data-bbox="401 1431 797 1483">イ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。） 283点</p> <p data-bbox="401 1489 797 1541">ロ 病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。） 239点</p> <p data-bbox="401 1547 797 1570">ハ 診療所の場合 239点</p> <p data-bbox="374 1576 797 1721">注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1727 797 1850">注2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定して</p>	<p data-bbox="854 214 1236 266">イ 夜間30対1 急性期看護補助体制加算 120点</p> <p data-bbox="854 272 1236 324">ロ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算 115点</p> <p data-bbox="854 330 1236 382">ハ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算 100点</p> <p data-bbox="813 533 868 556">(新設)</p> <p data-bbox="813 803 1236 826">1 看護職員夜間12対1 配置加算</p> <p data-bbox="841 832 1236 855">イ 看護職員夜間12対1 配置加算 1 105点</p> <p data-bbox="841 861 1236 884">ロ 看護職員夜間12対1 配置加算 2 85点</p> <p data-bbox="813 890 1236 913">2 看護職員夜間16対1 配置加算</p> <p data-bbox="841 919 1236 942">イ 看護職員夜間16対1 配置加算 1 65点</p> <p data-bbox="841 948 1236 971">ロ 看護職員夜間16対1 配置加算 2 40点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>いる患者に限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>A209 削除</p> <p>A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）</p> <p>1 難病患者等入院診療加算 250点</p> <p>2 二類感染症患者入院診療加算 250点</p> <p>注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき） 350点</p> <p>注 重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。</p> <p>A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 800点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 400点</p> <p>2 準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 200点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 100点</p> <p>注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定でき</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前						
<p data-bbox="126 1006 351 1058">A214 看護補助加算（1日につき）</p> <p data-bbox="126 1402 275 1431">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="126 1721 234 1750">【注の追加】</p>	<p data-bbox="374 131 799 185">るものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 185 799 527">注3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 527 799 765">注4 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟に入院している患者（区分番号A106に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号A306に掲げる特殊疾患入院医療管理料及び区分番号A309に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 765 799 794">A213 看護配置加算（1日につき） 25点</p> <p data-bbox="374 794 799 1006">注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1058 686 1087">A214 看護補助加算（1日につき）</p> <table data-bbox="374 1087 799 1164"> <tr> <td>1 看護補助加算1</td> <td>141点</td> </tr> <tr> <td>2 看護補助加算2</td> <td>116点</td> </tr> <tr> <td>3 看護補助加算3</td> <td>88点</td> </tr> </table> <p data-bbox="374 1164 799 1402">注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1402 799 1557">注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1557 799 1721">注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1721 799 1850">注4 <u>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について</u></p>	1 看護補助加算1	141点	2 看護補助加算2	116点	3 看護補助加算3	88点	<p data-bbox="813 1402 1238 1557">注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 1721 875 1750">（新設）</p>
1 看護補助加算1	141点							
2 看護補助加算2	116点							
3 看護補助加算3	88点							

項 目	改 正 後	改 正 前																					
	<p>は、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</p>																						
	<p>A 215 削除</p>																						
	<p>A 216 削除</p>																						
	<p>A 217 削除</p>																						
	<p>A 218 地域加算（1日につき）</p>																						
	<table border="0"> <tr><td>1</td><td>1級地</td><td>18点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2級地</td><td>15点</td></tr> <tr><td>3</td><td>3級地</td><td>14点</td></tr> <tr><td>4</td><td>4級地</td><td>11点</td></tr> <tr><td>5</td><td>5級地</td><td>9点</td></tr> <tr><td>6</td><td>6級地</td><td>5点</td></tr> <tr><td>7</td><td>7級地</td><td>3点</td></tr> </table>	1	1級地	18点	2	2級地	15点	3	3級地	14点	4	4級地	11点	5	5級地	9点	6	6級地	5点	7	7級地	3点	
1	1級地	18点																					
2	2級地	15点																					
3	3級地	14点																					
4	4級地	11点																					
5	5級地	9点																					
6	6級地	5点																					
7	7級地	3点																					
	<p>注 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。</p>																						
	<p>A 218-2 離島加算（1日につき） 18点</p>																						
	<p>注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>																						
	<p>A 219 療養環境加算（1日につき） 25点</p>																						
	<p>注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第5号及び高齢者医療確保法第64条第2項第5号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>																						
	<p>A 220 H I V感染者療養環境特別加算（1日につき）</p>																						
	<table border="0"> <tr><td>1</td><td>個室の場合</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2人部屋の場合</td><td>150点</td></tr> </table>	1	個室の場合	350点	2	2人部屋の場合	150点																
1	個室の場合	350点																					
2	2人部屋の場合	150点																					
	<p>注 H I V感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、H I V感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。</p>																						
	<p>A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）</p>																						
	<table border="0"> <tr><td>1</td><td>個室加算</td><td>300点</td></tr> <tr><td>2</td><td>陰圧室加算</td><td>200点</td></tr> </table>	1	個室加算	300点	2	陰圧室加算	200点																
1	個室加算	300点																					
2	陰圧室加算	200点																					
	<p>注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本</p>																						

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>A221 重症者等療養環境特別加算(1日につき)</p> <p>1 個室の場合 300点</p> <p>2 2人部屋の場合 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。</p> <p>A221-2 小児療養環境特別加算(1日につき)</p> <p>300点</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、HIV感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。</p> <p>A222 療養病棟療養環境加算(1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境加算1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算2 115点</p> <p>注 療養病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p> <p>A222-2 療養病棟療養環境改善加算(1日につき)</p> <p>1 療養病棟療養環境改善加算1 80点</p> <p>2 療養病棟療養環境改善加算2 20点</p> <p>注 療養病棟であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p> <p>A223 診療所療養病床療養環境加算(1日につき)</p> <p>100点</p> <p>注 診療所の療養病床であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。</p> <p>A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算(1日につき)</p> <p>35点</p> <p>注 診療所の療養病床であつて、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。</p> <p>A224 無菌治療室管理加算（1日につき）</p> <p>1 無菌治療室管理加算1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算2 2,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点</p> <p>2 密封小線源による治療の場合 2,200点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限り。）について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限り。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）</p> <p>18点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）</p> <p>390点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料</p>	<p>A225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。)について、所定点数に加算する。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算(特定地域)として、200点を所定点数に加算することができる。</p> <p>注3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 (1日につき) 250点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。</p> <p>A 227 精神科措置入院診療加算 (入院初日) 2,500点</p> <p>注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。)第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 227-2 精神科措置入院退院支援加算 (退院時1回) 600点</p> <p>注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>A 228 精神科応急入院施設管理加算 (入院初日) 2,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第33条の7第1項に規定する入院等に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>A 229 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点</p> <p>注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の7第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。</p> <p>A 230 精神病棟入院時医学管理加算（1日につき） 5点</p> <p>注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 230-2 精神科地域移行実施加算（1日につき） 20点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <p>1 7日以内 450点 2 8日以上15日以内 300点</p> <p>注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p>A 230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回） 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A231-3 依存症入院医療管理加算（1日につき） 【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A247に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。</p> <p>A231 削除</p> <p>A231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき） 300点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。</p> <p>A231-3 依存症入院医療管理加算（1日につき） 1 30日以内 200点 2 31日以上60日以内 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>A231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき） 1 30日以内 200点 2 31日以上60日以内 100点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>A232 がん拠点病院加算（入院初日） 1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院 500点 ロ 地域がん診療病院 300点 2 小児がん拠点病院加算 750点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき） 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 233-2 栄養サポートチーム加算（週1回）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 233 削除</p> <p>A 233-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点</p> <p>注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。</p> <p>注3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 234 医療安全対策加算（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 30点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p>	<p>注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前										
<p>A234-2 感染対策向上加算（入院初日）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【新設】</p>	<p>注2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 医療安全対策地域連携加算1 50点</p> <p>ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点</p> <p>A234-2 感染対策向上加算（入院初日）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 感染対策向上加算1</td> <td>710点</td> </tr> <tr> <td>2 感染対策向上加算2</td> <td>175点</td> </tr> <tr> <td>3 感染対策向上加算3</td> <td>75点</td> </tr> </table> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回）それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 感染対策向上加算1を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>指導強化加算</u>として、<u>30点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>注3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、<u>感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>連携強化加算</u>として、<u>30点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、<u>感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>サーベイランス強化加算</u>として、<u>5点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>A234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点</p> <p>注 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A234-4 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点</p>	1 感染対策向上加算1	710点	2 感染対策向上加算2	175点	3 感染対策向上加算3	75点	<p>A234-2 感染防止対策加算（入院初日）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 感染防止対策加算1</td> <td>390点</td> </tr> <tr> <td>2 感染防止対策加算2</td> <td>90点</td> </tr> </table> <p>(新設)</p> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 感染防止対策加算1を算定する場合について、<u>感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>感染防止対策地域連携加算</u>として、<u>100点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>注3 感染防止対策加算1を算定する場合について、<u>抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>抗菌薬適正使用支援加算</u>として、<u>100点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	1 感染防止対策加算1	390点	2 感染防止対策加算2	90点
1 感染対策向上加算1	710点											
2 感染対策向上加算2	175点											
3 感染対策向上加算3	75点											
1 感染防止対策加算1	390点											
2 感染防止対策加算2	90点											

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p> <p>A237 ハイリスク分娩等管理加算（1日につき） 【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A234-5 報告書管理体制加算（退院時1回） 7点</p> <p>注 組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>A235 削除</p> <p>A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回） 500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。</p> <p>A236-2 ハイリスク妊娠管理加算（1日につき） 1,200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A237 ハイリスク分娩等管理加算（1日につき） 3,200点</p> <p>1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点</p> <p>2 地域連携分娩管理加算 3,200点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>3,200点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の追加]</p>	<p>厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。</p> <p><u>注2</u> 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>
<p>[注の見直し]</p>	<p><u>注3</u> ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、<u>1</u>又は<u>2</u>に含まれるものとする。</p> <p>A238 削除 A238-2 削除 A238-3 削除 A238-4 削除 A238-5 削除 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時1回） 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。 A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A238-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 A238-8 削除 A238-9 削除 A239 削除 A240 削除 A241 削除 A242 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必</p>	<p><u>注2</u> ハイリスク分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、<u>ハイリスク分娩管理加算</u>に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。</p> <p>A242-2 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。</p> <p>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 47点 2 後発医薬品使用体制加算2 42点 3 後発医薬品使用体制加算3 37点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A244 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） 120点 2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p> <p>A245 データ提出加算</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A246 入退院支援加算 (退院時1回)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p style="text-align: right;">210点</p> <p>2 データ提出加算2 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p> <p>3 データ提出加算3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>4 データ提出加算4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p> <p>注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>注2 3及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。</p>	<p style="text-align: right;">210点</p> <p>2 データ提出加算2 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p> <p>3 データ提出加算3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>4 データ提出加算4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p> <p>注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>注2 3及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。</p>
	<p>A246 入退院支援加算 (退院時1回)</p> <p>1 入退院支援加算1</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p>	<p>1 入退院支援加算1</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>2 入退院支援加算 2</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点</p> <p>3 入退院支援加算 3 1,200点</p> <p>注1 入退院支援加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 1 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合</p> <p>ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 1 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1 回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合</p> <p>注 2 入退院支援加算 2 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注 3 入退院支援加算 3 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号 A302 に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号 A303 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 3 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合</p> <p>ロ 他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 3 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1 回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合</p> <p>注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院</p>	<p>注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料は別に算定できない。</p> <p>イ 当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り、）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合</p> <p>ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り、）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合</p> <p>注5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、入退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。</p> <p>注6 入退院支援加算1又は入退院支援加算2を算定する患者が15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院時支援加算1 230点 ロ 入院時支援加算2 200点</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>A247 認知症ケア加算（1日につき）</p> <p>1 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 160点 ロ 15日以上期間 30点</p> <p>2 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 ロ 15日以上期間 25点</p> <p>3 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 ロ 15日以上期間 10点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。</p> <p>注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p> <p>A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算（入院中1回） 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>A248 精神疾患診療体制加算</p> <p>1 精神疾患診療体制加算1（入院初日） 1,000点</p> <p>2 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回） 330点</p> <p>注1 精神疾患診療体制加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>注2 精神疾患診療体制加算2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のう</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>ち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対し、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科の医師が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>A 249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>1 精神科急性期医師配置加算 1 600点</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算 2</p> <p>イ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点</p> <p>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>450点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算 3 <u>400点</u></p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回）</p> <p>100点</p> <p>注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>ロ 精神科病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>注2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</p> <p>A 251 排尿自立支援加算（週1回） 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>500点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算 3 <u>450点</u></p>
<p>A 252 地域医療体制確保</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
加算（入院初日） 【点数の見直し】	A 252 地域医療体制確保加算（入院初日） <u>620点</u> 注 救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	A 252 地域医療体制確保加算（入院初日） <u>520点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
第3節 特定入院料		
A300 救命救急入院料 (1日につき)	A300 救命救急入院料 (1日につき)	
【項目の見直し】	1 救命救急入院料1 イ 3日以内の期間 10,223点 ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点 ハ 8日以上14日以内の期間 7,897点	ハ 8日以上14日以内の期間 7,897点
【項目の見直し】	2 救命救急入院料2 イ 3日以内の期間 11,802点 ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点 ハ 8日以上14日以内の期間 9,371点	ハ 8日以上14日以内の期間 9,371点
【項目の見直し】	3 救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 10,223点 (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点 (3) 8日以上14日以内の期間 7,897点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間 10,223点 (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点 (3) 8日以上60日以内の期間 8,318点	(3) 8日以上14日以内の期間 7,897点
【項目の見直し】	4 救命救急入院料4 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 11,802点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点 (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間 11,802点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点 (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点 (4) 15日以上60日以内の期間 8,318点	(3) 8日以上14日以内の期間 9,371点
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
【注の見直し】	注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。 イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等	注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であつて精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。 (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 954 255 977">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1669 234 1692">【注の追加】</p>	<p data-bbox="436 131 797 181">に届け出た保険医療機関において行った場合 7,000点</p> <p data-bbox="412 181 797 208">ロ イ以外の場合 3,000点</p> <p data-bbox="375 208 797 369">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="412 369 797 396">イ 救急体制充実加算1 1,500点</p> <p data-bbox="412 396 797 423">ロ 救急体制充実加算2 1,000点</p> <p data-bbox="412 423 797 450">ハ 救急体制充実加算3 500点</p> <p data-bbox="375 450 797 581">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 581 797 685">注5 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="412 685 797 712">イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点</p> <p data-bbox="412 712 797 739">ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点</p> <p data-bbox="375 739 797 952">注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 952 797 1056">注7 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="412 1056 797 1083">イ 入院基本料</p> <p data-bbox="412 1083 797 1454">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="412 1454 797 1508">ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p data-bbox="412 1508 797 1535">ニ 点滴注射</p> <p data-bbox="412 1535 797 1562">ホ 中心静脈注射</p> <p data-bbox="412 1562 797 1617">ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="412 1617 797 1644">ト 留置カテーテル設置</p> <p data-bbox="412 1644 797 1671">チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p data-bbox="375 1671 797 1850">注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算す</p>	<p data-bbox="856 181 913 208">(新設)</p> <p data-bbox="856 1083 1236 1454">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあつては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="814 1669 872 1696">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																								
【注の追加】	<p>る。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p>	(新設)																								
【注の追加】	<p>注10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号I002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。</p>	(新設)																								
【注の追加】	<p>注11 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料2又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>3日以内の期間</td> <td>750点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>4日以上7日以内の期間</td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>300点</td> </tr> </table>	イ	3日以内の期間	750点	ロ	4日以上7日以内の期間	500点	ハ	8日以上14日以内の期間	300点	(新設)															
イ	3日以内の期間	750点																								
ロ	4日以上7日以内の期間	500点																								
ハ	8日以上14日以内の期間	300点																								
A301 特定集中治療室管理料（1日につき）	A301 特定集中治療室管理料（1日につき）																									
【項目の見直し】	<p>1 特定集中治療室管理料1</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>7日以内の期間</td> <td>14,211点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>12,633点</td> </tr> </table>	イ	7日以内の期間	14,211点	ロ	8日以上7日以内の期間	12,633点																			
イ	7日以内の期間	14,211点																								
ロ	8日以上7日以内の期間	12,633点																								
【項目の見直し】	<p>2 特定集中治療室管理料2</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>特定集中治療室管理料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>7日以内の期間</td> <td>14,211点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>12,633点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>広範囲熱傷特定集中治療管理料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>7日以内の期間</td> <td>14,211点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上60日以内の期間</td> <td>12,833点</td> </tr> </table>	イ	特定集中治療室管理料		(1)	7日以内の期間	14,211点	(2)	8日以上7日以内の期間	12,633点	ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料		(1)	7日以内の期間	14,211点	(2)	8日以上60日以内の期間	12,833点	<table border="0"> <tr> <td>ロ</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>12,633点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>12,633点</td> </tr> </table>	ロ	8日以上14日以内の期間	12,633点	(2)	8日以上14日以内の期間	12,633点
イ	特定集中治療室管理料																									
(1)	7日以内の期間	14,211点																								
(2)	8日以上7日以内の期間	12,633点																								
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料																									
(1)	7日以内の期間	14,211点																								
(2)	8日以上60日以内の期間	12,833点																								
ロ	8日以上14日以内の期間	12,633点																								
(2)	8日以上14日以内の期間	12,633点																								
【項目の見直し】	<p>3 特定集中治療室管理料3</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>7日以内の期間</td> <td>9,697点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>8,118点</td> </tr> </table>	イ	7日以内の期間	9,697点	ロ	8日以上7日以内の期間	8,118点	<table border="0"> <tr> <td>ロ</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>8,118点</td> </tr> </table>	ロ	8日以上14日以内の期間	8,118点															
イ	7日以内の期間	9,697点																								
ロ	8日以上7日以内の期間	8,118点																								
ロ	8日以上14日以内の期間	8,118点																								
【項目の見直し】	<p>4 特定集中治療室管理料4</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>特定集中治療室管理料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>7日以内の期間</td> <td>9,697点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>8,118点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>広範囲熱傷特定集中治療管理料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>7日以内の期間</td> <td>9,697点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上60日以内の期間</td> <td>8,318点</td> </tr> </table>	イ	特定集中治療室管理料		(1)	7日以内の期間	9,697点	(2)	8日以上7日以内の期間	8,118点	ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料		(1)	7日以内の期間	9,697点	(2)	8日以上60日以内の期間	8,318点	<table border="0"> <tr> <td>(2)</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>8,118点</td> </tr> </table>	(2)	8日以上14日以内の期間	8,118点			
イ	特定集中治療室管理料																									
(1)	7日以内の期間	9,697点																								
(2)	8日以上7日以内の期間	8,118点																								
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料																									
(1)	7日以内の期間	9,697点																								
(2)	8日以上60日以内の期間	8,318点																								
(2)	8日以上14日以内の期間	8,118点																								

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 7日以内の期間 2,000点 ロ 8日以上14日以内の期間 1,500点</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテー</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前									
【注の見直し】	<p>ション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。</p>									
【注の追加】	<p>注6 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <table border="0" data-bbox="411 821 795 898"> <tr> <td>イ</td> <td>3日以内の期間</td> <td>750点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>4日以上7日以内の期間</td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>8日以上14日以内の期間</td> <td>300点</td> </tr> </table>	イ	3日以内の期間	750点	ロ	4日以上7日以内の期間	500点	ハ	8日以上14日以内の期間	300点	<p>(新設)</p>
イ	3日以内の期間	750点									
ロ	4日以上7日以内の期間	500点									
ハ	8日以上14日以内の期間	300点									
<p>A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,855点</p> <p>2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,224点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>	<p>(新設)</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>									
【注の見直し】	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>									

項 目	改 正 後	改 正 前
	ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料	
【注の追加】	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	(新設)
【注の追加】	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	(新設)
A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）	A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 6,013点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん	
【注の見直し】		ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加

項 目	改 正 後	改 正 前
	妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。 ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料	算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。
【注の追加】	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	(新設)
【注の追加】	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	(新設)
A301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)	A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき） 1 7日以内の期間 16,317点 2 8日以上期間 14,211点	
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。
【注の見直し】	注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。	

項 目	改 正 後	改 正 前
	イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算 2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料	ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算 2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
【注の追加】	注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</u>	(新設)
【注の追加】	注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</u>	(新設)
A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）	A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき） 1 新生児特定集中治療室管理料 1 10,539点 2 新生児特定集中治療室管理料 2 8,434点	
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定め	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定め

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 397 255 423">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1089 358 1164">A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="138 1273 255 1298">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="417 131 797 394">る疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="375 397 797 523">注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="417 527 557 552">イ 入院基本料</p> <p data-bbox="417 556 797 846">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="417 850 797 900">ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p data-bbox="417 904 536 929">ニ 点滴注射</p> <p data-bbox="417 933 577 958">ホ 中心静脈注射</p> <p data-bbox="417 962 797 1012">ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="417 1016 797 1066">ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="417 1070 735 1095">チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p data-bbox="375 1166 797 1217">A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1221 797 1246">1 母体・胎児集中治療室管理料 7,381点</p> <p data-bbox="375 1250 797 1275">2 新生児集中治療室管理料 10,539点</p> <p data-bbox="375 1278 797 1856">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>	<p data-bbox="856 131 1236 291">る疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="856 556 1236 819">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="814 1273 1236 1746">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト 留置カテーテル設置</p> <p>チ インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>リ 第13部第1節の病理標本作製料</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあっては新生児集中治療室管理料に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、<u>成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 5,697点</p>	
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>A 305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A 304 削除</p> <p>A 305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 14日以内の期間 9,371点</p> <p>2 15日以上期間 8,108点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ニ 留置カテーテル設置</p> <p>ホ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1006 255 1031">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1350 234 1375">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 1696 356 1746">A 307 小児入院医療管理料（1日につき）</p>	<p data-bbox="724 131 797 156">2,070点</p> <p data-bbox="375 160 797 421">注1 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="375 426 797 498">注2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。</p> <p data-bbox="375 504 797 683">注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 689 797 896">注4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p data-bbox="417 902 797 952">イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,909点</p> <p data-bbox="417 958 797 1008">ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,743点</p> <p data-bbox="375 1014 797 1348">注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1354 797 1590">注6 <u>当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）</u>であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、<u>注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</u></p> <p data-bbox="417 1595 797 1646">イ <u>医療区分2の患者に相当するもの</u> <u>1,717点</u></p> <p data-bbox="417 1651 797 1702">ロ <u>医療区分1の患者に相当するもの</u> <u>1,569点</u></p> <p data-bbox="375 1750 742 1775">A 307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1781 797 1852">1 小児入院医療管理料 1 4,750点 2 小児入院医療管理料 2 4,224点 3 小児入院医療管理料 3 3,803点</p>	<p data-bbox="814 1006 1236 1321">注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="814 1354 872 1379">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>4 小児入院医療管理料 4 3,171点</p> <p>5 小児入院医療管理料 5 2,206点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>
【注の追加】	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>イ 無菌治療管理加算1 2,000点</p> <p>ロ 無菌治療管理加算2 1,500点</p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注7 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者につい</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>て、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外受入体制強化加算1 300点 ロ 時間外受入体制強化加算2 180点</p>	<p>(新設)</p>
【注の見直し】	<p>注9 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注8までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>	<p>(新設)</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<p>注6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料</p>	<p>注7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,129点 （生活療養を受ける場合にあつては、 2,115点）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 2,066点 （生活療養を受ける場合にあつては、 2,051点）</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,899点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,884点）</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,841点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,827点） （削る）</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,678点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点）</p> <p>注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療</p>	<p>料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,736点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,721点）</p> <p>6 回復期リハビリテーション病棟入院料6 1,678点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="margin-left: 40px;">イ 体制強化加算1 200点 ロ 体制強化加算2 120点</p>	<p>注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>
【注の追加】	<p>注5 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を限度として算定する。</p> <p>A308-2 削除</p> <p>A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料1 2,809点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,794点）</p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料1 2,809点</p>	<p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 662 255 687">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="412 131 783 185">（生活療養を受ける場合にあつては、2,794点）</p> <p data-bbox="378 189 783 262">3 地域包括ケア病棟入院料2 2,620点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,605点）</p> <p data-bbox="378 266 783 340">4 地域包括ケア入院医療管理料2 2,620点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,605点）</p> <p data-bbox="378 343 783 417">5 地域包括ケア病棟入院料3 2,285点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,270点）</p> <p data-bbox="378 421 783 494">6 地域包括ケア入院医療管理料3 2,285点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,270点）</p> <p data-bbox="378 498 783 571">7 地域包括ケア病棟入院料4 2,076点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,060点）</p> <p data-bbox="378 575 783 649">8 地域包括ケア入院医療管理料4 2,076点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,060点）</p> <p data-bbox="378 662 783 1373">注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあつては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p data-bbox="378 1377 783 1850">注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,433点、</p>	<p data-bbox="817 662 1236 1296">注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 741 255 768">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 954 255 981">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 606">2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p data-bbox="375 610 797 741">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 745 797 900">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 904 797 954">イ 看護補助者配置加算 160点 ロ 看護補助体制充実加算 165点</p> <p data-bbox="375 958 797 1352">注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 1433 797 1850">イ 急性期患者支援病床初期加算 (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合 ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 150点 ② ①の患者以外の患者の場合 50点 (2) 許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合 ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 250点 ② ①の患者以外の患者の場合 125点 ロ 在宅患者支援病床初期加算</p>	<p data-bbox="814 741 1236 873">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="854 904 913 954">(新設) (新設)</p> <p data-bbox="814 958 1236 1414">注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="854 1433 913 1460">(新設)</p> <p data-bbox="854 1827 913 1854">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>(1) <u>介護老人保健施設から入院した患者の場合</u> <u>500点</u></p> <p>(2) <u>介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合</u> <u>400点</u></p> <p>注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<p>注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
【点数の見直し】	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。</p> <p>イ 年6日以内であること。</p> <p>ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注9 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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、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。</p>	<p>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。</p>
【注の追加】	<p>注10 <u>注1に規定する地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4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に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注11 <u>注1に規定する地域包括ケア病棟入院料</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 343 234 369">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 529 358 581">A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="138 1696 255 1721">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 343">2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の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、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p data-bbox="374 343 797 529">注12 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p data-bbox="374 581 742 606">A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="374 606 797 631">1 特殊疾患病棟入院料1 2,070点</p> <p data-bbox="374 631 797 656">2 特殊疾患病棟入院料2 1,675点</p> <p data-bbox="374 656 797 871">注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="374 871 797 948">注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 948 797 1132">注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1132 797 1373">注4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p data-bbox="415 1373 797 1431">イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p data-bbox="429 1431 797 1456">(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,910点</p> <p data-bbox="429 1456 797 1481">(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,745点</p> <p data-bbox="415 1481 797 1539">ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p data-bbox="429 1539 797 1564">(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,657点</p> <p data-bbox="429 1564 797 1590">(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,491点</p> <p data-bbox="374 1590 797 1850">注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児</p>	<p data-bbox="817 343 872 369">(新設)</p> <p data-bbox="817 1696 1238 1850">注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(者) 入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1の口及び2の口に限定。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）、は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の口に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点</p> <p>ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,490点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,341点</p> <p>A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 5,107点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,554点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,350点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,870点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,401点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,298点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入</p>	<p>(者) 入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1の口及び2の口に限定。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）、は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 5,207点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,450点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,970点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,398点</p> <p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																											
	<p>院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p>																											
<p>【注の追加】</p>	<p>注4 <u>当該病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>																											
<p>A311 精神科救急急性期医療入院料(1日につき) 【名称の見直し】</p>	<p>A311 精神科救急急性期医療入院料(1日につき)</p>	<p>A311 精神科救急入院料(1日につき)</p>																											
<p>【項目の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>2,400点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>2,100点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>1,900点</td> </tr> </table> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p>	1	30日以内の期間	2,400点	2	31日以上60日以内の期間	2,100点	3	61日以上90日以内の期間	1,900点	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>精神科救急入院料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,579点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>3,145点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>精神科救急入院料2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,372点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>2,938点</td> </tr> </table>	1	精神科救急入院料1		イ	30日以内の期間	3,579点	ロ	31日以上60日以内の期間	3,145点	2	精神科救急入院料2		イ	30日以内の期間	3,372点	ロ	31日以上60日以内の期間	2,938点
1	30日以内の期間	2,400点																											
2	31日以上60日以内の期間	2,100点																											
3	61日以上90日以内の期間	1,900点																											
1	精神科救急入院料1																												
イ	30日以内の期間	3,579点																											
ロ	31日以上60日以内の期間	3,145点																											
2	精神科救急入院料2																												
イ	30日以内の期間	3,372点																											
ロ	31日以上60日以内の期間	2,938点																											
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、<u>当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</u></p>																											
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、<u>精神科救急入院料に含まれるものとする。</u></p>																											

項 目	改 正 後	改 正 前																																																
	<p>並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき70点を所定点数に加算する。</p>																																																	
【点数の見直し】		<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。</p>																																																
【注の追加】	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数(別に厚生労働大臣が定める場合にあつては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数)をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0" data-bbox="411 1110 795 1188"> <tr> <td>イ</td> <td>精神科救急医療体制加算 1</td> <td>600点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>精神科救急医療体制加算 2</td> <td>590点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>精神科救急医療体制加算 3</td> <td>500点</td> </tr> </table>	イ	精神科救急医療体制加算 1	600点	ロ	精神科救急医療体制加算 2	590点	ハ	精神科救急医療体制加算 3	500点	(新設)																																							
イ	精神科救急医療体制加算 1	600点																																																
ロ	精神科救急医療体制加算 2	590点																																																
ハ	精神科救急医療体制加算 3	500点																																																
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)	<p>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)</p>																																																	
【項目の見直し】	<table border="0" data-bbox="377 1323 795 1545"> <tr> <td>1</td> <td>精神科急性期治療病棟入院料 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>2,000点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>1,700点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>1,500点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>精神科急性期治療病棟入院料 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>1,885点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>1,600点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>1,450点</td> </tr> </table> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>	1	精神科急性期治療病棟入院料 1		イ	30日以内の期間	2,000点	ロ	31日以上60日以内の期間	1,700点	ハ	61日以上90日以内の期間	1,500点	2	精神科急性期治療病棟入院料 2		イ	30日以内の期間	1,885点	ロ	31日以上60日以内の期間	1,600点	ハ	61日以上90日以内の期間	1,450点	<table border="0" data-bbox="816 1323 1234 1545"> <tr> <td>1</td> <td>精神科急性期治療病棟入院料 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>1,997点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上90日以内の期間</td> <td>1,665点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>精神科急性期治療病棟入院料 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>30日以内の期間</td> <td>1,883点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上90日以内の期間</td> <td>1,554点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> <td></td> </tr> </table>	1	精神科急性期治療病棟入院料 1		イ	30日以内の期間	1,997点	ロ	31日以上90日以内の期間	1,665点		(新設)		2	精神科急性期治療病棟入院料 2		イ	30日以内の期間	1,883点	ロ	31日以上90日以内の期間	1,554点		(新設)	
1	精神科急性期治療病棟入院料 1																																																	
イ	30日以内の期間	2,000点																																																
ロ	31日以上60日以内の期間	1,700点																																																
ハ	61日以上90日以内の期間	1,500点																																																
2	精神科急性期治療病棟入院料 2																																																	
イ	30日以内の期間	1,885点																																																
ロ	31日以上60日以内の期間	1,600点																																																
ハ	61日以上90日以内の期間	1,450点																																																
1	精神科急性期治療病棟入院料 1																																																	
イ	30日以内の期間	1,997点																																																
ロ	31日以上90日以内の期間	1,665点																																																
	(新設)																																																	
2	精神科急性期治療病棟入院料 2																																																	
イ	30日以内の期間	1,883点																																																
ロ	31日以上90日以内の期間	1,554点																																																
	(新設)																																																	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、<u>依存症入院医療管理加算</u>、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>
A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）	A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）	
【項目の見直し】	<p>1 30日以内の期間 3,600点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 3,300点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 3,100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>	<p>1 30日以内の期間 3,579点</p> <p>2 31日以上期間 3,145点 (新設)</p>
【注の見直し】	<p>注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 1429 274 1458">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="137 1613 356 1690">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="137 1700 356 1748">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）</p>	<p data-bbox="411 127 795 975">精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="370 975 795 1188">注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="370 1188 795 1420">注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="370 1420 795 1613">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="370 1690 795 1748">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,995点</p> <p data-bbox="370 1748 795 1856">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所</p>	<p data-bbox="850 127 1234 473">精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="809 1429 1234 1613">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 291 255 316">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 716 358 768">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="138 954 255 979">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 291">定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p data-bbox="374 291 797 716">注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="374 768 797 794">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="721 794 797 819">1,091点</p> <p data-bbox="374 819 797 954">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="374 954 797 1663">注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="374 1663 797 1850">注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に</p>	<p data-bbox="813 291 1236 716">注2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="813 954 1236 1644">注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</p>	<p>加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。</p> <p>イ 重症者加算1 60点</p> <p>ロ 重症者加算2 30点</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。</p>	
	<p>A313 削除</p> <p>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 認知症治療病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 1,811点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 1,503点</p> <p>ハ 61日以上期間 1,204点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 1,318点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 1,112点</p> <p>ハ 61日以上期間 988点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 30日以内の期間 84点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>A317 特定一般病棟入院料 (1日につき)</p>	<p>ロ 31日以上30日以内の期間 40点</p> <p>注4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料(1に限る。)、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院した日から起算して60日以内の期間に限る。)、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>A315 削除 A316 削除</p> <p>A317 特定一般病棟入院料(1日につき)</p> <p>1 特定一般病棟入院料1 1,152点 2 特定一般病棟入院料2 987点</p> <p>注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関(一般病棟が1病棟のものに限る。)が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 450点 ロ 15日以上30日以内の期間 192点</p> <p>注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算とし</p>	<p>注4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料(1に限る。)、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院した日から起算して60日以内の期間に限る。)、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 343 255 369">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 793 183">て、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 189 793 340">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 345 793 1213">注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p data-bbox="374 1219 793 1561">注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p data-bbox="374 1566 793 1850">注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加</p>	<p data-bbox="813 345 1240 1164">注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p data-bbox="813 1566 1240 1850">注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整</p>
<p data-bbox="138 1566 255 1591">【注の見直し】</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)</p> <p>A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注9 注1から注6までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。)であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。</p> <p>A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1,539点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。</p> <p>イ 重症者加算1 60点 ロ 重症者加算2 30点</p> <p>注4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法(区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神</p>	<p>加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法(区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>科退院前訪問指導料を除く。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点 (生活療養を受ける場合にあっては、<u>2,115点</u>)</p> <p><u>注1</u> 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関(特定機能病院に限る。)が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p><u>注2</u> 診療に係る費用(当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>除く。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
第4節 短期滞在手術等基本料		
A 400 短期滞在手術等基本料	A 400 短期滞在手術等基本料	
【項目の見直し】	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点 （新設）
	イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ロ イ以外の場合 2,718点 （削る）	（新設）
【項目の削除】		2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点 （生活療養を受ける場合にあっては、 5,046点）
【項目の見直し】	2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合） （新設）
	イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下 で行うもの 10,549点 （生活療養を受ける場合にあっては、 10,475点）	
	ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの 8,744点 （生活療養を受ける場合にあっては、 8,670点）	（新設）
	ハ D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT） 11,485点 （生活療養を受ける場合にあっては、 11,411点）	（新設）
	ニ D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前 葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH） （一連として） 8,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、 8,238点）	（新設）
	ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,040点 （生活療養を受ける場合にあっては、 4,966点）	イ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,630点 （生活療養を受ける場合にあっては、 5,556点）
	ヘ D413 前立腺針生検法 2 その他の もの 10,197点 （生活療養を受ける場合にあっては、 10,123点）	ロ D413 前立腺針生検法 10,309点 （生活療養を受ける場合にあっては、 10,235点）
	ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マー カー留置術 33,572点 （生活療養を受ける場合にあっては、 33,498点）	（新設）
	チ K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。） 16,224点 （生活療養を受ける場合にあっては、 16,150点）	（新設）
	リ K046 骨折観血的手術 2 前腕、下 腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937点 （生活療養を受ける場合にあっては、 32,863点）	（新設）
	ヌ K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去 術 3 前腕、下腿（前腕に限る。） 20,611点 （生活療養を受ける場合にあっては、 20,537点）	（新設）
	ル K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去 術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、 足）その他（鎖骨に限る。） 21,057点 （生活療養を受ける場合にあっては、	（新設）

項 目	改 正 後	改 正 前
	20,983点)	
	ヲ K048 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足) その他(手に限る。) 15,180点 (生活療養を受ける場合にあつては、15,106点)	(新設)
	ワ K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。) 13,878点 (生活療養を受ける場合にあつては、13,804点)	(新設)
	カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 17,621点 (生活療養を受ける場合にあつては、17,547点)	ハ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,448点 (生活療養を受ける場合にあつては、18,374点)
	ヨ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 35,663点 (生活療養を受ける場合にあつては、35,589点)	ニ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 40,943点 (生活療養を受ける場合にあつては、40,869点)
	タ K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの 11,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、11,238点)	(新設)
	レ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法 10,654点 (生活療養を受ける場合にあつては、10,580点)	(新設)
	ソ K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法 18,016点 (生活療養を受ける場合にあつては、17,942点)	(新設)
	ツ K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの 16,347点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,273点)	(新設)
	ネ K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの) 9,431点 (生活療養を受ける場合にあつては、9,357点)	(新設)
	ナ K242 斜視手術 2 後転法 18,326点 (生活療養を受ける場合にあつては、18,252点)	(新設)
	ラ K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、22,422点)	(新設)
	ム K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) 20,426点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,352点)	(新設)
	ウ K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点 (生活療養を受ける場合にあつては、37,081点)	(新設)
	キ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側) 17,888点 (生活療養を受ける場合にあつては、17,814点)	ホ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側) 19,873点 (生活療養を受ける場合にあつては、19,799点)
	ノ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側) 32,130点 (生活療養を受ける場合にあつては、32,056点)	ヘ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側) 34,416点 (生活療養を受ける場合にあつては、34,342点)

項 目	改 正 後	改 正 前
	オ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片側) <u>15,059点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>14,985点</u>)	(新設)
	ク K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両側) <u>25,312点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,238点</u>)	(新設)
	ヤ K318 鼓膜形成手術 30,571点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>30,497点</u>)	(新設)
	マ K333 鼻骨骨折整復固定術 <u>18,809点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,735点</u>)	(新設)
	ケ K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの <u>26,312点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>26,238点</u>)	(新設)
	フ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 <u>17,302点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>17,228点</u>)	ト K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 <u>18,588点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,514点</u>)
	コ K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上 <u>25,366点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,292点</u>)	(新設)
	エ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 <u>28,842点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>28,768点</u>)	チ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 <u>32,540点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,466点</u>)
	テ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 <u>28,884点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>28,810点</u>)	リ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 <u>32,540点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,466点</u>)
	ア 術 K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除 <u>19,798点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,724点</u>)	ス 術 K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除 <u>21,755点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>21,681点</u>)
	サ (一連として) K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 <u>9,149点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,075点</u>)	ル (一連として) K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 <u>10,411点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,337点</u>)
	キ 術 K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮 <u>9,494点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,420点</u>)	ワ 術 K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮 <u>10,225点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,151点</u>)
	ユ K617-2 大伏在静脈抜去術 <u>23,090点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>23,016点</u>)	(新設)
	メ K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 <u>20,130点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,056点</u>)	(新設)
	ミ K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 <u>22,252点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,178点</u>)	(新設)
	シ ア K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) <u>33,785点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>33,711点</u>)	ワ ア K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) <u>31,835点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>31,761点</u>)
	エ ア K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) <u>24,296点</u>	カ ア K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) <u>25,358点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	(生活療養を受ける場合にあっては、 <u>24,222点</u>)	(生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,284点</u>)
ヒ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) <u>21,275点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>21,201点</u>)	ヨ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) <u>22,597点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>22,523点</u>)
モ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>23,648点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>23,574点</u>)	タ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>24,975点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>24,901点</u>)
セ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>70,492点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>70,418点</u>)	レ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>62,344点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>62,270点</u>)
ス	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。) <u>53,309点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>53,235点</u>)	ソ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。) <u>51,773点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>51,699点</u>)
ン	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) <u>41,081点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>41,007点</u>)	ツ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) <u>40,741点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>40,667点</u>)
イイ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>48,934点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>48,860点</u>)	ネ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>50,328点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>50,254点</u>)
イロ	K721 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 <u>12,560点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>12,486点</u>)	ナ K721 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 <u>12,739点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>12,665点</u>)
イハ	K721 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 <u>16,258点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>16,184点</u>)	ラ K721 内視鏡の大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 <u>15,599点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>15,525点</u>)
イニ	K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) <u>10,604点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>10,530点</u>)	ム K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) <u>11,109点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>11,035点</u>)
イホ	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。) <u>10,792点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>10,718点</u>)	(新設)
イヘ	K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) <u>8,415点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>8,341点</u>)	(新設)
イト	K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) <u>25,894点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,820点</u>)	ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) <u>25,597点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,523点</u>)
イチ	K823-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの) <u>24,703点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>24,629点</u>)	(新設)
イリ	K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 <u>23,870点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>23,796点</u>)	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料1を算定する。ただし、当該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、当該基本料は算定しない。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して5日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <p>注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、</p>	<p>イヌ K867 子宮頸部（膣部）切除術 14,607点 （生活療養を受ける場合にあつては、 14,533点）</p> <p>イル K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの 21,709点 （生活療養を受ける場合にあつては、 21,635点）</p> <p>イロ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他もの 18,652点 （生活療養を受ける場合にあつては、 18,578点）</p> <p>イワ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの 35,191点 （生活療養を受ける場合にあつては、 35,117点）</p> <p>イカ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他もの 33,460点 （生活療養を受ける場合にあつては、 33,386点）</p> <p>イヨ K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 109,045点 （生活療養を受ける場合にあつては、 108,971点）</p> <p>イタ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点 （生活療養を受ける場合にあつては、 58,422点）</p>	<p>キ K867 子宮頸部（膣部）切除術 16,249点 （生活療養を受ける場合にあつては、 16,175点） （新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>ク M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点 （生活療養を受ける場合にあつては、 59,125点）</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（入院した日の翌日までに退院した場合に限る。）は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該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、当該基本料は算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の削除】</p>	<p>クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1に掲げるもの</p> <p>ヌ 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>ル 麻酔管理料（I） 区分番号L009に掲げるもの</p> <p>ヲ 麻酔管理料（II） 区分番号L010に掲げるもの</p> <p>（削る）</p> <p>注4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。</p>	<p>注4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）</p> <p>ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの</p> <p>注5 （略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B000 特定疾患療養管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B000 特定疾患療養管理料</p> <p>1 診療所の場合 225点</p> <p>2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点</p> <p>3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、<u>1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。</u></p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>1 ウイルス疾患指導料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>1 ウイルス疾患指導料</p> <p>イ ウイルス疾患指導料1 240点</p> <p>ロ ウイルス疾患指導料2 330点</p> <p>注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>又は口の所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。</p> <p>2 特定薬剤治療管理料</p> <p>イ 特定薬剤治療管理料 1 470点</p> <p>ロ 特定薬剤治療管理料 2 100点</p> <p>注1 イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注3 イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。</p> <p>注4 イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 イについては、てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。</p> <p>注6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、530点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 イについては、エベロリムスを投与し</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ている臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>イ 尿中B T Aに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。</p> <p>注4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。</p> <p>注5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。</p> <p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p> <p>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>5 小児科療養指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>5 小児科療養指導料 270点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、<u>235点を算定する。</u></p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>6 てんかん指導料</p>	<p>6 てんかん指導料 250点</p> <p>注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん(外傷性のものを含む。)の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、<u>218点</u>を算定する。</p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>7 難病外来指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>7 難病外来指導管理料 270点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、<u>235点</u>を算定する。</p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
8 皮膚科特定疾患指導管理料	<p>8 皮膚科特定疾患指導管理料</p> <p>イ 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ) 250点</p> <p>ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ) 100点</p> <p>注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。</p>	(新設)
【注の追加】		
9 外来栄養食事指導料	<p>9 外来栄養食事指導料</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 260点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 235点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 250点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 225点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 190点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 170点</p> <p>注1 イの(1)の①及び②の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等</p>	<p>(1) 初回 260点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 180点</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注1 イの(1)及び②の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</p> <p>(新設)</p>
【項目の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【注の追加】		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。</p> <p>注4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p>	<p>注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注5 ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p>	<p>注4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p>
【注の追加】	<p>注6 ロの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p>	<p>(新設)</p>
10 入院栄養食事指導料 (週1回)	<p>10 入院栄養食事指導料 (週1回)</p> <p>イ 入院栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目 200点</p> <p>ロ 入院栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目 190点</p> <p>注1 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。</p> <p>注2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p> <p>11 集団栄養食事指導料 80点 注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ ペースメーカーの場合 300点 ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点 注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。 注2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。 注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。 注5 ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>13 在宅療養指導料 170点 注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。 注2 1回の指導時間は30分を超えるもので</p>	<p>児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>14 高度難聴指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>なければならないものとする。</p> <p>14 高度難聴指導管理料</p> <p>イ 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 500点</p> <p>ロ イ以外の場合 420点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。</p> <p>注3 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p>
<p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,211点</p> <p>注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 尿沈渣(鏡検法)</p> <p>ハ 糞便検査</p> <p>ニ 糞便中ヘモグロビン定性</p> <p>血液形態・機能検査</p> <p>赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、ヘモグロビンA1c(HbA1c)</p> <p>ホ 出血・凝固検査</p> <p>出血時間</p> <p>ヘ 血液化学検査</p> <p>総ビリルビン、総蛋白、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能</p>	<p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(U I B C) (比色法)、総鉄結合能 (T I B C) (比色法)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム (Al)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン</p> <p>ト 内分泌学的検査 トリヨードサイロニン (T₃)、サイロキシシン (T₄)、甲状腺刺激ホルモン (T S H)、副甲状腺ホルモン (P T H)、遊離トリヨードサイロニン (F T₃)、C-ペプチド (C P R)、遊離サイロキシシン (F T₄)、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド (A N P)、脳性Na利尿ペプチド (B N P)</p> <p>チ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応 (S T S) 定性、梅毒血清反応 (S T S) 半定量、梅毒血清反応 (S T S) 定量</p> <p>リ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、H C V抗体定性・定量</p> <p>ス 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (C R P)、血清補体価 (C H₅₀)、免疫グロブリン、C₃、C₄、トランスフェリン (Tf)、β₂-マイクログロブリン</p> <p>ル 心電図検査</p> <p>ヲ 写真診断 単純撮影 (胸部)</p> <p>ワ 撮影 単純撮影 (胸部)</p> <p>注3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>16 喘息治療管理料</p> <p>イ 喘息治療管理料 1</p> <p>(1) 1月目 75点</p> <p>(2) 2月目以降 25点</p> <p>ロ 喘息治療管理料 2 280点</p> <p>注1 イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者 (中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診 (区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算を算定したものに限る。)した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。)に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、重度喘息患者治療管理加算として、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。</p> <p>イ 1月目 2,525点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>18 小児悪性腫瘍患者指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>ロ 2月目以降6月目まで 1,975点</p> <p>注3 ロについては、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。</p> <p>17 慢性疼痛疾患管理料 130点</p> <p>注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、479点を算定する。</u></p> <p>19 削除</p> <p>20 糖尿病合併症管理料 170点</p> <p>注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。</p> <p>21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点</p> <p>注1 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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p>	
<p>22 がん性疼痛緩和指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p><u>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>23 がん患者指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>23 がん患者指導管理料</p> <p>イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点</p> <p>ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点</p> <p>ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医</p>	<p>ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回(当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。</p>	<p>料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>注3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>注4 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>注5 ロについて、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。</p>	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>注6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>
【注の見直し】	<p>注6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>	<p>注6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>
【注の追加】	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>24 外来緩和ケア管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。</p> <p>24 外来緩和ケア管理料 290点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。</p> <p>注3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注4に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点）を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>25 移植後患者指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>25 移植後患者指導管理料</p> <p>イ 臓器移植後の場合 300点</p> <p>ロ 造血幹細胞移植後の場合 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。</u></p> <p>26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点</p> <p>注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>27 糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。</p> <p>27 糖尿病透析予防指導管理料 350点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注4に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。</p>	<p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>28 小児運動器疾患指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>28 小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p> <p>29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 イ 初回 500点</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ロ 2回目から4回目まで 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。</p> <p>30 婦人科特定疾患治療管理料 250点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p>	
31 腎代替療法指導管理料	<p>31 腎代替療法指導管理料 500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。</p>	(新設)
【注の追加】		
【新設】	<p>32 一般不妊治療管理料 250点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p>	(新設)
【新設】	<p>33 生殖補助医療管理料</p> <p>イ 生殖補助医療管理料1 300点</p> <p>ロ 生殖補助医療管理料2 250点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>34 二次性骨折予防継続管理料 (新設)</p> <p>イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点 ロ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点 ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>注3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。</p>	
【新設】	<p>35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 (新設)</p> <p>イ 1月目 280点 ロ 2月目以降 25点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	
【新設】	<p>36 下肢創傷処置管理料 500点 (新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、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する。</p> <p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料2 600点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="126 266 367 318">B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料</p> <p data-bbox="126 479 367 508">【注の追加】</p> <p data-bbox="126 1802 367 1850">B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p>	<p data-bbox="395 131 795 260">夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p data-bbox="374 318 795 343">B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点</p> <p data-bbox="374 347 795 473">注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="374 479 795 633">注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。</p> <p data-bbox="374 639 795 664">B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200点</p> <p data-bbox="374 668 795 871">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="374 877 795 902">B001-2-5 院内トリアージ実施料 300点</p> <p data-bbox="374 906 795 1161">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。</p> <p data-bbox="374 1166 795 1192">B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 600点</p> <p data-bbox="374 1195 795 1427">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 1433 795 1588">注2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1593 795 1748">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 1754 795 1779">イ 救急搬送看護体制加算1 400点</p> <p data-bbox="415 1785 795 1810">ロ 救急搬送看護体制加算2 200点</p>	<p data-bbox="813 347 891 372">注（略）</p> <p data-bbox="813 479 871 504">（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 664 255 687">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 877 255 900">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="378 137 755 160">B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p> <p data-bbox="378 164 797 187">1 外来リハビリテーション診療料 1 73点</p> <p data-bbox="378 191 797 214">2 外来リハビリテーション診療料 2 110点</p> <p data-bbox="378 218 797 658">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="378 662 797 848">注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。</p> <p data-bbox="378 877 797 1060">注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</p>	<p data-bbox="817 664 1236 877">注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。</u></p> <p data-bbox="817 877 1236 1081">注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</u></p>
<p data-bbox="138 1089 358 1139">B001-2-8 外来放射線照射診療料</p> <p data-bbox="138 1483 255 1506">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="378 1143 797 1166">B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点</p> <p data-bbox="378 1170 797 1348">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="378 1352 797 1483">注2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p data-bbox="378 1487 797 1642">注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。</p>	<p data-bbox="817 1487 1236 1669">注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、<u>区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。</u></p>
<p data-bbox="138 1669 358 1719">B001-2-9 地域包括診療料（月1回）</p> <p data-bbox="138 1804 255 1827">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="378 1727 701 1750">B001-2-9 地域包括診療料（月1回）</p> <p data-bbox="378 1754 797 1777">1 地域包括診療料1 1,660点</p> <p data-bbox="378 1781 797 1804">2 地域包括診療料2 1,600点</p> <p data-bbox="378 1808 797 1850">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に</p>	<p data-bbox="817 1804 1236 1850">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 426 255 450">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 421">届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 426 797 1006">注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="374 1012 797 1373">注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</p>	<p data-bbox="854 131 1236 369">届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="813 426 1236 977">注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="813 1379 1236 1638">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p>
<p data-bbox="138 1379 234 1402">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 1644 358 1692">B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p>	<p data-bbox="374 1698 772 1721">B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p> <p data-bbox="374 1727 797 1750">1 認知症地域包括診療料1 1,681点</p> <p data-bbox="374 1756 797 1779">2 認知症地域包括診療料2 1,613点</p> <p data-bbox="374 1785 797 1852">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 450 255 475">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1406 234 1431">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 1669 353 1721">B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)</p> <p data-bbox="138 1773 275 1798">【項目の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 446">認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 452 797 1025">注2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="374 1031 797 1398">注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1404 433 1429">(削る)</p> <p data-bbox="374 1727 797 1771">B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p data-bbox="374 1777 636 1852">1 小児かかりつけ診療料1 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時</p> <p data-bbox="742 1827 797 1852">641点</p>	<p data-bbox="813 452 1236 1002">注2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="813 1404 1236 1669">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> <p data-bbox="813 1777 1055 1852">1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 (新設)</p> <p data-bbox="1181 1802 1236 1827">631点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	(2) 再診時 448点 □ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点	(新設) □ 再診時 438点 (新設) (新設)
	2 小児かかりつけ診療料 2 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点 □ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点	2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 (新設) (新設) □ 再診時 556点 (新設) (新設)
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。 注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。
	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
【新設】	注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合(初診時に限る。)は、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する。 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点	← 1のイ又は2のイについて、別に ← 場合 (新設)
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8までに規定する加算を除く)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6までに規定する加算を除く)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注9までに規定する加算を除く)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>注2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合には、月3回に限り算定する。</p> <p>注3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</p> <p>注4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 570点</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>2 高血圧症を主病とする場合 620点</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 720点</p> <p>注1 保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲</p>	<p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 650点</p> <p>ロ 高血圧症を主病とする場合 700点</p> <p>ハ 糖尿病を主病とする場合 800点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点</p> <p>ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点</p> <p>ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点</p> <p>(新設)</p>
	<p>— 122 —</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p> <p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p>注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に50点を加算する。</p>	<p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p>
【注の削除】	(削る)	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p>
【注の追加】	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</p>	(新設)
<p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料</p>	<p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料</p> <p>1 ニコチン依存症管理料1</p> <p>イ 初回 230点</p> <p>ロ 2回目から4回目まで</p> <p>(1) 対面で行った場合 184点</p> <p>(2) 情報通信機器を用いた場合 155点</p> <p>ハ 5回目 180点</p> <p>2 ニコチン依存症管理料2（一連につき） 800点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p> <p>注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフイー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>注3 1の口の(2)を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>B001-4 手術前医学管理料 1,192点</p> <p>注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。</p> <p>注3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシニアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（C</p>	<p>注3 1の口の(2)を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>K)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、不飽和鉄結合能 (U I B C) (比色法)、総鉄結合能 (T I B C) (比色法)、リン脂質、H D L - コレステロール、L D L - コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (A S T)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (A L T) 並びにイオン化カルシウム</p> <p>ホ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応 (S T S) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 定性、抗ストレプトリジンO (A S O) 半定量、抗ストレプトリジンO (A S O) 定量、抗ストレプトキナーゼ (A S K) 定性、抗ストレプトキナーゼ (A S K) 半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、H I V - 1 抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、R S ウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性</p> <p>ヘ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量及びH C V 抗体定性・定量</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白 (C R P) 定性及びC反応性蛋白 (C R P)</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1のイに掲げるもの</p> <p>ヌ 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>注6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査 (I) 判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>B001-5 手術後医学管理料 (1日につき)</p> <p>1 病院の場合 1,188点</p> <p>2 診療所の場合 1,056点</p> <p>注1 病院 (療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。) 又は診療所 (療養病床に係るものを除く。) に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。</p> <p>注2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。</p> <p>注3 第3部検査のうち次に掲げるもの (当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 尿中特殊物質定性定量検査 尿蛋白及び尿グルコース</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析</p> <p>ホ 心電図検査</p> <p>ヘ 呼吸心拍監視</p> <p>ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定</p> <p>チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定</p> <p>リ 中心静脈圧測定</p> <p>ヌ 動脈血採取</p> <p>注4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査（I）判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注6 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。</p> <p>B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料 305点</p> <p>注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="126 1033 367 1085">B001-9 療養・就労両立支援指導料</p> <p data-bbox="126 1164 257 1193">【注の見直し】</p> <p data-bbox="126 1825 257 1854">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="367 131 806 208">注2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="367 208 806 237">B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p data-bbox="367 237 806 579">注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか(原発性リンパ浮腫と診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれか)に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="367 579 806 898">注2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号B005-6の注1に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関(当該患者について区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。)において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="367 898 806 927">B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100点</p> <p data-bbox="367 927 806 1033">注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="367 1085 806 1114">B001-9 療養・就労両立支援指導料</p> <p data-bbox="367 1114 806 1143">1 初回 800点</p> <p data-bbox="367 1143 806 1172">2 2回目以降 400点</p> <p data-bbox="367 1172 806 1665">注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師(以下「産業医等」という。)に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="367 1665 806 1825">注2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="367 1825 806 1854">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p data-bbox="806 1164 1237 1642">注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師(以下「産業医等」という。)に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="806 1825 1237 1854">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 426 234 450">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 610 358 662">B002 開放型病院共同指 導料（Ⅰ）</p> <p data-bbox="138 929 255 952">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1302 358 1348">B004 退院時共同指導料 1</p>	<p data-bbox="415 131 797 291">合しているものとして地方厚生局長等に届 け出た保険医療機関において、当該患者に 対して、看護師、社会福祉士、精神保健福 祉士又は公認心理師が相談支援を行った場 合に、相談支援加算として、50点を所定点 数に加算する。</p> <p data-bbox="374 295 797 423">注4 注1の規定に基づく産業医等への文書の 提供に係る区分番号B009に掲げる診療情 報提供料（Ⅰ）又は区分番号B010に掲げ る診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、所定点 数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="374 426 797 610">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届 け出た保険医療機関において、療養・就労 両立支援指導料を算定すべき医学管理を情 報通信機器を用いて行った場合は、1又は 2の所定点数に代えて、それぞれ696点又 は348点を算定する。</p> <p data-bbox="374 662 797 687">B002 開放型病院共同指導料（Ⅰ） 350点</p> <p data-bbox="374 691 797 925">注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚 生労働大臣が定める開放利用に係る施設基 準に適合しているものとして地方厚生局長 等に届け出た保険医療機関（以下この表に おいて「開放型病院」という。）に入院中 である場合において、当該開放型病院に赴 いて、当該患者に対して療養上必要な指導 を共同して行った場合に、患者1人1日に つき1回算定する。</p> <p data-bbox="374 929 797 1112">注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番 号A001に掲げる再診料、区分番号A002に 掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げ る往診料、区分番号C001に掲げる在宅患 者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に 算定できない。</p> <p data-bbox="374 1141 797 1166">B003 開放型病院共同指導料（Ⅱ） 220点</p> <p data-bbox="374 1170 797 1298">注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院 に入院中である場合において、当該開放型病 院において、当該患者を診察した保険医療機 関の医師と共同して療養上必要な指導を行っ た場合に、患者1人1日につき1回算定する。</p> <p data-bbox="374 1354 609 1379">B004 退院時共同指導料 1</p> <p data-bbox="374 1383 797 1537">1 在宅療養支援診療所（地域における退院後 の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任 を有する診療所であって、別に厚生労働大臣 が定める施設基準に適合しているものとして 地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下 この表において同じ。）の場合 1,500点</p> <p data-bbox="374 1541 797 1566">2 1以外の場合 900点</p> <p data-bbox="374 1570 797 1850">注1 保険医療機関に入院中の患者について、 地域において当該患者の退院後の在宅療養 を担う保険医療機関（以下この区分番号、 区分番号B005、区分番号B015及びI002 において「在宅療養担当医療機関」とい う。）の保険医又は当該保険医の指示を受 けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以 下この区分番号及び区分番号B005におい て「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄 養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚 士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意</p>	<p data-bbox="854 131 1236 258">合しているものとして地方厚生局長等に届 け出た保険医療機関において、当該患者に 対して、看護師又は社会福祉士が相談支援 を行った場合に、相談支援加算として、50 点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="813 426 875 450">(新設)</p> <p data-bbox="813 929 1236 1137">注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番 号A001に掲げる再診料、区分番号A002 に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲 げるオンライン診療料、区分番号C000に 掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在 宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ） は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>注2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>注3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>B005 退院時共同指導料 2 400点</p> <p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>注2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、</p>	<p>注3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料</u>、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。</p> <p>注5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>B005-1-2 介護支援等連携指導料 400点 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p>B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点 注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4、区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>B005-2からB005-3-2まで 削除</p> <p>B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 800点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B 005-6 がん治療連携計画策定料</p>	<p>であるものに限る。)が病院である別の保険医療機関(区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。)に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。</p> <p>B 005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料 (Ⅱ) 500点</p> <p>注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者(区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。</p> <p>B 005-6 がん治療連携計画策定料</p> <p>1 がん治療連携計画策定料1 750点 2 がん治療連携計画策定料2 300点</p> <p>注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、当該患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>B 005-6-2 がん治療連携 指導料</p>	<p>治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p> <p>注5 <u>がん治療連携計画策定料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料2を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。</u></p> <p>B 005-6-2 がん治療連携指導料 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B 005-6-3 がん治療連携管理料</p> <p>1 がん診療連携拠点病院の場合 500点</p> <p>2 地域がん診療病院の場合 300点</p> <p>3 小児がん拠点病院の場合 750点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>B 005-6-4 外来がん患者 在宅連携指導料</p>	<p>B 005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B 005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>B 005-7-2 認知症療養指導料</p>	<p>け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、<u>所定点数に代えて、435点を算定する。</u></p> <p>B 005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>1 認知症専門診断管理料 1</p> <p>イ 基幹型又は地域型の場合 700点</p> <p>ロ 連携型の場合 500点</p> <p>2 認知症専門診断管理料 2</p> <p>イ 基幹型又は地域型の場合 300点</p> <p>ロ 連携型の場合 280点</p> <p>注1 認知症専門診断管理料1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、<u>所定点数に含まれるものとする。</u></p> <p>注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。</p> <p>B 005-7-2 認知症療養指導料</p> <p>1 認知症療養指導料 1 350点</p> <p>2 認知症療養指導料 2 300点</p> <p>3 認知症療養指導料 3 300点</p> <p>注1 1については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の</p>	<p>2 認知症専門診断管理料 2 300点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、<u>所定点数に含まれるものとする。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>B 005-7-3 認知症サポート指導料</p>	<p>保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B 005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>注3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>注4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B 011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B 000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I 002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。</p>	<p>注4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B 011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p> <p>B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料</p>	<p>B 005-7-3 認知症サポート指導料 450点</p> <p>注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B 009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B 011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B 009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B 011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料</p>	<p>B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 396 233 425">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 898 356 956">B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1</p>	<p data-bbox="411 125 795 289">画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="370 289 795 396">注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="370 396 795 579">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、<u>肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。</u></p> <p data-bbox="370 579 795 608">B005-9 外来排尿自立指導料 200点</p> <p data-bbox="370 608 795 898">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。</p>	<p data-bbox="816 396 871 425">(新設)</p>
<p data-bbox="137 1004 253 1033">【注の見直し】</p> <p data-bbox="137 1477 356 1535">B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2</p>	<p data-bbox="370 956 795 985">B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1</p> <p data-bbox="720 985 795 1004">1,000点</p> <p data-bbox="370 1004 795 1371">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、<u>精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるもの</u>に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="370 1371 795 1477">注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。</p>	<p data-bbox="816 1004 1234 1294">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p data-bbox="137 1593 253 1622">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="370 1535 795 1564">B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2</p> <p data-bbox="740 1564 795 1584">750点</p> <p data-bbox="370 1584 795 1856">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、<u>精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるもの</u>に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携</p>	<p data-bbox="816 1584 1234 1856">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
B 005-11 遠隔連携診療料	し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。	
【項目の見直し】	B005-11 遠隔連携診療料 1 診断を目的とする場合 750点 2 その他の場合 500点	B 005-11 遠隔連携診療料 500点 (新設)
【注の見直し】	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
【注の追加】	注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。	(新設)
【新設】	B005-12 こころの連携指導料 (I) 350点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。	(新設)
【新設】	B005-13 こころの連携指導料 (II) 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料 (I) を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。	(新設)
	B006 救急救命管理料 500点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。</p> <p>注2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>B006-2 削除</p> <p>B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点</p> <p>注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p>B007 退院前訪問指導料 580点</p> <p>注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。</p> <p>注2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>B007-2 退院後訪問指導料 580点</p> <p>注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く。）を限度として、5回に限り算定する。</p> <p>注2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点</p> <p>2 1の患者以外の患者の場合 325点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B 008-2 薬剤総合評価調整管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>B 008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。</p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>B 009 診療情報提供料（I）</p>	<p>B 009 診療情報提供料（I） 250点</p> <p>注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添え</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>て、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注8 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊産婦紹介加算として、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機</p>	<p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>関連携加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注13 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注14 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注15 保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。</p> <p>注16 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注17 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注18 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1193 358 1242">B011 連携強化診療情報提供料</p> <p data-bbox="138 1246 275 1271">【名称の見直し】</p> <p data-bbox="138 1273 257 1298">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1619 234 1644">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 131 797 262">送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p data-bbox="415 266 797 343">イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点</p> <p data-bbox="415 347 797 396">ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点</p> <p data-bbox="377 399 797 425">B009-2 電子的診療情報評価料 30点</p> <p data-bbox="377 428 797 658">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。</p> <p data-bbox="377 662 797 687">B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点</p> <p data-bbox="377 691 797 921">注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 925 797 950">B010-2 診療情報連携共有料 120点</p> <p data-bbox="377 954 797 1085">注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 1089 797 1190">注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。</p> <p data-bbox="377 1246 797 1271">B011 連携強化診療情報提供料 150点</p> <p data-bbox="377 1275 797 1590">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>月1回</u>に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 1619 797 1848">注2 <u>注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床</u></p>	<p data-bbox="817 1246 1236 1271">B011 診療情報提供料（Ⅲ） 150点</p> <p data-bbox="817 1275 1236 1613">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>3月に1回</u>に限り算定する。</p> <p data-bbox="817 1619 872 1644">（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>の数が200未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>注2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p>
【注の追加】	<p>注4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者(当該疾病が疑われる患者を含む。)について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>(新設)</p>
【注の見直し】	<p>注5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回(別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回)に限り算定する。</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>
	<p>注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別</p>	<p>注4 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[新設]</p>	<p>に算定できない。</p> <p>B011-2 削除</p> <p>B011-3 薬剤情報提供料 10点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定する。</p> <p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳(以下単に「手帳」という。)に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。</p> <p>B011-4 医療機器安全管理料</p> <p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合(1月につき) 100点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合(一連につき) 1,100点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。</p> <p>B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点</p> <p>注 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</u></p> <p>B012 傷病手当金意見書交付料 100点</p> <p>注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。</p> <p>B013 療養費同意書交付料 100点</p> <p>注 健康保険法第87条の規定による療養費(柔道整復以外の施術に係るものに限る。)に係る同意書を交付した場合に算定する。</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点</p> <p>注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="134 608 359 660">B015 精神科退院時共同指導料</p> <p data-bbox="134 1723 257 1748">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="414 131 798 421">については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2(注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。)は、別に算定できない。</p> <p data-bbox="373 425 798 608">注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="373 660 655 685">B015 精神科退院時共同指導料</p> <p data-bbox="373 689 798 767">1 精神科退院時共同指導料1(外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)</p> <p data-bbox="395 770 798 795">イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点</p> <p data-bbox="395 799 798 824">ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点</p> <p data-bbox="373 828 798 875">2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点</p> <p data-bbox="373 879 798 1400">注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="373 1404 798 1719">注2 1のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="373 1723 798 1850">注3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)、区分番号B004に掲げる退院時共同</p>	<p data-bbox="812 1723 1237 1850">注3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料</u>、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>注4 2については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において1を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。</p> <p>B016からB018まで 削除</p>	<p>（Ⅰ）、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>
<p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>第2節 プログラム医療機器等医学管理加算</p> <p>B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。</p> <p>注2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>第3節 特定保険医療材料料</p> <p>B200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<p>1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。</p>	
<p>【通則の追加】</p>	<p>5 <u>組織的な感染防止対策につき区分番号 A000に掲げる初診料の注11及び区分番号 A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A000に掲げる初診料の注11、区分番号 A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号 I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</u></p> <p>イ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）</p> <p>ロ 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）</p> <p>ハ 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>ニ 同一建物居住者訪問看護・指導料</p> <p>ホ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料</p> <p>ヘ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料</p> <p>ト 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>チ 在宅患者訪問栄養食事指導料</p> <p>リ 在宅患者緊急時等カンファレンス料</p>	<p>(新設)</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>6 <u>感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号 A000に掲げる初診料の注12及び区分番号 A001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>7 <u>感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号 A000に掲げる初診料の注13及び区分番号 A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第5号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。	
第1節 在宅患者診療・指導料	<p>C000 往診料 720点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急往診加算 850点</p> <p>② 夜間・休日往診加算 1,700点</p> <p>③ 深夜往診加算 2,700点</p> <p>(2) 病床を有しない場合</p> <p>① 緊急往診加算 750点</p> <p>② 夜間・休日往診加算 1,500点</p> <p>③ 深夜往診加算 2,500点</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合</p> <p>(1) 緊急往診加算 650点</p> <p>(2) 夜間・休日往診加算 1,300点</p> <p>(3) 深夜往診加算 2,300点</p> <p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合</p> <p>(1) 緊急往診加算 325点</p> <p>(2) 夜間・休日往診加算 650点</p> <p>(3) 深夜往診加算 1,300点</p> <p>注2 患者における診療時間が1時間を超えた場合は、患者診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 患者において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>注5 往診に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>注6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C001 在宅患者訪問診療料 (I) (1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>C001 在宅患者訪問診療料 (I) (1日につき)</p> <p>1 在宅患者訪問診療料 1</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 888点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 213点</p> <p>2 在宅患者訪問診療料 2</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 884点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 187点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>注2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p>注3 1について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っ</p>	<p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。)以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回(同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。)に限り(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。</p> <p>注2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合(有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。</p> <p>注4 6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点</p> <p>② 病床を有しない場合 5,500点</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点</p> <p>(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点</p> <p>ロ 有料老人ホーム等に入居する患者</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点</p> <p>② 病床を有しない場合 5,500点</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 4,500点</p> <p>(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点</p> <p>注7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>注9 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="134 372 360 426">C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）</p> <p data-bbox="134 479 257 504">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="374 131 799 208">の事情があったときの在宅患者訪問診療料（Ⅰ）は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。</p> <p data-bbox="374 214 799 314">注10 往診料を算定する往診の日の翌日までに往診した訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。</p> <p data-bbox="374 320 799 369">注11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p data-bbox="374 426 799 475">C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき） 150点</p> <p data-bbox="374 481 799 687">注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <p data-bbox="415 716 799 952">イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）</p> <p data-bbox="415 958 799 1193">ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合</p> <p data-bbox="374 1199 799 1300">注2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 1306 799 1431">注3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 1437 799 1644">注4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。</p> <p data-bbox="374 1649 799 1856">注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ</p>	<p data-bbox="813 479 1238 716">注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>れ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>(1) 病床を有する場合 6,200点</p> <p>(2) 病床を有しない場合 5,200点</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,200点</p> <p>ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点</p> <p>注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。</p> <p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 5,400点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,500点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,880点</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 4,500点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,400点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,200点</p> <p><u>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</u> (新設)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 880点</p> <p><u>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</u></p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,760点</p>	<p>(3) 月1回訪問診療を行っている場合</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,500点 ③ ①及び②以外の場合 780点 (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (新設) ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点 ③ ①及び②以外の場合 440点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 5,000点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,140点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点 (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合(①の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が1人の場合 4,100点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,200点 ③ ①及び②以外の場合 1,100点 (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(①及び②の場合を除く。) (新設) ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点 ③ ①及び②以外の場合 820点 (4) 月1回訪問診療を行っている場合 (3) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,520点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,380点 ③ ①及び②以外の場合 720点 (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (新設) ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,395点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点 ③ ①及び②以外の場合 410点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,780点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点 ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。) (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,700点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下	

項 目	改 正 後	改 正 前
	の場合 2,000点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点 <u>ハ</u> 月2回以上訪問診療等を行っている場合 (新設) であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (イ及びロの場合を除く。) (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,465点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点 <u>ニ</u> 月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,280点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 <u>ホ</u> 月1回訪問診療等を行っている場合であ (新設) って、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 733点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,835点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点 ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。) (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,750点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,475点 (3) (1)及び(2)以外の場合 750点 <u>ハ</u> 月2回以上訪問診療等を行っている場合 (新設) であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (イ及びロの場合を除く。) (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,180点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 <u>ニ</u> 月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,760点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 995点 (3) (1)及び(2)以外の場合 560点 <u>ホ</u> 月1回訪問診療等を行っている場合であ (新設) って、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点 (3) (1)及び(2)以外の場合 330点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	(新設) ハ 月1回訪問診療を行っている場合 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。</p> <p>注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 100点</p> <p>ロ 在宅療養実績加算1</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 75点</p> <p>ハ 在宅療養実績加算2</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 200点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 100点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 50点</p> <p>注8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>点数の100分の80に相当する点数を算定する。</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養移行加算1 216点 ロ 在宅療養移行加算2 116点</p>	<p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設) (新設)</p>
【注の見直し】	<p>注10 1のイの(2)から(5)まで、1のロの(2)から(5)まで、2のロからホまで及び3のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。</p>	<p>注10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>
C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）	C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）	
【項目の見直し】	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,900点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,240点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,880点</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,200点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,700点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,200点</p> <p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(2)の場合を除く。)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,249点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 880点</p> <p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 780点</p> <p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (新設)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,125点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,600点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,970点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,640点</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ((1)の場合を除く。)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,900点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,100点</p> <p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (①及び②の場合を除く。) (新設)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,069点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,175点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 820点</p> <p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 720点</p> <p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (新設)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,035点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 588点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 410点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合</p>	<p>(3) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(3) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	3,300点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,700点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点	
	□ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,600点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,400点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点	
	ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合(新設)	
	であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,909点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,105点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 780点	
	ニ 月1回訪問診療を行っている場合	ハ 月1回訪問診療を行っている場合
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,640点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 920点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 680点	
	ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合(新設)	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 955点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 553点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 390点	
	3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
	イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,450点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,025点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点	
	ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。)	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,950点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,025点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点	
	ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合(新設)	
	であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(イ及びロの場合を除く。)	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,549点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 910点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 660点	
	ニ 月1回訪問診療を行っている場合	ハ 月1回訪問診療を行っている場合
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,280点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 725点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 560点	
	ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であ(新設)	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 1696 233 1725">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 131 795 183" style="text-decoration: underline;">って、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p data-bbox="415 183 795 212">(1) 単一建物診療患者が1人の場合 775点</p> <p data-bbox="415 237 795 289">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 455点</p> <p data-bbox="415 289 795 318">(3) (1)及び(2)以外の場合 330点</p> <p data-bbox="374 318 795 608">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 608 795 685">注2 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p data-bbox="374 685 795 821">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 821 795 850">イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</p> <p data-bbox="429 850 795 879">(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点</p> <p data-bbox="429 898 795 950">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点</p> <p data-bbox="429 950 795 979">(3) (1)及び(2)以外の場合 75点</p> <p data-bbox="415 979 795 1008">ロ 在宅療養実績加算1</p> <p data-bbox="429 1008 795 1056">(1) 単一建物診療患者が1人の場合 225点</p> <p data-bbox="429 1056 795 1108">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 110点</p> <p data-bbox="429 1108 795 1137">(3) (1)及び(2)以外の場合 56点</p> <p data-bbox="415 1137 795 1166">ハ 在宅療養実績加算2</p> <p data-bbox="429 1166 795 1215">(1) 単一建物診療患者が1人の場合 150点</p> <p data-bbox="429 1215 795 1267">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 75点</p> <p data-bbox="429 1267 795 1296">(3) (1)及び(2)以外の場合 40点</p> <p data-bbox="374 1296 795 1508">注4 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。</p> <p data-bbox="374 1508 795 1692">注5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。</p> <p data-bbox="374 1692 795 1850">注6 <u>1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p>	<p data-bbox="816 1696 871 1725">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）</p>	<p>注7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点</p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 2,000点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点</p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 1,850点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点</p> <p>注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。</u></p> <p>注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。</p> <p>注4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注6 <u>15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>【注の追加】</p> <p>C004 救急搬送診療料</p>	<p>注7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 504 234 529">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 664 358 741">C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p>	<p data-bbox="378 133 797 158">C004 救急搬送診療料 1,300点</p> <p data-bbox="378 160 797 262">注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="378 264 797 394">注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 396 797 498">注3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 500 797 662">注4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 743 797 768">C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p data-bbox="378 770 797 821">1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p data-bbox="399 823 797 848">イ 週3日目まで 580点</p> <p data-bbox="399 850 797 875">ロ 週4日目以降 680点</p> <p data-bbox="378 877 797 902">2 准看護師による場合</p> <p data-bbox="399 904 797 929">イ 週3日目まで 530点</p> <p data-bbox="399 931 797 956">ロ 週4日目以降 630点</p> <p data-bbox="378 958 797 1031">3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合</p> <p data-bbox="721 1033 797 1058">1,285点</p> <p data-bbox="378 1060 797 1773">注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。))を限度とする。</p> <p data-bbox="378 1775 797 1848">注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在</p>	<p data-bbox="817 504 872 529">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p>注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は</p>	<p>注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 300点</p> <p>(2) 1日に2回の場合 600点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,000点</p> <p>注8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り</p>	<p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点</p> <p>ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000点</p> <p>注11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。</p> <p>注13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合 ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合</p> <p>注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看</p>	<p>注13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p>	<p>護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>注16 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。） 250点</p> <p>ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。） 250点</p> <p>注17 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>注18 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 580点</p> <p>(2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 293点</p> <p>(2) 週4日目以降 343点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 530点</p> <p>(2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 268点</p> <p>(2) 週4日目以降 318点</p> <p>3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る</p>	<p>(新設)</p> <p>注16 (略)</p> <p>注17 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1271 255 1296">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1750 255 1775">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="395 131 738 156">専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p> <p data-bbox="374 189 797 710">注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。</p> <p data-bbox="374 716 797 1271">注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="374 1277 797 1537">注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="415 1543 797 1568">イ 1日に2回の場合</p> <p data-bbox="429 1574 797 1619">(1) 同一建物内1人又は2人 450点 (削る)</p> <p data-bbox="429 1624 797 1649">(2) 同一建物内3人以上 400点</p> <p data-bbox="415 1655 797 1680">ロ 1日に3回以上の場合</p> <p data-bbox="429 1686 797 1731">(1) 同一建物内1人又は2人 800点 (削る)</p> <p data-bbox="429 1736 797 1761">(2) 同一建物内3人以上 720点</p> <p data-bbox="374 1767 797 1850">注4 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等</p>	<p data-bbox="854 1543 1236 1568">イ 1日に2回の場合</p> <p data-bbox="868 1574 1236 1599">(1) 同一建物内1人 450点</p> <p data-bbox="868 1605 1236 1630">(2) 同一建物内2人 450点</p> <p data-bbox="868 1636 1236 1661">(3) 同一建物内3人以上 400点</p> <p data-bbox="854 1667 1236 1692">ロ 1日に3回以上の場合</p> <p data-bbox="868 1698 1236 1723">(1) 同一建物内1人 800点</p> <p data-bbox="868 1729 1236 1754">(2) 同一建物内2人 800点</p> <p data-bbox="868 1760 1236 1785">(3) 同一建物内3人以上 720点</p> <p data-bbox="813 1790 1236 1850">注4 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 450点 (削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 380点 (削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 340点</p> <p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 300点 (削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 270点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 300点 (削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 270点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 600点 (削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 540点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 1,000点 (削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 900点</p> <p>注5 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>注6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居</p>	<p>問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 450点 (2) 同一建物内2人 450点 (3) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 380点 (2) 同一建物内2人 380点 (3) 同一建物内3人以上 340点</p> <p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)</p> <p>(1) 同一建物内1人 300点 (2) 同一建物内2人 300点 (3) 同一建物内3人以上 270点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 300点 ② 同一建物内2人 300点 ③ 同一建物内3人以上 270点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 600点 ② 同一建物内2人 600点 ③ 同一建物内3人以上 540点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 1,000点 ② 同一建物内2人 1,000点 ③ 同一建物内3人以上 900点</p> <p>注6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居</p>
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。</p> <p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 100点</p> <p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。</p> <p>C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。</p> <p>注3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管</p>	<p>住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。</p> <p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C007 訪問看護指示料</p> <p>【注の追加】</p> <p>C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>理に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>C007 訪問看護指示料 300点</p> <p>注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 <u>当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注4 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。</p> <p>C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点</p> <p>注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者</p>	<p>（新設）</p> <p>注3 （略）</p> <p>注4 （略）</p> <p>注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(同法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。)その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点</p> <p>3 1及び2以外の場合 290点</p> <p>注1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者(当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。)の人数に従い、患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>C009 在宅患者訪問栄養食事指導料</p> <p>1 在宅患者訪問栄養食事指導料1</p> <p>イ 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p>ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 440点</p> <p>2 在宅患者訪問栄養食事指導料2</p> <p>イ 単一建物診療患者が1人の場合 510点</p> <p>ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 420点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者(当該患者が居住する建物に居住する者のうち、管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注2において同じ。)の人数に従い、患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき</p>	<p>(同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。)その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注3 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>C010 在宅患者連携指導料 900点</p> <p>注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。</p> <p>C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点</p> <p>注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する。</p> <p>C012 在宅患者共同診療料</p> <p>1 往診の場合 1,500点</p> <p>2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） 1,000点</p> <p>3 訪問診療の場合（同一建物居住者） 240点</p> <p>注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>注3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>注4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。</p> <p>注5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前						
<p>【新設】</p>	<p>け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。</p> <p>C014 外来在宅共同指導料</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>外来在宅共同指導料 1</td> <td>400点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>外来在宅共同指導料 2</td> <td>600点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患者等を訪問して、在宅での療養に必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。</p> <p>注2 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>	1	外来在宅共同指導料 1	400点	2	外来在宅共同指導料 2	600点	<p>(新設)</p>
1	外来在宅共同指導料 1	400点						
2	外来在宅共同指導料 2	600点						
<p>第2節 在宅療養指導管理料</p> <p>第1款 在宅療養指導管理料</p>	<p>通則 在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。</p> <p>通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより</p>							

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 158 274 183">【通則の見直し】</p> <p data-bbox="137 1377 356 1429">C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p data-bbox="137 1561 253 1586">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="391 131 487 156">算定する。</p> <p data-bbox="377 162 795 975">3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。</p> <p data-bbox="377 981 795 1188">4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。</p> <p data-bbox="377 1193 795 1219">C100 退院前在宅療養指導管理料 120点</p> <p data-bbox="377 1224 795 1296">注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="377 1302 795 1373">注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 1435 795 1460">C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p data-bbox="377 1466 795 1491">1 複雑な場合 1,230点</p> <p data-bbox="377 1497 795 1522">2 1以外の場合</p> <p data-bbox="377 1528 795 1553">イ 月27回以下の場合 650点</p> <p data-bbox="377 1559 795 1584">ロ 月28回以上の場合 750点</p> <p data-bbox="377 1590 795 1773">注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。</p> <p data-bbox="377 1779 795 1850">注2 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に当該指導管理を行った場合には、導入初期加算として、3月</p>	<p data-bbox="816 162 1234 898">3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。</p> <p data-bbox="816 1566 1234 1750">注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 479 253 502">【注の見直し】</p> <p data-bbox="137 1271 356 1323">C102 在宅自己腹膜灌流 指導管理料</p> <p data-bbox="137 1671 233 1694">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 1806 356 1858">C102-2 在宅血液透析指 導管理料</p>	<p data-bbox="411 131 795 183">を限度として、580点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 189 795 318">注3 処方内容に変更があった場合には、注2の規定にかかわらず、当該指導を行った日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り導入初期加算を算定できる。</p> <p data-bbox="377 324 795 473">注4 患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 479 795 685">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。</p> <p data-bbox="377 743 754 767">C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料</p> <p data-bbox="740 772 795 795">820点</p> <p data-bbox="377 801 795 898">注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="377 904 734 927">C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</p> <p data-bbox="377 933 795 956">1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 150点</p> <p data-bbox="377 962 795 985">2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 150点</p> <p data-bbox="377 991 795 1136">注1 1については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="377 1141 795 1271">注2 2については、1を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 1329 795 1352">C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p data-bbox="377 1358 795 1535">注1 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。</p> <p data-bbox="377 1541 795 1671">注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。</p> <p data-bbox="377 1676 795 1806">注3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したのに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。</p>	<p data-bbox="816 479 1234 743">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> <p data-bbox="816 1671 871 1694">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<p>C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。</p> <p>注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。</p> <p>C103 在宅酸素療法指導管理料 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点 2 その他の場合 2,400点 注1 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点 注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点 注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点 注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。</p> <p>C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点 注1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。</p> <p>C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指</p>	<p>C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[新設]</p>	<p>導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</p> <p>1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点</p> <p>2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点</p> <p>注1 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該管理を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点</p> <p>注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点</p> <p>注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点</p> <p>注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点</p> <p>注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点</p> <p>注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。</p> <p>C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点</p> <p>注1 てんかん治療のため植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。</p> <p>C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点</p> <p>注 便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便失禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便失禁管理又は在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	
【新設】	<p>C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点</p> <p>注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI₂製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。</p> <p>C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点</p> <p>注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	(新設)
【新設】	<p>C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点</p> <p>注 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C113 削除</p> <p>C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点</p> <p>注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>C115 削除</p> <p>C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者で</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>あつて入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>C117 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点 注 入院中の患者以外の患者であつて、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。</p> <p>C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 800点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的自己洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>C120 在宅中耳加圧療法指導管理料 1,800点 注 在宅中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点 注1 <u>在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</u></p> <p>注2 <u>在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第2款 在宅療養指導管理材料加算</p> <p>C150 血糖自己測定器加算</p>	<p>通則</p> <p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。</p> <p>2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。</p> <p>3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>C150 血糖自己測定器加算</p> <p>1 月20回以上測定する場合 350点 2 月30回以上測定する場合 465点 3 月40回以上測定する場合 580点 4 月60回以上測定する場合 830点 5 月90回以上測定する場合 1,170点 6 月120回以上測定する場合 1,490点 7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 1,250点</p> <p>注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者及び脾全摘後の患者を除く。） ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は脾全摘後の患者に限る。） ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者 ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p> <p>注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は脾全摘後の患者に限る。） ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p> <p>注3 7については、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>注4 <u>SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、3月に3回に限り、40点を更に第1款の所定点数に加算する。</u></p> <p>C151 注入器加算 300点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p>1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点 2 1以外のシリンジポンプ 1,500点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に</p>	<p>注3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>
【注の見直し】		
【注の追加】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	加算する。 C152-2 持続血糖測定器加算 1 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 イ 2個以下の場合 1,320点 ロ 3個又は4個の場合 2,640点 ハ 5個以上の場合 3,300点 2 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合 イ 2個以下の場合 1,320点 ロ 3個又は4個の場合 2,640点 ハ 5個以上の場合 3,300点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。 注2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、2月に2回に限り、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。	
	C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。	
	C153 注入器用注射針加算 1 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点 2 1以外の場合 130点 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C154 紫外線殺菌器加算 360点 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C155 自動腹膜灌流装置加算 2,500点 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C156 透析液供給装置加算 10,000点 注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C157 酸素ポンプ加算 1 携帯用酸素ポンプ 880点 2 1以外の酸素ポンプ 3,950点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンプを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。	

項 目	改 正 後	改 正 前
C159-2 呼吸同調式デマ ンドバルブ加算 【点数の見直し】	C158 酸素濃縮装置加算 4,000点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外 の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者 を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用し た場合に、3月に3回に限り、第1款の所定 点数に加算する。ただし、この場合におい て、区分番号C157に掲げる酸素ボンベ加算 の2は算定できない。	
	C159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置 3,970点 2 携帯型液化酸素装置 880点	
	注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外 の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者 を除く。）に対して、液化酸素装置を使用し た場合に、3月に3回に限り、第1款の所定 点数に加算する。	
	C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外 の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者 を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバル ブを使用した場合に、3月に3回に限り、 第1款の所定点数に加算する。	C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点
	C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の 患者以外の患者に対して、輸液セットを使用 した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C161 注入ポンプ加算 1,250点 注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄 養法若しくは在宅小児経管栄養法を行ってい る入院中の患者以外の患者、在宅における鎮 痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っ ている入院中の患者以外の末期の患者又は別に 厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行 っている入院中の患者以外の患者に対して、 注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に 限り、第1款の所定点数に加算する。	
	C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点 注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄 養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っ ている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄 養経管栄養法を行っている患者については、 区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経 管栄養法指導管理料を算定しているものに限 る。）に対して、栄養管セットを使用した場 合に、第1款の所定点数に加算する。	
	C163 特殊カテーテル加算 1 再利用型カテーテル 400点 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点 (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点 (3) 120本以上の場合 2,100点 ロ イ以外のもの 1,000点 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点	
	注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外 の患者に対して、再利用型カテーテル、間 歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間 歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3 月に3回に限り、第1款の所定点数に加算す る。	
	C164 人工呼吸器加算	

項 目	改 正 後	改 正 前
C 168-2 携帯型精密ネブライザ加算 【名称の見直し】 【注の見直し】	1 陽圧式人工呼吸器 7,480点 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。	
	2 人工呼吸器 6,480点 注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。	
	3 陰圧式人工呼吸器 7,480点 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。	
	注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。	
	C 165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	
	1 ASVを使用した場合 3,750点	
	2 CPAPを使用した場合 1,000点	
	注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。	
	C 166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算 2,500点	
	注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	
C 167 疼痛等管理用送信器加算 600点		
注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラムを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 168 携帯型精密輸液ポンプ加算 10,000点		
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 168-2 携帯型精密ネブライザ加算 3,200点		
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 169 気管切開患者用人工鼻加算 1,500点		
注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 168-2 携帯型精密ネブライザ加算 3,200点		
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 170 排痰補助装置加算 1,829点		
注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。		
C 171 在宅酸素療法材料加算		
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点		
2 その他の場合 100点		
注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。		
C 171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点		
		C 168-2 携帯型精密ネブライザ加算 3,200点 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
		C 170 排痰補助装置加算 1,800点

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点</p> <p>注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400点</p> <p>注 在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C173 横隔神経電気刺激装置加算 600点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点</p> <p>注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算</p> <p>1 1月目 7,480点</p> <p>2 2月目以降 1,800点</p> <p>注 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>C200 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>C300 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第3部 検査（改正部分）

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	(略)	(略)
第1節 検体検査料	第1節 検体検査料	第1節 検体検査料
	通則 (略)	通則 (略)
第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料
	通則 (略)	通則 (略)
	区分	区分
(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)
	D000 (略)	D000 (略)
【点数の見直し】	D001 尿中特殊物質定性定量検査	D001 尿中特殊物質定性定量検査
【項目の見直し】	1 (略)	1 (略)
	2 VMA定性(尿)、尿グルコース 9点	2 VMA定性(尿)、 <u>Bence Jones 蛋白定性(尿)、尿グルコース</u> 9点
	3～7 (略)	3～7 (略)
	8 アルブミン定量(尿) 99点	8 アルブミン定量(尿) 102点
	9 トランスフェリン(尿) 101点	9 トランスフェリン(尿) 104点
	10 ウロポルフィリン(尿)、 <u>トリプシノーゲン2(尿)</u> 105点	10 ウロポルフィリン(尿) 105点
	11～13 (略)	11～13 (略)
	14 コプロポルフィリン(尿) 131点	14 コプロポルフィリン(尿) 135点
	15 <u>IV型コラーゲン(尿)</u> 184点	15 (新設)
	16 (略)	16 (略)
	(削る)	16 <u>IV型コラーゲン(尿)</u> 189点
	17～21 (略)	17～21 (略)
	注 (略)	注 (略)
	D002・D002-2 (略)	D002・D002-2 (略)
【点数の見直し】	D003 糞便検査	D003 糞便検査
	1～8 (略)	1～8 (略)
	9 カルプロテクチン(糞便) 270点	9 カルプロテクチン(糞便) 276点
【点数の見直し】	D004 穿刺液・採取液検査	D004 穿刺液・採取液検査
【項目の見直し】	1 (略)	1 (略)
	2 <u>関節液検査</u> 50点	(新設)
	3～7 (略)	2～6 (略)
	8 <u>顆粒球エラストラーゼ(子宮頸管粘液)</u> 119点	7 <u>顆粒球エラストラーゼ(子宮頸管粘液)</u> 122点
	9 (略)	8 (略)
	10 I g Gインデックス 402点	9 I g Gインデックス 414点
	11 (略)	10 (略)
	12 <u>ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)</u> 570点	11 <u>ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)</u> 577点
	13～17 (略)	12～16 (略)
	注 (略)	注 (略)
	D004-2 (略)	D004-2 (略)
(血液学的検査)	(血液学的検査)	(血液学的検査)
	(血液学的検査)	(血液学的検査)
【点数の見直し】	D005 血液形態・機能検査	D005 血液形態・機能検査
【項目の見直し】	1～6 (略)	1～6 (略)
	7 <u>血中微生物検査、DNA含有赤血球計数検査</u> 40点	7 血中微生物検査 40点
	8～13 (略)	8～13 (略)
	14 骨髓像 788点	14 骨髓像 812点
	注 (略)	注 (略)
	15 (略)	15 (略)
【点数の見直し】	D006 出血・凝固検査	D006 出血・凝固検査
	1～13 (略)	1～13 (略)
	14 <u>Dダイマー定性</u> 122点	14 Dダイマー定性 125点

項 目	改 正 後	改 正 前
	15 (略)	15 (略)
	16 von Willebrand因子 (VWF) 活性 <u>129点</u>	16 von Willebrand因子 (VWF) 活性 <u>132点</u>
	17 Dダイマー <u>130点</u>	17 Dダイマー <u>133点</u>
	18・19 (略)	18・19 (略)
	20 凝固因子インヒビター <u>144点</u>	20 凝固因子インヒビター <u>148点</u>
	21 von Willebrand因子 (VWF) 抗原 <u>147点</u>	21 von Willebrand因子 (VWF) 抗原 <u>151点</u>
	22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合 体 (P I C) <u>154点</u>	22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合 体 (P I C) <u>158点</u>
	23 プロテインS抗原 <u>158点</u>	23 プロテインS抗原 <u>162点</u>
	24 プロテインS活性 <u>163点</u>	24 プロテインS活性 <u>168点</u>
	25 β -トロンボグロブリン (β -TG)、トロ ンピン・アンチトロンピン複合体 (T A T) <u>176点</u>	25 β -トロンボグロブリン (β -TG) <u>177点</u>
	26 (略)	26 (略)
	(削る)	27 トロンピン・アンチトロンピン複合体 (T A T) <u>181点</u>
	27 プロトロンビンフラグメントF 1 + 2 <u>192点</u>	28 プロトロンビンフラグメントF 1 + 2 <u>193点</u>
	28 (略)	29 (略)
	29 フィブリンモノマー複合体 <u>221点</u>	(新設)
	30 (略)	30 (略)
	(削る)	31 フィブリンモノマー複合体 <u>227点</u>
	31 プロテインC抗原 <u>232点</u>	32 プロテインC抗原 <u>239点</u>
	32 <u>プロテインC活性</u> <u>234点</u>	(新設)
	33 (略)	33 (略)
	(削る)	34 <u>プロテインC活性</u> <u>241点</u>
	34・35 (略)	35・36 (略)
【注の見直し】	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の14から33までに掲げる検査を3項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の14から34までに掲げる検査を3項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。
	イ・ロ (略)	イ・ロ (略)
【項目の見直し】	D006-2 (略)	D006-2 (略)
	D006-3 BCR-ABL1	D006-3 Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国 際標準値))
	1 Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標 準値))	1 診断の補助に用いるもの <u>2,520点</u>
	イ 診断の補助に用いるもの <u>2,520点</u>	(新設)
	ロ モニタリングに用いるもの <u>2,520点</u>	(新設)
	2 minor BCR-ABL mRNA	2 モニタリングに用いるもの <u>2,520点</u>
	イ 診断の補助に用いるもの <u>2,520点</u>	(新設)
	ロ モニタリングに用いるもの <u>2,520点</u>	(新設)
	D006-4 (略)	D006-4 (略)
【項目の見直し】	D006-5 染色体検査 (全ての費用を含む。)	D006-5 染色体検査 (全ての費用を含む。) <u>2,631点</u>
	1 F I S H法を用いた場合 <u>2,553点</u>	(新設)
	2 その他の場合 <u>2,553点</u>	(新設)
	注1 分染法を行った場合は、分染法加算とし て、397点を所定点数に加算する。	注 分染法を行った場合は、分染法加算とし て、397点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注2 2については、流産検体を用いた絨毛染 色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣 が定める施設基準に適合しているものとし て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において行う場合に限り算定する。	(新設)
【点数の見直し】	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 <u>2,373点</u>	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 <u>2,429点</u>
【点数の見直し】	D006-7 U D Pグルクロン酸転移酵素遺伝子 多型 <u>2,004点</u>	D006-7 U D Pグルクロン酸転移酵素遺伝子 多型 <u>2,037点</u>
	D006-8～D006-10 (略)	D006-8～D006-10 (略)
【点数の見直し】	D006-11 F I P 1 L 1-P D G F R α 融合遺伝 子検査 <u>3,105点</u>	D006-11 F I P 1 L 1-P D G F R α 融合遺伝 子検査 <u>3,201点</u>
	D006-12～D006-18 (略)	D006-12～D006-18 (略)
【項目の見直し】	D006-19 がんゲノムプロファイリング検査 <u>44,000点</u>	D006-19 がんゲノムプロファイリング検査
	(削る)	1 検体提出時 <u>8,000点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	(削る) 注1 (略)	2 結果説明時 注 (略)
【注の追加】	注2 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。	48,000点 (新設)
【新設】	D006-20・D006-21 (略)	D006-20・D006-21 (略)
【新設】	D006-22 RAS遺伝子検査(血漿) 7,500点	(新設)
	D006-23 遺伝子相同組換え修復欠損検査 32,200点	(新設)
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
【新設】	D006-24 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 10,000点	(新設)
【新設】	D006-25 CYP2C9遺伝子多型 2,037点	(新設)
【新設】	D006-26 染色体構造変異解析 8,000点	(新設)
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
【新設】	D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)	(新設)
	1 ROS1融合遺伝子検査 2,500点	
	2 ALK融合遺伝子検査 2,500点	
	3 METex14遺伝子検査 5,000点	
	4 NTRK融合遺伝子検査 5,000点	
	注1 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の1若しくは2に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げるEGFR遺伝子検査(血漿)を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。	
	注2 患者から1回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の3及び4に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。	
【新設】	D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770点	(新設)
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。	
(生化学的検査(I))	(生化学的検査(I))	(生化学的検査(I))
【点数の見直し】	D007 血液化学検査	D007 血液化学検査
【項目の見直し】	1～21 (略)	1～21 (略)
	22 CK-MB(蛋白量測定) 90点	22 CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定) 90点
	23・24 (略)	23・24 (略)
	25 フェリチン半定量、フェリチン定量 105点	25 (略)
	26 (略)	26 (略)
	27 ヘパリン、エタノール 108点	27 ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量 108点
	28 KL-6 111点	28 エタノール 111点
	(削る)	28 KL-6 114点
	29 心筋トロポニンI、心筋トロポニンT(TnT)定性・定量、アルミニウム(A1) 112点	29 心筋トロポニンI、心筋トロポニンT(TnT)定性・定量、アルミニウム(A1) 115点
	30 シスタチンC 115点	(新設)
	31 (略)	30 (略)
	32 ペントシジン 118点	31 ペントシジン、シスタチンC 118点
	33～35 (略)	32～34 (略)
	36 血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量、アル	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	ブミン非結合型ビリルビン 135点 注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。	
37	肺サーファクタント蛋白-D (S P-D)、 プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)、 亜鉛 (Z n) 136点 (削る)	35 肺サーファクタント蛋白-D (S P-D) 136点
38	アンギオテンシン I 転換酵素 (A C E)、 ビタミンB ₁₂ 140点	37 プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P)、 亜鉛 (Z n) 140点
39	セレン 144点	38 セレン、アンギオテンシン I 転換酵素 (A C E)、 ビタミンB ₁₂ 144点
40	(略)	39 (略)
41	ビルビン酸キナーゼ (P K)、葉酸 150点 (削る)	40 ビルビン酸キナーゼ (P K) 150点
42	腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 1型 (I G F B P-1) 定性 175点	41 葉酸 154点 (新設)
43	ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレ ステロール (R L P-C) 179点	(新設)
44	A L Pアイソザイム (P A G電気泳動法) 180点	42 A L Pアイソザイム (P A G電気泳動法)、 腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 I 型 (I G F B P-1) 定性 180点
45	心室筋ミオシン軽鎖 I 184点	43 ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I、 レムナント様リポ蛋白コレステロール (R L P-C) 184点
46~50	(略)	44~48 (略)
51	リポ蛋白リパーゼ (L P L) 219点	49 リポ蛋白リパーゼ (L P L) 223点
52	(略)	50 (略)
53	ビタミンB ₁ 239点	51 ビタミンB ₁ 246点
54	ビタミンB ₂ 242点	52 ビタミンB ₂ 249点
55・56	(略)	53・54 (略)
57	ロイシンリッチ a ₂ グリコプロテイン 276点	(新設)
58	プロカルシトニン (P C T) 定量、プロカ ルシトニン (P C T) 半定量 284点	55 プロカルシトニン (P C T) 定量、プロカ ルシトニン (P C T) 半定量 292点
59	(略)	56 (略)
60	ビタミンC 305点	(新設)
61	(略)	57 (略)
62	(略)	58 ビタミンC 314点
63	血管内皮増殖因子 (V E G F) 460点	59 (略)
64	(略)	(新設)
【注の見直し】	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の1から8までに掲げる検査を5項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。 イ・ロ (略) ハ 10項目以上 106点 注 (略)	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の1から8までに掲げる検査を5項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。 イ・ロ (略) ハ 10項目以上 109点 注 (略)
(生化学的検査 (Ⅱ))	(生化学的検査 (Ⅱ))	(生化学的検査 (Ⅱ))
【点数の見直し】	D008 内分泌学的検査	D008 内分泌学的検査
【項目の見直し】	1~6 (略)	1~6 (略)
	7 トリヨードサイロニン (T ₃) 99点	(新設)
	8 (略) (削る)	7 (略)
	9 甲状腺刺激ホルモン (T S H)、ガストリ ン 101点	8 トリヨードサイロニン (T ₃) 102点
	10 インスリン (I R I) 103点	9 甲状腺刺激ホルモン (T S H)、ガストリ ン 104点
		10 インスリン (I R I) 106点

項 目	改 正 後	改 正 前
11	レニン定量 <u>105点</u>	11 レニン定量 <u>108点</u>
12	サイロキシシン (T ₄) <u>108点</u>	12 サイロキシシン (T ₄) <u>111点</u>
13	成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) <u>108点</u>	13 成長ホルモン (GH)、卵胞刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH) <u>111点</u>
14	テストステロン <u>122点</u>	(新設)
15	遊離サイロキシシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール <u>124点</u>	(新設)
16	アルドステロン (削る) <u>125点</u>	14 アルドステロン、テストステロン <u>125点</u>
17	(略)	15 遊離サイロキシシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール <u>127点</u>
18	サイログロブリン <u>131点</u>	16 (略) (新設)
19	ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) <u>132点</u>	(新設)
20	脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン <u>133点</u>	17 サイログロブリン <u>133点</u>
21	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 <u>134点</u>	18 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) <u>134点</u>
22	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト胎盤性ラクトローゲン (HPL) <u>136点</u>	19 脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) <u>136点</u>
23	サイロキシシン結合能 (TBC) (削る) <u>137点</u>	20 カルシトニン <u>137点</u>
24	プロゲステロン <u>147点</u>	21 ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 <u>138点</u>
25	(略) (削る)	22 サイロキシシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトローゲン (HPL) <u>140点</u>
26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) <u>154点</u>	(新設)
27	(略)	23 (略)
28	オステオカルシン (OC) (削る) <u>157点</u>	24 プロゲステロン <u>151点</u>
29	遊離テストステロン <u>159点</u>	(新設)
30	骨型アルカリホスファターゼ (BAP) <u>161点</u>	25 (略) (新設)
31	インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) <u>163点</u>	26 低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) <u>158点</u>
32	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) <u>164点</u>	(新設)
33	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画 <u>165点</u>	27 骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC) <u>161点</u>
34	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、デヒドロエピアン드로ステロン硫酸抱合体 (DHEA-S) <u>169点</u>	28 遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact PINP) <u>163点</u>
35	セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、サイクリックAMP (cAMP) (削る) <u>170点</u>	(新設)
36	エストラジオール (E ₂) (削る) <u>172点</u>	29 低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 <u>165点</u>
		30 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) <u>169点</u>
		31 セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画 <u>170点</u>
		32 デヒドロエピアン드로ステロン硫酸抱合体 (DHEA-S) <u>174点</u>
		33 サイクリックAMP (cAMP) <u>175点</u>
		34 エストラジオール (E ₂) <u>177点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前	
【注の見直し】	37 (略)	35 (略)	
	38 副甲状腺ホルモン関連蛋白(P T H r P)、 副腎皮質刺激ホルモン (A C T H)、カテコ ールアミン <u>189点</u>	(新設)	
	39 (略) (削る)	36 (略)	
	40・41 (略)	37 副甲状腺ホルモン関連蛋白(P T H r P)、 副腎皮質刺激ホルモン (A C T H)、カテコ ールアミン <u>194点</u>	
	42 ソマトメジン C <u>212点</u>	38・39 (略)	
	43・44 (略) (削る)	(新設)	
	45 17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-K G S分画)、メタネフリン・ノルメタネフリ ン分画 <u>220点</u>	40・41 (略)	
	46 心房性N a利尿ペプチド (A N P) <u>221点</u>	42 ソマトメジン C <u>218点</u>	
	(削る)	43 17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-K G S分画) <u>220点</u>	
	47 抗利尿ホルモン (A D H) <u>230点</u>	44 メタネフリン・ノルメタネフリン分画 <u>221点</u>	
	48 プレグナントリオール <u>232点</u>	45 心房性N a利尿ペプチド (A N P) <u>227点</u>	
	(削る)	(新設)	
	49～51 (略)	46 プレグナントリオール <u>234点</u>	
	52 抗ミューラー管ホルモン (A M H) <u>600点</u>	47 抗利尿ホルモン (A D H) <u>235点</u>	
	53 レプチン <u>1,000点</u>	48～50 (略)	
	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の13から51までに掲げる検査を3項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。 イ～ハ (略)	(新設)	
		(新設)	
		注 患者から1回に採取した血液を用いて本区 分の13から50までに掲げる検査を3項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。 イ～ハ (略)	
	【点数の見直し】	D009 腫瘍マーカー	D009 腫瘍マーカー
	【項目の見直し】	1 (略)	1 (略)
		2 癌胎児性抗原 (C E A) <u>99点</u>	2 癌胎児性抗原 (C E A) <u>102点</u>
		3 a-フェトプロテイン (A F P) <u>101点</u>	3 a-フェトプロテイン (A F P) <u>104点</u>
		4 扁平上皮癌関連抗原 (S C C抗原) <u>104点</u>	4 扁平上皮癌関連抗原 (S C C抗原) <u>107点</u>
		5 (略)	5 (略)
		6 N C C-S T-439、C A 15-3 <u>115点</u>	(新設)
		7 D U P A N-2 <u>118点</u>	6 D U P A N-2、N C C-S T-439、C A 15-3 <u>118点</u>
		8 エラスターゼ1 <u>123点</u>	7 エラスターゼ1 <u>126点</u>
		9 前立腺特異抗原 (P S A)、C A 19-9 <u>124点</u>	8 前立腺特異抗原 (P S A)、C A19-9 <u>127点</u>
		10 P I V K A-II半定量、P I V K A-II定量 <u>135点</u>	9 P I V K A-II半定量、P I V K A-II定量 <u>139点</u>
		11 C A125 <u>140点</u>	(新設)
		12 神経特異エノラーゼ (N S E) <u>142点</u>	(新設)
		13 核マトリックスプロテイン22 (N M P22) <u>143点</u>	(新設)
		定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (N M P22) 定性 (尿) <u>143点</u>	10 C A125 <u>144点</u>
		14 S P a n-1、シアリル L e ^x -i 抗原 (S L X) <u>144点</u>	11 C A72-4、S P a n-1、シアリル T n抗原 (S T N)、神経特異エノラーゼ (N S E) <u>146点</u>
		15 C A72-4、シアリル T n抗原 (S T N) <u>146点</u>	12 核マトリックスプロテイン22 (N M P22) <u>147点</u>
	(削る)	定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (N M P22) 定性 (尿) <u>147点</u>	
	(削る)	13 シアリル L e ^x -i 抗原 (S L X) <u>148点</u>	
16 塩基性フェトプロテイン (B F P)、遊離 型 P S A比 (P S A F/T比) <u>150点</u>	14 塩基性フェトプロテイン (B F P) <u>150点</u>		
(削る)	15 遊離型 P S A比 (P S A F/T比) <u>154点</u>		
17 B C A225、サイトケラチン19フラグメン ト (シフラ) <u>158点</u>	(新設)		
18 サイトケラチン8・18 (尿)、シアリル L e ^x 抗原 (C S L E X) <u>160点</u>	16 サイトケラチン8・18 (尿) <u>160点</u>		

項 目	改 正 後	改 正 前
	(削る)	17 <u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント(シフラ)</u> <u>162点</u>
	19 (略)	18 (略)
	(削る)	19 <u>シアリルL e^s抗原(CSLEX)</u> <u>164点</u>
	20～22 (略)	20～22 (略)
	23 <u>CA602、α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)、組織因子経路インヒビター2(TFPI2)</u> <u>190点</u>	23 <u>CA602、α-フェトプロテインレクチン分画(AFP-L3%)</u> <u>190点</u>
	24～26 (略)	24～26 (略)
	27 <u>プロステートヘルスインデックス(phi)</u> <u>281点</u>	(新設)
	28～30 (略)	27～29 (略)
【注の見直し】	注1 (略)	注1 (略)
	注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
	イ・ロ (略)	イ・ロ (略)
【点数の見直し】	ハ 4項目以上 <u>396点</u>	ハ 4項目以上 <u>408点</u>
	D010 特殊分析	D010 特殊分析
	1 (略)	1 (略)
	2 結石分析 <u>117点</u>	2 結石分析 <u>120点</u>
	3 (略)	3 (略)
	4 アミノ酸	4 アミノ酸
	イ 1種類につき <u>279点</u>	イ 1種類につき <u>287点</u>
	ロ 5種類以上 <u>1,141点</u>	ロ 5種類以上 <u>1,176点</u>
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR) <u>283点</u>	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比(BTR) <u>288点</u>
	6 (略)	6 (略)
	7 脂肪酸分画 <u>405点</u>	7 脂肪酸分画 <u>417点</u>
(免疫学的検査)	8 (略)	8 (略)
	(免疫学的検査)	(免疫学的検査)
【点数の見直し】	D011 免疫血液学的検査	D011 免疫血液学的検査
	1・2 (略)	1・2 (略)
	3 Rh(その他の因子)血液型 <u>148点</u>	3 Rh(その他の因子)血液型 <u>152点</u>
	4 (略)	4 (略)
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性 <u>181点</u>	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性 <u>186点</u>
	6 血小板関連IgG(PA-IgG) <u>193点</u>	6 血小板関連IgG(PA-IgG) <u>198点</u>
	7 (略)	7 (略)
	8 抗血小板抗体 <u>261点</u>	8 抗血小板抗体 <u>262点</u>
	9・10 (略)	9・10 (略)
【点数の見直し】	D012 感染症免疫学的検査	D012 感染症免疫学的検査
【項目の見直し】	1～15 (略)	1～15 (略)
	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性 <u>112点</u>	16 HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性 <u>115点</u>
	17 (略)	17 (略)
	18 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u> <u>124点</u>	(新設)
	19 <u>HIV-1, 2抗体定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量</u> <u>127点</u>	18 <u>HIV-1, 2抗体定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量、A群β溶連菌迅速試験定性</u> <u>127点</u>
	20 <u>ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)</u> <u>132点</u>	(新設)
	21 <u>カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量</u> <u>134点</u>	19 <u>カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量</u> <u>134点</u>
	22 <u>インフルエンザウイルス抗原定性</u> <u>136点</u>	20 <u>ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)</u> <u>136点</u>
	23 <u>RSウイルス抗原定性</u> <u>138点</u>	21 <u>RSウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)定性、梅毒トレポネーマ抗体(FTA-ABS試験)半定量</u> <u>138点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
(削る)		22 インフルエンザウイルス抗原定性 139点
24 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、ヒトメ タニューモウイルス抗原定性	142点	23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 142点
25 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)	146点	24 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヒトメタ ニューモウイルス抗原定性 146点
26 (略)		25 (略)
27 クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体	152点	(新設)
28 クラミジア・トラコマチス抗原定性	156点	26 クラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体 156点
29 アスベルギルス抗原	157点	(新設)
30 D-アラビニトール	160点	27 D-アラビニトール、クラミジア・トラコ マチス抗原定性 160点
(削る)		28 アスベルギルス抗原 161点
31 大腸菌 O157抗体定性、H T L V-I 抗体	163点	(新設)
32 (略)		29 (略)
(削る)		30 大腸菌 O157抗体定性、H T L V-I 抗体 168点
33 クリプトコックス抗原半定量	169点	(新設)
34 (略)		31 (略)
35 クリプトコックス抗原定性	174点	32 クリプトコックス抗原半定量、クリプトコ ックス抗原定性 174点
36・37 (略)		33・34 (略)
38 アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、 肺炎球菌細胞壁抗原定性	184点	35 アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)、 肺炎球菌細胞壁抗原定性 189点
39 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液)	193点	36 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 198点
40 (略)		37 (略)
41 (1→3)-β-D-グルカン	201点	(新設)
42 グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項 目当たり)	206点	(新設)
注 同一検体についてグロブリンクラス別ウ イルス抗体価の測定を行った場合は、2項 目を限度として算定する。		
43 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定 量	207点	38 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定 量、(1→3)-β-D-グルカン 207点
44 (略)		39 (略)
45 レジオネラ抗原定性(尿)	211点	(新設)
(削る)		40 グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項 目当たり) 212点
46 百日咳菌抗原定性	217点	注 同一検体について、グロブリンクラス別 ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2 項目を限度として算定する。
47 赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗 原定性	223点	41 レジオネラ抗原定性(尿) 217点
48 水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞)	227点	42 赤痢アメーバ抗体半定量 223点
49 デングウイルス抗原定性、デングウイルス 抗原・抗体同時測定定性、白癩菌抗原定性	233点	(新設)
注 (略)		43 デングウイルス抗原定性、デングウイルス 抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原 定性(上皮細胞) 233点
50 エンドトキシン	236点	注 (略)
51 百日咳菌抗体	257点	44 エンドトキシン 243点
52・53 (略)		45 百日咳菌抗体 264点
54 サイトメガロウイルスpp65抗原定性	366点	46・47 (略)
55～57 (略)		48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 377点
58 H I V-1特異抗体・H I V-2特異抗体	660点	49～51 (略)
59 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	847点	(新設)
60 鳥特異的 I g G 抗体	873点	52 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 873点
61 抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗 体	12,850点	(新設)
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届		(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前	
【点数の見直し】	け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。		
	D013 肝炎ウイルス関連検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	
	1～3 (略)	1～3 (略)	
	4 HB e抗原、HB e抗体 101点	4 HB e抗原、HB e抗体 104点	
	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白 105点	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白 108点	
	6 HB c抗体半定量・定量 133点	6 HB c抗体半定量・定量 137点	
	7～10 (略)	7～10 (略)	
	11 HCV血清群別判定 221点	11 HCV血清群別判定 227点	
	12 HBVコア関連抗原 (HB c r A g) 259点	12 HBVコア関連抗原 (HB c r A g) 266点	
	13・14 (略)	13・14 (略)	
	【注の見直し】	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
		イ・ロ (略)	イ・ロ (略)
ハ 5項目以上 425点		ハ 5項目以上 438点	
D014 自己抗体検査		D014 自己抗体検査	
1～4 (略)		1～4 (略)	
5 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量 102点		5 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量 105点	
6 (略)		6 (略)	
7 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量 114点		(新設)	
8 (略) (削る)		7 (略)	
9 抗J o-1抗体定性、抗J o-1抗体半定量、抗J o-1抗体定量、抗サイログロブリン抗体 140点		8 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量 117点	
10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 142点		9 抗J o-1抗体定性、抗J o-1抗体半定量、抗J o-1抗体定量 140点	
11 抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量 144点		(新設)	
(削る)	10 抗サイログロブリン抗体、抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量 144点		
12 (略)	11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 146点		
13 C ₁ q結合免疫複合体 153点	12 (略)		
14 抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量 157点	(新設)		
15 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量 158点	13 C ₁ q結合免疫複合体 157点		
16 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量 161点	14 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量、抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量 161点		
17 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 163点	15 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量 163点		
18 (略)	16 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 168点		
19 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性 174点	17 (略)		
20 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 181点	18 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性 179点		
21 抗ミトコンドリア抗体定量 189点	19 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 186点		
22 (略)	(新設)		
23 モノクローナルRF結合免疫複合体 194点	20 (略)		
24 I g G型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量 198点	21 モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量 194点		
(削る)	22 I g G型リウマトイド因子 203点		
	23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シト		

項 目	改 正 後	改 正 前
		ルリン化ペプチド抗体定量 204点
	25 抗LKM-1抗体 215点	24 抗LKM-1抗体 221点
	26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 220点	(新設)
	27 (略)	25 (略)
	28 抗カルジオリピンI _g G抗体、抗カルジオリピンI _g M抗体、抗β ₂ グリコプロテインI ₁ I ₂ I ₃ 抗体、抗β ₂ グリコプロテインI ₁ I ₂ I ₃ 抗体 226点	26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 226点
	29 (略)	27 抗カルジオリピン抗体 232点
	30 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 258点	28 (略)
	31 抗好中球細胞質プロテインナーゼ3抗体 (PR3-ANCA) 259点	29 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 265点
	32 抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体) 262点	30 抗好中球細胞質プロテインナーゼ3抗体 (PR3-ANCA) 267点
	33 抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体 270点	(新設)
	34 (略)	31 抗デスモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体) 270点
	35 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性 273点	32 (略)
	36～42 (略)	33 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性 281点
	43 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体) 798点	34～40 (略)
	44 (略)	41 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体) 822点
	45 抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体 (抗P/Q型VGCC抗体) 1,000点	42 (略)
	46・47 (略)	43 抗アクアポリン4抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点
【注の見直し】	注1 本区分の9から16まで、18、22及び34に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	44・45 (略)
【注の見直し】	注2 本区分の46及び47に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	注1 本区分の9から15まで、17、20及び32に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
【点数の見直し】	D015 血漿蛋白免疫学的検査	注2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。
【項目の見直し】	1～10 (略)	D015 血漿蛋白免疫学的検査
	11 β ₂ -マイクログロブリン 101点	1～10 (略)
	12 トランスサイレチン (プレアルブミン) 104点	11 β ₂ -マイクログロブリン 104点
	13 (略)	12 トランスサイレチン (プレアルブミン) 107点
	14 α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。) 132点	13 (略)
	15 レチノール結合蛋白 (RBP) 136点	(新設)
	16 (略)	14 レチノール結合蛋白 (RBP)、α ₁ -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。) 136点
	17 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清)、インターロイキン-6 (IL-6) 170点	15 (略)
	18～23 (略)	16 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 170点
	24 免疫電気泳動法 (特異抗血清) 218点	17～22 (略)
	25 C ₁ インアクチベータ 260点	23 免疫電気泳動法 (特異抗血清) 224点
	26 SCCA2 300点	24 C ₁ インアクチベータ 268点
	27 (略)	(新設)
	28 インターフェロン-λ3 (IFN-λ3)、sFlt-1/PIGF比 340点	25 (略)
	29 (略)	(新設)
	30 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 594点	26 (略)
		27 結核菌特異的インターフェロン-γ産生能 612点

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】 (微生物学的検査)	D016 細胞機能検査 1 (略) 2 T細胞サブセット検査 (一連につき) <u>185点</u> 3～7 (略)	D016 細胞機能検査 1 (略) 2 T細胞サブセット検査 (一連につき) <u>190点</u> 3～7 (略)
【点数の見直し】	(微生物学的検査) D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの <u>50点</u> 注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、 <u>35点</u> を所定点数に加算する。	(微生物学的検査) D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの <u>50点</u> 注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、 <u>32点</u> を所定点数に加算する。
【注の見直し】	2 (略) 3 その他のもの <u>64点</u> 注 (略)	2 (略) 3 その他のもの <u>61点</u> 注 (略)
【点数の見直し】	D018 細菌培養同定検査 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 <u>170点</u> 2 消化管からの検体 <u>190点</u> 3 血液又は穿刺液 <u>220点</u> 4 泌尿器又は生殖器からの検体 <u>180点</u> 5 その他の部位からの検体 <u>170点</u> 6 (略)	D018 細菌培養同定検査 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 <u>160点</u> 2 消化管からの検体 <u>180点</u> 3 血液又は穿刺液 <u>215点</u> 4 泌尿器又は生殖器からの検体 <u>170点</u> 5 その他の部位からの検体 <u>160点</u> 6 (略)
【注の見直し】	注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>122点</u> を所定点数に加算する。 注2 (略)	注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、 <u>112点</u> を所定点数に加算する。 注2 (略)
【点数の見直し】	D019 細菌薬剤感受性検査 1 1菌種 <u>180点</u> 2 2菌種 <u>230点</u> 3 3菌種以上 <u>290点</u> 4・5 (略) D019-2 (略)	D019 細菌薬剤感受性検査 1 1菌種 <u>170点</u> 2 2菌種 <u>220点</u> 3 3菌種以上 <u>280点</u> 4・5 (略) D019-2 (略)
【点数の見直し】	D020 抗酸菌分離培養検査 1 抗酸菌分離培養 (液体培地法) <u>300点</u> 2 抗酸菌分離培養 (それ以外のもの) <u>209点</u> D021 (略)	D020 抗酸菌分離培養検査 1 抗酸菌分離培養 (液体培地法) <u>280点</u> 2 抗酸菌分離培養 (それ以外のもの) <u>204点</u> D021 (略)
【点数の見直し】	D022 抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく) <u>400点</u> 注 (略)	D022 抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に関係なく) <u>380点</u> 注 (略)
【点数の見直し】 【項目の見直し】	D023 微生物核酸同定・定量検査 1 (略) 2 クラミジア・トラコマチス核酸検出 <u>193点</u> 3 (略) 4 H B V核酸定量 <u>263点</u> 5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <u>270点</u> 6 マイコプラズマ核酸検出 <u>291点</u> 7 (略) (削る) 8 (略) 9 H C V核酸検出 <u>340点</u> 10 H P V核酸検出 <u>350点</u> 注 (略) 11 H P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <u>352点</u> 注 H P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部 (腔部) 切除術、	D023 微生物核酸同定・定量検査 1 (略) 2 クラミジア・トラコマチス核酸検出 <u>198点</u> 3 (略) 4 H B V核酸定量 <u>271点</u> 5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 <u>278点</u> (新設) 6 (略) 7 <u>マイコプラズマ核酸検出</u> <u>300点</u> 8 (略) (新設) 9 <u>H C V核酸検出、H P V核酸検出</u> <u>350点</u> 注 (略) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。	区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
	12 百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出 360点 (削る)	10 H P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点 注 H P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腔部）切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
	13・14 (略)	11・12 (略)
	15 H C V核酸定量 424点	13 H C V核酸定量 437点
	16 H B V核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、S A R Sコロナウイルス核酸検出、H T L V-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量 450点	14 H B V核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、S A R Sコロナウイルス核酸検出、H T L V-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点
	17 (略)	15 (略)
	18 サイトメガロウイルス核酸検出 825点	(新設)
	19 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点	16 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
	20～23 (略)	17～20 (略)
	注 6、7、12（百日咳菌核酸検出に限る。）又は13（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。	注 6、7、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	D023-2 その他の微生物学的検査 1・2 (略) 3 大腸菌ペロトキシン定性 189点 4 (略) D024 削除 (基本的検体検査実施料) D025 (略)	D023-2 その他の微生物学的検査 1・2 (略) 3 大腸菌ペロトキシン定性 194点 4 (略) D024 動物使用検査 170点 注 使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 (基本的検体検査実施料) D025 (略)
第2款 検体検査判断料	第2款 検体検査判断料 区分 D026 検体検査判断料 1～7 (略) 注1・2 (略) 注3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。 注4・5 (略) 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	第2款 検体検査判断料 区分 D026 検体検査判断料 1～7 (略) 注1・2 (略) 注3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。 注4・5 (略) 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。</p> <p>注7・8（略）</p> <p>注9 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>D027（略） 第2節（略）</p>	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号D006-4</u>に掲げる遺伝学的検査、<u>区分番号D006-20</u>に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19）</u>に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注7・8（略）</p> <p>注9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>D027（略） 第2節（略）</p>
<p>第3節 生体検査料</p> <p>(呼吸循環機能検査等)</p> <p>【注の追加】</p> <p>(超音波検査等)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>第3節 生体検査料</p> <p>通則 1・2（略） 区分</p> <p>(呼吸循環機能検査等) 通則（略） D200～D205（略） D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2（略） 注1～4（略） 注5 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）として、7,200点を所定点数に加算する。</p> <p>注6～10（略） D207～D214-2（略）</p> <p>(超音波検査等) 通則（略） D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。) 1・2（略） 3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 300点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。 注2（略）</p>	<p>第3節 生体検査料</p> <p>通則 1・2（略） 区分</p> <p>(呼吸循環機能検査等) 通則（略） D200～D205（略） D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2（略） 注1～4（略） (新設)</p> <p>注5～9（略） D207～D214-2（略）</p> <p>(超音波検査等) 通則（略） D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。) 1・2（略） 3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 300点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。 注2（略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	ホ (略) 4・5 (略) 注1～7 (略) D215-2・D215-3 (略) D215-4 超音波減衰法検査 200点 注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定又は 区分番号D215-3に掲げる超音波エラストグ ラフィーを算定する患者については、当該検 査の費用は別に算定しない。	ホ (略) 4・5 (略) 注1～7 (略) D215-2・D215-3 (略) (新設)
【項目の見直し】	D216・D216-2 (略) D217 骨塩定量検査 1 (略) 2 REMS法(腰椎) 140点 注 同一日にREMS法により大腿骨の骨塩 定量検査を行った場合には、大腿骨同時検 査加算として、55点を所定点数に加算す る。 3・4 (略) 注 (略)	D216・D216-2 (略) D217 骨塩定量検査 1 (略) (新設)
(監視装置による諸検査)	(監視装置による諸検査)	(監視装置による諸検査)
【点数の見直し】	D218～D222-2 (略) D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日 につき) 35点 注 (略) D223-2～D230 (略)	D218～D222-2 (略) D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日 につき) 30点 注 (略) D223-2～D230 (略)
【注の見直し】	D231 人工臓腑検査(一連につき) 5,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関において行われる場合に限り 算定する。 D231-2～D234 (略)	D231 人工臓腑検査(一連につき) 5,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関において行われる場合に算定 する。 D231-2～D234 (略)
(脳波検査等)	(脳波検査等) 通則 (略) D235 (略) D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につ き) 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た保険医療機関において行われる場合に限り 算定する。 D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日 につき) 1・2 (略) 注 1については、別に厚生労働大臣が定める 施設基準に適合しているものとして地方厚生 局長等に届け出た保険医療機関において行わ れる場合に限り算定する。 D236～D237-2 (略) D238 脳波検査判断料 1・2 (略) 注1 (略) 注2 1については、別に厚生労働大臣が定め る施設基準に適合しているものとして地方 厚生局長等に届け出た保険医療機関におい て行われる場合に限り算定する。 注3 (略)	(脳波検査等) 通則 (略) D235 (略) D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につ き) 500点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届出を した保険医療機関において、長期継続頭蓋内 脳波検査を実施した場合に算定する。 D235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日 につき) 1・2 (略) 注 1については、別に厚生労働大臣が定める 施設基準に適合しているものとして地方厚生 局長等に届け出た保険医療機関において行わ れる場合に算定する。 D236～D237-2 (略) D238 脳波検査判断料 1・2 (略) 注1 (略) 注2 1については、別に厚生労働大臣が定め る施設基準に適合しているものとして地方 厚生局長等に届け出た保険医療機関におい て行われる場合に算定する。 注3 (略)
【注の見直し】	(脳波検査等) 通則 (略) D239～D244 (略) D244-2 補聴器適合検査 1・2 (略) 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	(脳波検査等) 通則 (略) D239～D244 (略) D244-2 補聴器適合検査 1・2 (略) 注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定
(神経・筋検査)	(神経・筋検査) 通則 (略) D239～D244 (略) D244-2 補聴器適合検査 1・2 (略) 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	(神経・筋検査) 通則 (略) D239～D244 (略) D244-2 補聴器適合検査 1・2 (略) 注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定
【注の見直し】	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定

項 目	改 正 後	改 正 前
	しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者1人につき月2回に限り算定する。	める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。
【項目の見直し】	D245～D249 (略) D250 平衡機能検査 1～5 (略) 6 ビデオヘッドインパルス検査 300点 注 (略)	D245～D249 (略) D250 平衡機能検査 1～5 (略) (新設) 注 (略)
(眼科学的検査)	D251～D254 (略) (眼科学的検査) 通則 (略) D255～D275-2 (略) D276 削除	D251～D254 (略) (眼科学的検査) 通則 (略) D255～D275-2 (略) D276 網膜中心血管圧測定 1 簡単なもの 42点 2 複雑なもの 100点
(負荷試験等)	D277～D282-3 (略) (皮膚科学的検査) D282-4 (略) (臨床心理・神経心理検査) D283～D285 (略)	D277～D282-3 (略) (皮膚科学的検査) D282-4 (略) (臨床心理・神経心理検査) D283～D285 (略)
【注の見直し】	(負荷試験等) D286～D291 (略) D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年3回に限り算定する。	(負荷試験等) D286～D291 (略) D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。
【注の見直し】	注2 (略) D291-3 内服・点滴誘発試験 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。	注2 (略) D291-3内服・点滴誘発試験 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。
(内視鏡検査)	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) 通則 (略) D292～D294 (略)	(ラジオアイソトープを用いた諸検査) 通則 (略) D292～D294 (略)
【項目の見直し】	(内視鏡検査) 通則 (略) D295～D309 (略) D310 小腸内視鏡検査 1 (略) 2 スパイラル内視鏡によるもの 6,800点 3・4 (略) 注1 (略)	(内視鏡検査) 通則 (略) D295～D309 (略) D310 小腸内視鏡検査 1 (略) (新設) 2・3 (略) 注1 (略)
【注の追加】	注2 3について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。	(新設)
【注の見直し】	注3 4について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。	注2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
	D310-2～D312-2 (略) D313 大腸内視鏡検査 1・2 (略) 注1・2 (略)	D310-2～D312-2 (略) D313 大腸内視鏡検査 1・2 (略) 注1・2 (略)
【注の追加】	注3 1のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。	(新設)
【注の追加】	注4 2について、15歳未満の患者に対して、	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、<u>260点を所定点数に加算する。</u></p> <p>D314～D325 (略)</p>	<p>D314～D325 (略)</p>
第4節 診断穿刺・検体採取料	<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>通則 (略)</p> <p>区分</p> <p>D400 血液採取 (1日につき)</p> <p>1 静脈 <u>37点</u></p> <p>2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>30点を所定点数に加算する。</u></p> <p>3 (略)</p> <p>D401～D409 (略)</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>D410～D412-2 (略)</p> <p>D413 前立腺針生検法</p> <p>1 <u>MR I撮影及び超音波検査融合画像によるもの</u> <u>8,210点</u></p> <p>2 <u>その他のもの</u> <u>1,540点</u></p> <p>注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。</p> <p>D414～D415-3 (略)</p> <p>D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合) <u>5,000点</u></p> <p>注 <u>ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>D415-5～D418 (略)</p> <p>D419 その他の検体採取</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 動脈血採取 (1日につき) <u>55点</u></p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>30点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>6 鼻腔・咽頭拭い液採取 <u>25点</u></p> <p>D419-2 (略)</p> <p>第5節・第6節 (略)</p>	<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>通則 (略)</p> <p>区分</p> <p>D400 血液採取 (1日につき)</p> <p>1 静脈 <u>35点</u></p> <p>2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>25点を所定点数に加算する。</u></p> <p>3 (略)</p> <p>D401～D409 (略)</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>D410～D412-2 (略)</p> <p>D413前立腺針生検法 <u>1,400点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>D414～D415-3 (略)</p> <p>D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合) <u>5,000点</u></p> <p>(新設)</p> <p>D415-5～D418 (略)</p> <p>D419 その他の検体採取</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 動脈血採取 (1日につき) <u>50点</u></p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>15点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>6 鼻腔・咽頭拭い液採取 <u>5点</u></p> <p>D419-2 (略)</p> <p>第5節・第6節 (略)</p>
【点数の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【項目の見直し】		
【注の追加】		
【点数の見直し】		
【注の見直し】		

第2章 特掲診療料 第4部 画像診断

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 画像診断の費用は、第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、1日につき110点を所定点数に加算する。</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は<u>340点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は<u>300点</u>を所定点数に加算する。</p>



項 目	改 正 後	改 正 前								
	<p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。</p>									
第1節 エックス線 診断料	<p>通則</p> <p>1 エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については区分番号E001に掲げる写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。</p> <p>4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。</p> <table border="0"><tr><td>イ 単純撮影の場合</td><td>57点</td></tr><tr><td>ロ 特殊撮影の場合</td><td>58点</td></tr><tr><td>ハ 造影剤使用撮影の場合</td><td>66点</td></tr><tr><td>ニ 乳房撮影の場合</td><td>54点</td></tr></table> <p>5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p>	イ 単純撮影の場合	57点	ロ 特殊撮影の場合	58点	ハ 造影剤使用撮影の場合	66点	ニ 乳房撮影の場合	54点	
イ 単純撮影の場合	57点									
ロ 特殊撮影の場合	58点									
ハ 造影剤使用撮影の場合	66点									
ニ 乳房撮影の場合	54点									

項 目	改 正 後	改 正 前
	E000 透視診断 110点	
	E001 写真診断	
	1 単純撮影	
	イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85点	
	ロ その他 43点	
	2 特殊撮影（一連につき） 96点	
	3 造影剤使用撮影 72点	
	4 乳房撮影（一連につき） 306点	
	注 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
	E002 撮影	
	1 単純撮影	
	イ アナログ撮影 60点	
	ロ デジタル撮影 68点	
	2 特殊撮影（一連につき）	
	イ アナログ撮影 260点	
	ロ デジタル撮影 270点	
	3 造影剤使用撮影	
	イ アナログ撮影 144点	
	ロ デジタル撮影 154点	
	4 乳房撮影（一連につき）	
	イ アナログ撮影 192点	
	ロ デジタル撮影 202点	
	注1 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
	注2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。	
	注3 造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。	
	注4 造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。	
	注5 造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。	
	E003 造影剤注入手技	
	1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数	
	2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数	
	3 動脈造影カテーテル法	
	イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点	
	注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。	
	注2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
	ロ イ以外の場合 1,180点	
	注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>400点を所定点数に加算する。</p> <p>4 静脈造影カテーテル法 3,600点</p> <p>5 内視鏡下の造影剤注入</p> <p>イ 気管支ファイバースコープ挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数</p> <p>ロ 尿管カテーテル法(両側) 区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数</p> <p>6 腔内注入及び穿刺注入</p> <p>イ 注腸 300点</p> <p>ロ その他のもの 120点</p> <p>7 嚥下造影 240点</p> <p>E004 基本的エックス線診断料(1日につき)</p> <p>1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55点</p> <p>2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点</p> <p>注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。</p> <p>注2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>イ 区分番号E001に掲げる写真診断の1に掲げるもの(間接撮影の場合を含む。)</p> <p>ロ 区分番号E002に掲げる撮影の1に掲げるもの(間接撮影の場合を含む。)</p> <p>注3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。</p>	
<p>第2節 核医学診断料</p>	<p>通則</p> <p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム(画像を伴わないもの)の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>E100 シンチグラム(画像を伴うもの)</p> <p>1 部分(静態)(一連につき) 1,300点</p> <p>2 部分(動態)(一連につき) 1,800点</p> <p>3 全身(一連につき) 2,200点</p> <p>注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>い、主たる点数をもって算定する。</p> <p>注2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） 1,800点</p> <p>注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>注3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>3 ¹³N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 9,000点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F D Gの合成及び注入並びに¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> <p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>複合撮影（一連の検査につき）</p> <p>1 ¹⁵O 標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点</p> <p>2 ¹⁸F D G を用いた場合（一連の検査につき） 8,625点</p> <p>注1 ¹⁵O 標識ガス剤の合成及び吸入並びに ¹⁸F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> <p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点</p> <p>注1 ¹⁸F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> <p>E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点</p> <p>注1 ¹⁸F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>E102 核医学診断</p> <p>1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	査につき)及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点 2 1 以外の場合 370点 注 行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。	
第3節 コンピューター断層撮影診断料	<p>通則</p> <p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E200-2に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、区分番号E201に掲げる非放射線性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200、区分番号E201又は区分番号E202に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）にあつては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合にあつては、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</p> <p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合</p> <p>(1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点</p> <p>(2) その他の場合 1,000点</p> <p>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</p> <p>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 750点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p> <p>注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p>	<p>た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 CT撮影及び脳槽CT撮影(造影を含む。)に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>注3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈CT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 脳槽CT撮影(造影を含む。)に係る造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、800点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 CT撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のCT撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注8 CT撮影のイの(1)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>	
	<p>E 200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影</p>	
	<p>9,400点</p>	
	<p>注1 血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	
	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	
	<p>E 201 非放射性キセノン脳血流動態検査</p>	
	<p>2,000点</p>	
	<p>注 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	
	<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI)</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>I 撮影) (一連につき) 1 3 Tesla以上の機器による場合 イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点 ロ その他の場合 1,600点 2 1.5 Tesla以上 3 Tesla未満の機器による場合 1,330点 3 1又は2以外の場合 900点 注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2 1、2及び3を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 注3 MRI撮影(脳血管に対する造影の場合は除く。)について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。 注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のMRI撮影を行った場合は、心臓MRI撮影加算として、400点を所定点数に加算する。 注5 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 注6 1のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。 注7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。 注8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 注9 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 注10 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>合は、肝エラストグラフィ加算として、 600点を所定点数に加算する。</p> <p>E203 コンピューター断層診断 450点 注 コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	
<p>第4節 薬剤料</p>	<p>E300 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。 注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第5節 特定保険医療材料料</p>	<p>E400 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数 注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。 注2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>E401 特定保険医療材料（フィルムを除く。） 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第5部 投薬

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>
<p>第1節 調剤料</p>	<p>F000 調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p>第2節 処方料</p>	<p>F100 処方料</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>く。)を行った場合 18点</p> <p>2 1 以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1 及び2 以外の場合 42点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。</p> <p>注2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前										
	<p>に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p> <p>注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>											
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>F200 薬剤</p> <p>薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。</p> <table border="0" data-bbox="452 869 713 1004"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td> 屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> <tr> <td>外用薬</td> <td>1調剤</td> </tr> </table> <p>注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算</p>	使用薬剤	単位	内服薬及び		浸煎薬	1剤1日分	屯服薬	1回分	外用薬	1調剤	
使用薬剤	単位											
内服薬及び												
浸煎薬	1剤1日分											
屯服薬	1回分											
外用薬	1調剤											

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する。</p> <p>注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p> <p>注6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料</p>	<p>F 300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第5節 処方箋料 F 400 処方箋料</p> <p>F 400 処方箋料 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点 3 1及び2以外の場合 68点 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤</p>	<p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合（保険医療機関及び保 険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15 号）第20条第3号口及び高齢者の医療の確 保に関する法律の規定による療養の給付等 の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年 厚生省告示第14号）第20条第4号口に規定 するリフィル処方箋を交付する場合であつ て、当該リフィル処方箋の1回の使用によ る投与期間が29日以内の投薬を行った場合 を除く。）には、所定点数の100分の40に相 当する点数により算定する。</p> <p>注3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付 した場合は、乳幼児加算として、処方箋の 交付1回につき3点を所定点数に加算す る。</p> <p>注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病 院である保険医療機関において、入院中の 患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定め る疾患を主病とするものに限る。）に対 して処方箋を交付した場合は、特定疾患処 方管理加算1として、月2回に限り、処方箋 の交付1回につき18点を所定点数に加算す る。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病 院である保険医療機関において、入院中の 患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定め る疾患を主病とするものに限る。）に対 して薬剤の処方期間が28日以上処方を行 った場合は、特定疾患処方管理加算2とし て、月1回に限り、1処方につき66点を所 定点数に加算する。ただし、この場合にお いて、同一月に特定疾患処方管理加算1は 算定できない。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届 け出た保険医療機関（許可病床数が200床 以上の病院に限る。）において、治療の開 始に当たり投薬の必要性、危険性等につ いて文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍 剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪 性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限 り、処方箋の交付1回につき70点を所定 点数に加算する。</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交 付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、 次に掲げる点数を処方箋の交付1回につき それぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="margin-left: 2em;">イ 一般名処方加算1 7点 ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>注8 抗不安薬等が処方されていた患者であ つて、当該処方の内容を総合的に評価及び調 整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種 類数又は投薬量が減少したものについて、 薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が 減少したことによる症状の変化等の確認を 指示した場合に、向精神薬調整連携加算と して、月1回に限り、1処方につき12点を 所定点数に加算する。ただし、同一月にお いて、区分番号A250に掲げる薬剤総合評 価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる 薬剤総合評価調整管理料は別に算定でき ない。</p>	<p>を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の100 分の40に相当する点数により算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
第 6 節 調剤技術基本料	<p>F 500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p>注 1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>注 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を 2 回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月 1 回に限り算定する。</p> <p>注 3 1 において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として 10 点を所定点数に加算する。</p> <p>注 4 区分番号 B 008 に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号 C 008 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	

第2章 特掲診療料 第6部 注射

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。</p> <p>4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。</p>	
【通則の見直し】	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p>	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p>
	<p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <u>15歳未満の患者の場合</u> <u>670点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(2) <u>15歳以上の患者の場合</u> <u>450点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <u>15歳未満の患者の場合</u> <u>640点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(2) <u>15歳以上の患者の場合</u> <u>370点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p>	<p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u></p> <p>① <u>15歳未満</u> <u>820点</u></p> <p>② <u>15歳以上</u> <u>600点</u></p> <p>(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u></p> <p>① <u>15歳未満</u> <u>670点</u></p> <p>② <u>15歳以上</u> <u>450点</u></p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u></p> <p>① <u>15歳未満</u> <u>740点</u></p> <p>② <u>15歳以上</u> <u>470点</u></p> <p>(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u></p> <p>① <u>15歳未満</u> <u>640点</u></p> <p>② <u>15歳以上</u> <u>370点</u></p>
【通則の削除】		<p>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算とし</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【通則の追加】	<p>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>て、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>
<p>第1節 注射料</p> <p>通則 注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>第1款 注射実施料</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 【点数の見直し】</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 【点数の見直し】</p> <p>G002 動脈注射（1日につき）</p>	<p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 34点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p> <p>G002 動脈注射（1日につき）</p> <p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p>	<p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 32点</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
G004 点滴注射（1日につき）	<p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点 注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p>G003-2 削除</p> <p>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</p> <p>G004 点滴注射（1日につき）</p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） <u>101点</u></p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <u>99点</u></p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <u>50点</u></p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>46点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</p> <p>注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点</p>	<p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） <u>99点</u></p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <u>98点</u></p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <u>49点</u></p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>45点</u>を所定点数に加算する。</p>
【点数の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点</p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射(1日につき) 125点</p> <p>注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G007 腱鞘内注射 27点</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>1 胸骨 80点</p> <p>2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>1 脳室 300点</p> <p>2 後頭下 220点</p> <p>3 腰椎 140点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 27点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 27点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 60点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p> <p>G016 硝子体内注射 580点</p> <p>G017 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500点	
第2款 無菌製剤処理料	G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点 ロ イ以外の場合 45点 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。	
第2節 薬剤料	G100 薬剤 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。 注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。 注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>第3節 特定保険医療材料料</p>	<p>G200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第7部 リハビリテーション

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なもの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうち最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。 4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。 5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手術料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。 6 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。 7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。 	
<p>第1節 リハビリテーション料 H000 心大血管疾患リハビリテーション料</p>	<p>H000 心大血管疾患リハビリテーション料</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1219 234 1244">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 1512 358 1561">H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</p>	<p data-bbox="378 131 797 183">1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 205点</p> <p data-bbox="378 185 797 233">2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 125点</p> <p data-bbox="378 235 797 579">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p data-bbox="378 581 797 790">注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 792 797 1054">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 1056 797 1215">注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p> <p data-bbox="378 1217 797 1508">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="378 1566 755 1591">H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p data-bbox="378 1593 797 1746">1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 245点</p> <p data-bbox="378 1644 797 1692">2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 200点</p> <p data-bbox="378 1694 797 1742">3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 100点</p> <p data-bbox="378 1744 797 1850">注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であ</p>	<p data-bbox="827 1219 882 1244">（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>るリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p> <p>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 120点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 60点</p> <p>注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内に</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 208 235 237">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 504 356 552">H001-2 廃用症候群リハビリテーション料</p>	<p data-bbox="415 131 797 208">H003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p data-bbox="374 210 797 502"> <u>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</u> </p> <p data-bbox="374 556 755 581">H001-2 廃用症候群リハビリテーション料</p> <p data-bbox="374 583 797 608">1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 180点</p> <p data-bbox="374 610 797 635">2 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 146点</p> <p data-bbox="374 637 797 662">3 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 77点</p> <p data-bbox="374 741 797 1161"> <u>注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。</u> </p> <p data-bbox="374 1163 797 1373"> <u>注2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</u> </p> <p data-bbox="374 1375 797 1613"> <u>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</u> </p> <p data-bbox="374 1615 797 1798"> <u>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</u> </p> <p data-bbox="374 1800 797 1848"> <u>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者</u> </p>	<p data-bbox="827 210 882 235">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 687 234 712">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 981 353 1029">H002 運動器リハビリテーション料</p>	<p data-bbox="415 131 797 314"> であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 108点 ロ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 88点 ハ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 46点 </p> <p data-bbox="375 479 797 683"> 注6 注1本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 </p> <p data-bbox="375 691 797 977"> 注7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</u> </p> <p data-bbox="375 1035 696 1060"> H002 運動器リハビリテーション料 </p> <p data-bbox="375 1064 797 1219"> 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 185点 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 170点 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 85点 </p> <p data-bbox="375 1226 797 1586"> 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。 </p> <p data-bbox="375 1593 797 1850"> 注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であつて、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテ </p>	<p data-bbox="827 691 882 716">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="126 1400 234 1425">【注の追加】</p> <p data-bbox="126 1696 356 1744">H003 呼吸器リハビリテーション料</p>	<p data-bbox="374 127 797 179">ーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 179 797 552">注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 552 797 765">注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p> <p data-bbox="374 765 797 1002">注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p data-bbox="415 1002 797 1027">イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p data-bbox="433 1027 797 1052">（1単位） 111点</p> <p data-bbox="415 1052 797 1078">ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p data-bbox="433 1078 797 1103">（1単位） 102点</p> <p data-bbox="415 1103 797 1128">ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p data-bbox="433 1128 797 1153">（1単位） 51点</p> <p data-bbox="374 1153 797 1402">注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p data-bbox="374 1402 797 1692">注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1744 696 1769">H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p data-bbox="374 1769 797 1818">1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 175点</p> <p data-bbox="374 1818 797 1843">2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単</p>	<p data-bbox="824 1400 883 1425">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>位) 85点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であつて、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</p> <p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p> <p>1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点</p> <p>2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点</p> <p>注1 1について、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 2について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p>注3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患者等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者（区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。</p> <p>注5 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H004 摂食機能療法（1日につき）</p>	<p>該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>H003-3 リハビリテーション計画提供料</p> <p>1 リハビリテーション計画提供料1 275点 2 リハビリテーション計画提供料2 100点</p> <p>注1 1について、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。</p> <p>注2 2について、退院時に区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>注3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>注4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。</p> <p>H003-4 目標設定等支援・管理料</p> <p>1 初回の場合 250点 2 2回目以降の場合 100点</p> <p>注 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</p>	
	<p>H004 摂食機能療法（1日につき）</p> <p>1 30分以上の場合 185点 2 30分未満の場合 130点</p> <p>注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点 ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点 ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点</p> <p>H005 視能訓練（1日につき）</p> <p>1 斜視視能訓練 135点 2 弱視視能訓練 135点</p> <p>H006 難病患者リハビリテーション料（1日につき） 640点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。</p> <p>注2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合 280点 ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合 140点</p> <p>H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 225点 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点 3 18歳以上の患者の場合 155点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。</p> <p>H007-2 がん患者リハビリテーション料（1単位） 205点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。</p> <p>H007-3 認知症患者リハビリテーション料（1日につき） 240点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。</p> <p>H007-4 リンパ浮腫複合的治療料</p> <p>1 重症の場合 200点 2 1以外の場合 100点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回算定する。</p> <p>注2 1の場合は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）に限り、2の場合は6月に1回に限り、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。</p>	
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>H100 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	<p>あって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p>	<p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 <u>540点</u></p>
【項目の見直し】	<p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u> 560点</p> <p>(2) (1)以外の場合 <u>540点</u></p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 410点</p> <p>② ①以外の場合 <u>390点</u></p> <p>(2) 30分未満の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 330点</p> <p>② ①以外の場合 <u>315点</u></p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 <u>400点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 30分未満の場合 <u>330点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【項目の見直し】	<p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u> 620点</p> <p>(2) (1)以外の場合 <u>600点</u></p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 60分以上の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 550点</p> <p>② ①以外の場合 <u>530点</u></p> <p>(2) 30分以上60分未満の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 410点</p> <p>② ①以外の場合 <u>390点</u></p> <p>(3) 30分未満の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> 330点</p> <p>② ①以外の場合 <u>315点</u></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 60分以上の場合 <u>540点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 30分以上60分未満の場合 <u>400点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(3) 30分未満の場合 <u>330点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の見直し】	<p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であつ</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>て別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点</p> <p>(2) (1)以外の場合 300点</p> <p>ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 1,200点</p> <p>注5 1のハの(1)並びに2のハの(1)及び(2)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p> <p>注6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算す</p>	<p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>る。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>I 002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。</p> <p>注3 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I 002に掲げる通院・在宅精神療法の注5に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p> <p>注5 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（注2に規定する場合を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注6 他の精神科専門療法と同日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。</p>	
<p>I 002-3 救急患者精神科継続支援料</p>	<p>I 002-3 救急患者精神科継続支援料</p>	
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 入院中の患者 900点</p> <p>2 入院中の患者以外の患者 300点</p>	<p>1 入院中の患者 435点</p> <p>2 入院中の患者以外 135点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に<u>週1回</u>に限り算定する。</p>	<p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に<u>月1回</u>に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後<u>24週</u>を限度として、<u>週1回</u>に限り算定する。</p> <p>I 003 標準型精神分析療法（1回につき） 390点</p> <p>注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。</p>	<p>注3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後<u>6月</u>を限度として、<u>計6回</u>に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>1004 心身医学療法（1回につき） 【項目の見直し】</p> <p>1006-2 依存症集団療法（1回につき） 【項目の見直し】</p>	<p>1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき）</p> <p>1 医師による場合 480点 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。</p> <p>注2 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>注3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p>注4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>1004 心身医学療法（1回につき）</p> <p>1 入院中の患者 150点 2 入院中の患者以外<u>の患者</u></p> <p>イ 初診時 110点 ロ 再診時 80点</p> <p>注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p>注3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回に限り算定する。</p> <p>注4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回、初診日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回に限り算定する。</p> <p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。</p> <p>1005 入院集団精神療法（1日につき） 100点</p> <p>注1 入院中の患者について、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り算定する。</p> <p>注2 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>1006 通院集団精神療法（1日につき） 270点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者について、6月を限度として週2回に限り算定する。</p> <p>注2 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>1006-2 依存症集団療法（1回につき）</p> <p>1 薬物依存症の場合 340点</p>	<p>2 入院中の患者以外</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	2 ギャンブル依存症の場合 300点	(新設)
	3 アルコール依存症の場合 300点	
	<p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。</p>	
	<p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。</p>	(新設)
	<p>注4 依存症集団療法と同日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p>	注3 (略)
	<p>1007 精神科作業療法（1日につき） 220点</p>	
	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	
	<p>1008 入院生活技能訓練療法</p>	
	<p>1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 100点</p>	
	<p>2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 75点</p>	
	<p>注1 入院中の患者について、週1回に限り算定する。</p>	
	<p>注2 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p>	
	<p>1008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p>	
	<p>1 小規模なもの 275点</p>	
	<p>2 大規模なもの 330点</p>	
	<p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	
	<p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。</p>	
	<p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。</p> <p>注6 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>注7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。</p> <p>1009 精神科デイ・ケア（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号 I 011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。</p> <p>注7 精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>I 010 精神科ナイト・ケア（1日につき） 540点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>I 010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき） 1,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p> <p>注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
I 012 精神科訪問看護・指導料	<p>にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>I 011 精神科退院指導料 320点</p> <p>注1 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>注2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p>I 011-2 精神科退院前訪問指導料 380点</p> <p>注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する。</p> <p>注2 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p>I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p>1 精神科訪問看護・指導料（I）</p> <p>イ 保健師又は看護師による場合</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	(3) 週4日目で降 30分以上の場合 680点	
	(4) 週4日目で降 30分未満の場合 530点	
	ロ 准看護師による場合	
	(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点	
	(2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点	
	(3) 週4日目で降 30分以上の場合 630点	
	(4) 週4日目で降 30分未満の場合 490点	
	ハ 作業療法士による場合	
	(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点	
	(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点	
	(3) 週4日目で降 30分以上の場合 680点	
	(4) 週4日目で降 30分未満の場合 530点	
	ニ 精神保健福祉士による場合	
	(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点	
	(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点	
	(3) 週4日目で降 30分以上の場合 680点	
	(4) 週4日目で降 30分未満の場合 530点	
	2 削除	
	3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	
	イ 保健師又は看護師による場合	
	(1) 同一日に2人	
	① 週3日目まで 30分以上の場合 580点	
	② 週3日目まで 30分未満の場合 445点	
	③ 週4日目で降 30分以上の場合 680点	
	④ 週4日目で降 30分未満の場合 530点	
	(2) 同一日に3人以上	
	① 週3日目まで 30分以上の場合 293点	
	② 週3日目まで 30分未満の場合 225点	
	③ 週4日目で降 30分以上の場合 343点	
	④ 週4日目で降 30分未満の場合 268点	
	ロ 准看護師による場合	
	(1) 同一日に2人	
	① 週3日目まで 30分以上の場合 530点	
	② 週3日目まで 30分未満の場合 405点	
	③ 週4日目で降 30分以上の場合 630点	
	④ 週4日目で降 30分未満の場合 490点	
	(2) 同一日に3人以上	
	① 週3日目まで 30分以上の場合 268点	
	② 週3日目まで 30分未満の場合 205点	
	③ 週4日目で降 30分以上の場合 318点	
	④ 週4日目で降 30分未満の場合 248点	
	ハ 作業療法士による場合	
	(1) 同一日に2人	
	① 週3日目まで 30分以上の場合 580点	
	② 週3日目まで 30分未満の場合 445点	
	③ 週4日目で降 30分以上の場合 680点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>④ 週4日目を降 30分未満の場合 530点</p> <p>(2) 同一日に3人以上</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 293点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 225点</p> <p>③ 週4日目を降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目を降 30分未満の場合 268点</p> <p>ニ 精神保健福祉士による場合</p> <p>(1) 同一日に2人</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p>③ 週4日目を降 30分以上の場合 680点</p> <p>④ 週4日目を降 30分未満の場合 530点</p> <p>(2) 同一日に3人以上</p> <p>① 週3日目まで 30分以上の場合 293点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 225点</p> <p>③ 週4日目を降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目を降 30分未満の場合 268点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間については、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注2 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回)に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注3 注1ただし書及び注2ただし書の患者について、更に継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間(注1ただし書及び注2ただし書に規定する期間を除く。)については、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注4 注1及び注2に規定する場合(いずれも30分未満の場合を除く。)であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。</p> <p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 450点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 400点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 900点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 810点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 1,450点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 1,300点</p> <p>ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 380点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 340点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 760点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 680点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人又は2人 1,240点(削る)</p> <p>② 同一建物内3人以上 1,120点</p> <p>ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 300点(削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 270点</p>	<p>を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5回)に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、1月に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。</p> <p>注4 注1及び注2に規定する場合(いずれも30分未満の場合を除く。)であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。</p> <p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 450点</p> <p>② 同一建物内2人 450点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 400点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 900点</p> <p>② 同一建物内2人 900点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 810点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 1,450点</p> <p>② 同一建物内2人 1,450点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 1,300点</p> <p>ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 380点</p> <p>② 同一建物内2人 380点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 340点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 760点</p> <p>② 同一建物内2人 760点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 680点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 1,240点</p> <p>② 同一建物内2人 1,240点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 1,120点</p> <p>ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 300点</p> <p>(2) 同一建物内2人 300点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 270点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 注1及び注2に規定する場合であって、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>注9 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 450点 (削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 800点 (削る)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 720点</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算す</p>	<p>注10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 450点 (2) 同一建物内2人 450点 (3) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 800点 (2) 同一建物内2人 800点 (3) 同一建物内3人以上 720点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>る。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合</p>	
【注の追加】	<p>注13 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は第2部の通則第5号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p>	(新設)
【注の追加】	<p>注14 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p>	(新設)
【注の追加】	<p>注15 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p>	(新設)
<p>I 012-2 精神科訪問看護指示料</p>	<p>I 012-2 精神科訪問看護指示料 300点</p> <p>注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回に限り、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。</p>	<p>(新設)</p> <p>注3 (略)</p> <p>注4 (略)</p>
<p>I 013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料</p>	<p>I 013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>イ 入院中の患者 250点</p> <p>ロ 入院中の患者以外の患者 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>注2 1のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>注3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>ロ 入院中の患者以外 250点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>I 014 医療保護入院等診療料 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の7第1項の規定による入院に</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規</p>
<p>I 014 医療保護入院等診療料</p>	<p>I 014 医療保護入院等診療料 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の7第1項の規定による入院に</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>I 014 医療保護入院等診療料 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項又は第33条の7第1項の規定による入院に</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 981 356 1058">I 016 精神科在宅患者支援管理料（月 1 回） 【項目の見直し】</p> <p data-bbox="138 1644 255 1667">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="395 131 793 237">係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> <p data-bbox="375 239 793 291">I 015 重度認知症患者デイ・ケア料（1 日につき） 1,040点</p> <p data-bbox="375 293 793 446">注 1 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1 日につき 6 時間以上行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="375 448 793 554">注 2 当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 556 793 794">注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き 2 時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 795 793 977">注 4 重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号 I 008-2 に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009 に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010 に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 010-2 に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。</p> <p data-bbox="375 1033 762 1056">I 016 精神科在宅患者支援管理料（月 1 回）</p> <p data-bbox="375 1058 669 1081">1 精神科在宅患者支援管理料 1</p> <p data-bbox="395 1083 793 1136">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p> <p data-bbox="414 1137 793 1161">(1) 単一建物診療患者 1 人 3,000点</p> <p data-bbox="414 1163 793 1186">(2) 単一建物診療患者 2 人以上 2,250点</p> <p data-bbox="395 1188 773 1211">ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p data-bbox="414 1213 793 1236">(1) 単一建物診療患者 1 人 2,500点</p> <p data-bbox="414 1238 793 1261">(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,875点 (削る)</p> <p data-bbox="375 1348 669 1371">2 精神科在宅患者支援管理料 2</p> <p data-bbox="395 1373 793 1425">イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合</p> <p data-bbox="414 1427 793 1450">(1) 単一建物診療患者 1 人 2,467点</p> <p data-bbox="414 1452 793 1476">(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850点</p> <p data-bbox="395 1477 773 1501">ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p data-bbox="414 1503 793 1526">(1) 単一建物診療患者 1 人 2,056点</p> <p data-bbox="414 1528 793 1551">(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点</p> <p data-bbox="375 1561 669 1584">3 精神科在宅患者支援管理料 3</p> <p data-bbox="395 1586 793 1609">イ 単一建物診療患者 1 人 2,030点</p> <p data-bbox="395 1611 793 1634">ロ 単一建物診療患者 2 人以上 1,248点</p> <p data-bbox="375 1644 793 1850">注 1 1 については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行って</p>	<p data-bbox="834 131 1232 237">定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> <p data-bbox="834 1271 1115 1294">ハ イ及びロ以外の患者の場合</p> <p data-bbox="853 1296 1232 1319">(1) 単一建物診療患者 1 人 2,030点</p> <p data-bbox="853 1321 1232 1344">(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,248点</p> <p data-bbox="814 1644 1232 1850">注 1 1 のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	<p>いる場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>(削る)</p>	<p>を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p><u>注2</u> 1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<p><u>注2</u> 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p><u>注3</u> 3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。</p> <p><u>注4</u> 精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指</p>	<p><u>注3</u> 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p><u>注4</u> (略)</p> <p><u>注5</u> (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>示料は算定しない。</p> <p><u>注5</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p><u>注6</u> 精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p><u>注6</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p><u>注7</u> （略）</p>
第2節 薬剤料	<p>I 100 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p><u>注1</u> 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p><u>注2</u> 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第9部 処置

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<p>1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 第1節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p>4 第1節に掲げられていない処置であって特殊なもの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）</p> <p>(1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【通則の追加】</p> <p>【通則の追加】</p>	<p>所定点数の100分の40に相当する点数</p> <p>6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。</p> <p>7 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、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。</p> <p>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、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、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置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する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>第1節 処置料</p> <p>J000 創傷処置</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>(一般処置)</p> <p>J000 創傷処置</p> <p>1 100平方センチメートル未満 52点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 160点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 275点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。</p> <p>注3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J000-2 下肢創傷処置</p> <p>1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点</p> <p>2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍 147点</p> <p>3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍 270点</p> <p>J001 熱傷処置</p> <p>1 100平方センチメートル未満 135点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 270点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方セ</p>	<p>注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ンチメートル未満 504点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 1,500点</p> <p>注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。</p> <p>注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>注3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。</p> <p>注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J001-2 絆創膏固定術 500点</p> <p>J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術 500点</p> <p>J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)</p> <p>1 100平方センチメートル未満 90点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 98点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 150点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 280点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 500点</p> <p>注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。</p> <p>注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>J001-5 長期療養患者褥瘡等処置(1日につき) 24点</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>注2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置(1日につき) 30点</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。)</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>方センチメートル未満</p> <p>注2 注1に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 001-7 爪甲除去 (麻酔を要しないもの) 60点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 001-8 穿刺排膿後薬液注入 45点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 001-9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置 (1日につき) 45点</p> <p>J 001-10 静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの) 200点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>J 002 ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき)</p> <p>1 持続的吸引を行うもの 50点</p> <p>2 その他のもの 25点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)</p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,100点</p> <p>注1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注3 新生児、3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) 又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>J 003-2 局所陰圧閉鎖処置 (入院外) (1日につき)</p> <p>1 100平方センチメートル未満 240点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 270点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 330点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>J 003-3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき) 1,100点</p> <p>J 003-4 多血小板血漿処置 4,190点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>る。</p> <p>J 004 流注膿瘍穿刺 190点</p> <p>J 005 脳室穿刺 600点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 006 後頭下穿刺 300点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 317点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 007-2 硬膜外自家血注入 800点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 220点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 009 削除</p> <p>J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 230点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点</p> <p>J 011 骨髄穿刺</p> <p>1 胸骨 310点</p> <p>2 その他 330点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 280点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 013 ダグラス窩穿刺 240点</p> <p>J 014 乳腺穿刺 200点</p> <p>J 015 甲状腺穿刺 150点</p> <p>J 016 リンパ節等穿刺 200点</p> <p>J 017 エタノールの局所注入 1,200点</p> <p>注 甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>J 017-2 リンパ管腫局所注入 1,020点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p>	
J 018 喀痰吸引（1日につき）	<p>J 018 喀痰吸引（1日につき） 48点</p> <p>注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。</p>	
【注の見直し】	<p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる</p>	<p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行っ</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>J024 酸素吸入（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。</p> <p>J018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につき） 120点</p> <p>J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（1日につき） 48点</p> <p>注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に 行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の 費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人 工呼吸の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算 として、83点を加算する。</p> <p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指 導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人 工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲 げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者 処置指導管理料、区分番号C112に掲げる 在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号 C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管 理料を算定している患者に対して行った干 渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算 定しない。</p> <p>J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日） 660点</p> <p>注1 持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入し たドレーンの本数にかかわらず、1日に1 回に限り算定する。</p> <p>注2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算 として、110点を加算する。</p> <p>J019-2 削除</p> <p>J020 胃持続ドレナージ（開始日） 50点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算と して、110点を加算する。</p> <p>J021 持続的腹腔ドレナージ（開始日） 550点</p> <p>注1 持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入し たドレーンの本数にかかわらず、1日に1 回に限り算定する。</p> <p>注2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算 として、110点を加算する。</p> <p>J022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 65点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算と して、55点を加算する。</p> <p>J022-2 摘便 100点</p> <p>J022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去 45点</p> <p>J022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後） 45点</p> <p>J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日） 50点</p> <p>J023 気管支カテーテル薬液注入法 120点</p> <p>J024 酸素吸入（1日につき） 65点</p> <p>注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含 まれるものとする。</p> <p>注2 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時 に行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇 的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含 まれるものとする。</p> <p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指 導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人 工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に</p>	<p>た喀痰吸引の費用は算定しない。</p> <p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指 導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人 工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げ る在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区 分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指 導管理料を算定している患者に対して行っ た干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用 は算定しない。</p> <p>注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指 導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅 人工呼吸指導管理料を算定している患者に</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
J 025 酸素テント（1日につき）	掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。 J 024-2 突発性難聴に対する酸素療法（1日につき） 65点	対して行った酸素吸入の費用は算定しない。
【注の見直し】	J 025 酸素テント（1日につき） 65点 注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。
J 026 間歇的陽圧吸入法（1日につき）	J 026 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点 注1 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。
【注の見直し】	J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 160点 注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。
J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき）	J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 160点 注1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。
【注の見直し】	J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点 注1 体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。
J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき）	J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点 注1 体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	注2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。
【注の見直し】	J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき） 1 15歳未満の患者の場合 282点 2 15歳以上の患者の場合 192点 J 027 高気圧酸素治療（1日につき） 1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点 2 その他のもの 3,000点 注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を	

項 目	改 正 後	改 正 前	
J 038 人工腎臓（1日につき） 【項目の見直し】	限度として加算する。		
	J 028 インキュベーター（1日につき） 120点 注 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。		
	J 029 鉄の肺（1日につき） 260点		
	J 029-2 減圧タンク療法 260点		
	J 030 食道ブジー法 120点		
	J 031 直腸ブジー法 120点		
	J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点 注 3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。		
	J 033 削除		
	J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 730点		
	J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点		
	J 034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点		
	J 035 削除		
	J 036 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点 注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。		
	J 037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。） 290点		
	J 038 人工腎臓（1日につき）		
	1 慢性維持透析を行った場合 1		1 慢性維持透析を行った場合 1
	イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u>		イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,924点</u>
	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u>		ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,084点</u>
	ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u>		ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,219点</u>
	（削る）		ニ 4時間未満の場合（イを除く。） <u>1,798点</u>
	（削る）		ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） <u>1,958点</u>
	（削る）		ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,093点</u>
	2 慢性維持透析を行った場合 2		2 慢性維持透析を行った場合 2
	イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u>		イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,884点</u>
	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u>		ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,044点</u>
ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u>		ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,174点</u>	
（削る）		ニ 4時間未満の場合（イを除く。） <u>1,758点</u>	
（削る）		ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） <u>1,918点</u>	
（削る）		ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,048点</u>	
3 慢性維持透析を行った場合 3		3 慢性維持透析を行った場合 3	
イ 4時間未満の場合 <u>1,805点</u>		イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,844点</u>	
ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,960点</u>		ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,999点</u>	
ハ 5時間以上の場合 <u>2,090点</u>		ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,129点</u>	
（削る）		ニ 4時間未満の場合（イを除く。） <u>1,718点</u>	
（削る）		ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） <u>1,873点</u>	
（削る）		ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,003点</u>	
4 その他の場合 1,580点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後			

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合は又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 導入期加算1 200点</p> <p>ロ 導入期加算2 400点</p> <p>ハ 導入期加算3 800点</p> <p>注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。</p> <p>注4 カニューレション料を含むものとする。</p> <p>注5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあつては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）に限り算定する。</p> <p>注6 1から3までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>注8 区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。</p> <p>注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。</p> <p>注12 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注13 1から3までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算2 500点 (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>J 039 血漿交換療法（1日につき）</p>	<p>注14 <u>人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u></p> <p>J 038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき） 1,990点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき120点を加算する。</p> <p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>注4 区分番号J 038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J 038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p> <p>J 039 血漿交換療法（1日につき） 4,200点</p> <p>注1 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>	<p>(新設)</p> <p>注 (略)</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注2 <u>難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>注3 <u>移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>J 040 局所灌流（1日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J 041 吸着式血液浄化法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J 041-2 血球成分除去療法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J 042 腹膜灌流（1日につき）</p> <p>1 連続携行式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1日につき500点を加算する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、乳幼</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>児加算として、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。</p> <p>注3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回に限り、算定する。</p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p> <p>J043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき） 140点</p> <p>J043-2 瀉血療法 250点</p> <p>J043-3 ストーマ処置（1日につき）</p> <p>1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点</p> <p>2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合 120点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点</p> <p>注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 100点</p> <p>注1 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処理、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J043-6 人工臓器療法（1日につき） 3,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、3日を限度として算定する。</p> <p>J043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1,400点</p>	
<p>J045 人工呼吸</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(救急処置)</p> <p>J044 救命のための気管内挿管 500点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J044-2 体表面ベージング法又は食道ベージング法（1日につき） 480点</p> <p>J045 人工呼吸</p> <p>1 30分までの場合 242点</p> <p>2 30分を超えて5時間までの場合 242点</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき） イ 14日目まで 950点 ロ 15日目以降 815点</p> <p>注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>3 5時間を超えた場合（1日につき） <u>819点</u> (新設) (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>注2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。</p> <p>注3 <u>気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、 覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
【注の追加】	<p>注4 <u>注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>J045-2 一酸化窒素吸入療法（1日につき）</p> <p>1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合 1,680点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>2 その他の場合 1,680点</p> <p>注 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。</p> <p>J046 非開胸的心マッサージ</p> <p>1 30分までの場合 250点</p> <p>2 30分を超えた場合 250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数</p> <p>J047 カウンターショック（1日につき）</p> <p>1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2,500点</p> <p>2 その他の場合 3,500点</p> <p>J047-2 心腔内除細動 3,500点</p> <p>J047-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法（1日につき） 115点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として、週5回に限り所定点数を算定する。</p> <p>J048 心膜穿刺 500点</p> <p>J049 食道圧迫止血チューブ挿入法 3,240点</p> <p>J050 気管内洗浄（1日につき） 340点</p> <p>注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>注2 気管内洗浄と同時に嚥下吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J051 胃洗浄 300点</p> <p>注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J052 ショックパンツ（1日につき） 150点</p> <p>注 2日目以降については、所定点数にかかわらず1日につき50点を算定する。</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	J 052-2 熱傷温浴療法（1日につき） 1,740点 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。	
	（皮膚科処置） J 053 皮膚科軟膏処置 1 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点 2 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 85点 3 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 155点 4 6,000平方センチメートル以上 270点 注1 100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。 注2 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。 J 054 皮膚科光線療法（1日につき） 1 赤外線又は紫外線療法 45点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの） 150点 3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの） 340点 J 054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき） 1 色素レーザー照射療法 2,170点 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。 2 Qスイッチ付レーザー照射療法 イ 4平方センチメートル未満 2,000点 ロ 4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満 2,370点 ハ 16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満 2,900点 ニ 64平方センチメートル以上 3,950点 注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。 J 055 いぼ焼灼法 1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 260点 J 055-2 イオンフォレーゼ 220点 J 055-3 臍肉芽腫切除術 220点 J 056 いぼ等冷凍凝固法 1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 270点 J 057 軟属腫摘除 1 10箇所未満 120点 2 10箇所以上30箇所未満 220点 3 30箇所以上 350点 J 057-2 面皰圧出法 49点 J 057-3 鶏眼・胼胝処置 170点 注 月2回に限り算定する。 J 057-4 稗粒腫摘除 1 10箇所未満 74点 2 10箇所以上 148点	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>(泌尿器科処置)</p> <p>J 058 膀胱穿刺 80点</p> <p>J 059 陰嚢水腫穿刺 80点</p> <p>J 059-2 血腫、膿腫穿刺 80点</p> <p>J 060 膀胱洗浄（1日につき） 60点</p> <p>注1 薬液注入、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。</p> <p>注2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。</p> <p>J 060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点</p> <p>J 061 腎盂洗浄（片側） 60点</p> <p>J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,290点</p> <p>注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。</p> <p>J 063 留置カテーテル設置 40点</p> <p>注1 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。</p> <p>J 064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点</p> <p>注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。</p> <p>J 065 間歇的導尿（1日につき） 150点</p> <p>J 066 尿道拡張法 216点</p> <p>J 066-2 タイダル自動膀胱洗浄（1日につき） 180点</p> <p>J 067 誘導ブジー法 216点</p> <p>J 068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点</p> <p>J 068-2 陰唇癒合剥離 290点</p> <p>J 069 前立腺液圧出法 50点</p> <p>J 070 前立腺冷温湯 50点</p> <p>J 070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者について算定する。</p> <p>J 070-3 冷却痔処置（1日につき） 50点</p> <p>J 070-4 磁気による膀胱等刺激法 70点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>(新設)</p>
	<p>(産婦人科処置)</p> <p>J 071 羊水穿刺（羊水過多症の場合） 144点</p> <p>J 072 腔洗浄（熱性洗浄を含む。） 56点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 56点</p> <p>J 074 卵管内薬液注入法 60点</p> <p>J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法 408点</p> <p>J 076 子宮頸管内への薬物挿入法 45点</p> <p>J 077 子宮出血止血法</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	1 分娩時のもの 624点 2 分娩外のもの 45点 J 078 子宮腔頸管部薬物焼灼法 100点 J 079 子宮腔部焼灼法 180点 J 080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法 1 ラミナリア 120点 2 コルポイリントル 120点 3 金属拡張器（ヘガール等） 180点 4 メトロイリントル 340点 J 081 分娩時鈍性頸管拡張法 456点 J 082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー） 290点 J 082-2 薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 240点 2 除去術 150点 J 083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法 290点 J 084 胎盤圧出法 45点 J 085 クリステル胎児圧出法 45点 J 085-2 人工羊水注入法 720点	← 腔部
	(眼科処置) J 086 眼処置 25点 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 J 086-2 義眼処置 25点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J 087 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 180点 注 顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。 J 088 霰粒腫の穿刺 45点 J 089 睫毛抜去 1 少数の場合 25点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2 多数の場合 45点 注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。 注2 1日に1回に限り算定する。 J 090 結膜異物除去（1眼瞼ごと） 100点 J 091 鼻涙管ブジー法 45点 J 091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 45点 J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 54点 J 093 強膜マッサージ 150点 J 094 削除	
J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 【点数の見直し】 【注の見直し】	(耳鼻咽喉科処置) J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 27点 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 J 095-2 鼓室処置（片側） 55点 注 鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。 J 096 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。） 1 カテーテルによる耳管通気法（片側） 36点 2 ポリツェル球による耳管通気法 24点	J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 25点 注2 点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

項 目	改 正 後	改 正 前
J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 【点数の見直し】	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 16点 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 区分番号 J 098に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても16点とする。 注3 鼻洗浄については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 J 097-2 副鼻腔自然口開大処置 25点 注 処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 14点
J 098 口腔、咽頭処置 【点数の見直し】	J 098 口腔、咽頭処置 16点 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 区分番号 J 097に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても16点とする。 J 098-2 扁桃処置 40点 J 099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 32点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J 100 副鼻腔手術後の処置（片側） 45点 注 当該処置と同一日に行われた区分番号 J 097-2に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。 J 101 鼓室穿刺（片側） 50点 J 102 上顎洞穿刺（片側） 60点 J 103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。） 180点 J 104 唾液腺管洗浄（片側） 60点 J 105 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側） 1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合 55点 2 1 以外の場合 25点 J 106及び J 107 削除 J 108 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの） 240点 J 109 鼻咽腔止血法（ペロック止血法） 440点 J 110 削除 J 111 耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側） 45点 J 112 唾液腺管ブジー法（片側） 45点 J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの） 1 片側 100点 2 両側 180点 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	J 098 口腔、咽頭処置 14点 注2 区分番号 J 097に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても14点とする。
J 114 ネブライザ 【名称の見直し】	J 114 ネブライザ 12点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	J 114 ネブライザー 12点
J 115 超音波ネブライザ（1日につき） 【名称の見直し】	J 115 超音波ネブライザ（1日につき） 24点 J 115-2 排痰誘発法（1日につき） 44点	J 115 超音波ネブライザー（1日につき） 24点
	（整形外科的処置）	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>J 118-4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの)(1日につき) 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>J 116 関節穿刺(片側) 120点 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 116-2 粘(滑)液嚢穿刺注入(片側) 80点 J 116-3 ガングリオン穿刺術 80点 J 116-4 ガングリオン圧碎法 80点 J 116-5 酵素注射療法 2,490点 J 117 鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所を1日につき) 50点 注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。 注2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118 介達牽引(1日につき) 35点 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-2 矯正固定(1日につき) 35点 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-3 変形機械矯正術(1日につき) 35点 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)(1日につき) 1,100点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。 注3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算する。</p> <p>J 119 消炎鎮痛等処置(1日につき) 1 マッサージ等の手技による療法 35点 2 器具等による療法 35点 3 湿布処置 35点 注1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。 注2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。 注3 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。 注4 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患</p>	<p>J 118-4 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)(1日につき) 900点</p> <p>注2 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。</p> <p>J 119-2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき） 35点</p> <p>J 119-3 低出力レーザー照射（1日につき） 35点</p> <p>J 119-4 肛門処置（1日につき） 24点</p>	
	<p>(栄養処置)</p> <p>J 120 鼻腔栄養（1日につき） 60点</p> <p>注1 区分番号C105に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号C105-2に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。</p> <p>注2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p>J 121 滋養浣腸 45点</p>	
通則	<p>(ギプス)</p> <p>通則</p> <p>1 既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。</p> <p>2 区分番号J123からJ128までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。</p> <p>3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号J122からJ129-4までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。</p> <p>J 122 四肢ギプス包帯</p> <p>1 鼻ギプス 310点</p> <p>2 手指及び手、足（片側） 490点</p> <p>3 半肢（片側） 780点</p> <p>4 内反足矯正ギプス包帯（片側） 1,140点</p> <p>5 上肢、下肢（片側） 1,200点</p> <p>6 体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側） 1,840点</p> <p>J 123 体幹ギプス包帯 1,500点</p> <p>J 124 鎖骨ギプス包帯（片側） 1,250点</p> <p>J 125 ギプスベッド 1,400点</p> <p>J 126 斜頸矯正ギプス包帯 1,670点</p> <p>J 127 先天性股関節脱臼ギプス包帯 2,400点</p> <p>J 128 脊椎側弯矯正ギプス包帯 3,440点</p> <p>J 129 義肢採型法</p> <p>1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点</p> <p>2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点</p> <p>J 129-2 練習用仮義足又は仮義手採型法</p> <p>1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点</p> <p>2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点</p> <p>J 129-3 治療用器具採寸法（1肢につき） 200点</p> <p>J 129-4 治療用器具採型法</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	1 体幹装具 700点 2 四肢装具（1肢につき） 700点 3 その他（1肢につき） 200点	
第2節 処置医療機器等加算	<p>J 200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ） 170点</p> <p>J 201 酸素加算</p> <p>注1 区分番号 J 024から J 028まで及び J 045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。</p> <p>注2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
第3節 薬剤料	<p>J 300 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
第4節 特定保険医療材料料	<p>J 400 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第10部 手術（改正部分）

項 目	改 正 後	改 正 前
通則		
【通則の見直し】	<p>1～3（略）</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、<u>K019-2</u>、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K046（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ及び4、K081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K169-2</u>、<u>K169-3</u>、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2の口、<u>K188-3</u>、K190、K190-2、<u>K190-6</u>から<u>K190-8</u>まで、<u>K225-4</u>、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、<u>K268の2のイ及び5</u>から7まで、<u>K280-2</u>、<u>K281-2</u>、<u>K305-2</u>、<u>K308-3</u>、<u>K319-2</u>、<u>K320-2</u>、<u>K328</u>から<u>K328-3</u>まで、<u>K340-7</u>、<u>K343-2</u>、<u>K388-3</u>、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、<u>K464-2</u>、<u>K470-2</u>、<u>K474-3の2</u>、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K476-4</u>、<u>K514の10</u>、<u>K514-2の4</u>、<u>K514-4</u>、<u>K514-6</u>、<u>K520の4</u>、<u>K530-3</u>、<u>K546</u>、<u>K548</u>、<u>K549</u>、<u>K554-2</u>、<u>K555-2</u>、<u>K555-3</u>、<u>K559-3</u>、<u>K562-2</u>、<u>K594の4の口及びハ</u>、<u>K595</u>（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K595-2</u>、<u>K597</u>から<u>K600</u>まで、<u>K602-2</u>、<u>K603</u>、<u>K603-2</u>、<u>K604-2</u>、<u>K605-2</u>、<u>K605-4</u>、<u>K605-5</u>、<u>K615-2</u>、<u>K616-6</u>、<u>K617-5</u>、<u>K627-2の1、2及び4</u>、<u>K627-3</u>、<u>K627-4</u>、<u>K636-2</u>、<u>K642-3</u>、<u>K643-2</u>、<u>K647-3</u>、<u>K653-6</u>、<u>K654-4</u>、<u>K655-2の3</u>、<u>K655-5の3</u>、<u>K657-2の4</u>、<u>K656-2</u>、<u>K665の2</u>、<u>K668-2</u>、<u>K675-2</u>、<u>K677の1</u>、<u>K678</u>、<u>K684-2</u>、<u>K697-4の1</u>、<u>K697-5</u>、<u>K697-7</u>、<u>K699-2</u>、<u>K700-3</u>、<u>K702-2</u>、<u>K703-2</u>、<u>K709-3</u>、<u>K709-5</u>、<u>K709-6</u>、<u>K716-4</u>、<u>K716-6</u>、<u>K721-4</u>、<u>K721-5</u>、<u>K730の3</u>、<u>K731の3</u>、<u>K740-2の3</u>及び4、<u>K754-3</u>、<u>K755-3</u>、<u>K768</u>、<u>K769-3</u>、<u>K772-3</u>、<u>K773-3</u>から<u>K773-6</u>まで、<u>K777の1</u>、<u>K780</u>、<u>K780-2</u>、<u>K785-2</u>、<u>K792の1</u>、<u>K800-3</u>、<u>K800-4</u>、<u>K802-4</u>、<u>K803-2</u>、<u>K803-3</u>、<u>K808の1</u>、<u>K818</u>（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K819</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K819-2</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K823-5</u>、<u>K823-7</u>、<u>K825</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K828-3</u>、<u>K830</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K835の1</u>、<u>K838-2</u>、<u>K841-4</u>、<u>K843-2</u>から<u>K843-4</u>まで、<u>K851</u>（1において別に厚生労働大臣が</p>	<p>1～3（略）</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2の口、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、<u>K268の5</u>、<u>K268の6</u>、<u>K280-2</u>、<u>K281-2</u>、<u>K320-2</u>、<u>K328</u>から<u>K328-3</u>まで、<u>K340-7</u>、<u>K374-2</u>、<u>K394-2</u>、<u>K400の3</u>、<u>K443の3</u>、<u>K444の4</u>、<u>K445-2</u>、<u>K461-2</u>、<u>K462-2</u>、<u>K463-2</u>、<u>K464-2</u>、<u>K474-3の2</u>、<u>K475</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K476</u>（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K476-4</u>、<u>K514の10</u>、<u>K514-4</u>、<u>K514-6</u>、<u>K520の4</u>、<u>K530-3</u>、<u>K546</u>、<u>K548</u>、<u>K549</u>、<u>K554-2</u>、<u>K555-2</u>、<u>K555-3</u>、<u>K559-3</u>、<u>K562-2</u>、<u>K594の4の口</u>、<u>K595</u>（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K595-2</u>、<u>K597</u>から<u>K600</u>まで、<u>K602-2</u>、<u>K603</u>から<u>K604-2</u>まで、<u>K605-2</u>、<u>K605-4</u>、<u>K605-5</u>、<u>K615-2</u>、<u>K616-6</u>、<u>K617-5</u>、<u>K627-2の1及び2</u>、<u>K627-3</u>、<u>K627-4</u>、<u>K636-2</u>、<u>K642-3</u>、<u>K643-2</u>、<u>K647-3</u>、<u>K665の2</u>、<u>K668-2</u>、<u>K677の1</u>、<u>K678</u>、<u>K684-2</u>、<u>K695-2</u>、<u>K697-5</u>、<u>K697-7</u>、<u>K699-2</u>、<u>K700-3</u>、<u>K702-2</u>、<u>K703-2</u>、<u>K709-3</u>、<u>K709-5</u>、<u>K709-6</u>、<u>K716-4</u>、<u>K716-6</u>、<u>K721-4</u>、<u>K730の3</u>、<u>K731の3</u>、<u>K754-3</u>、<u>K768</u>、<u>K769-3</u>、<u>K772-3</u>、<u>K773-3</u>から<u>K773-5</u>まで、<u>K777の1</u>、<u>K780</u>、<u>K780-2</u>、<u>K785-2</u>、<u>K792の1</u>、<u>K800-3</u>、<u>K802-4</u>、<u>K803-2</u>、<u>K803-3</u>、<u>K808の1</u>、<u>K818</u>（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K819</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K819-2</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K823-5</u>、<u>K825</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K830</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K841-4</u>、<u>K843-2</u>から<u>K843-4</u>まで、<u>K851</u>（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K858の1</u>、<u>K859</u>（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K865-2</u>、<u>K877</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K877-2</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K879-2</u>、<u>K888</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びに<u>K910-2</u>から<u>K910-5</u>までに掲げる手術</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定める患者に対して行う場合に限る。)、K858の1、K859(2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K865-2、K877(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K877-2(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K879-2、K882-2、K884-2、K884-3、K888(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K890-4、K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2、K636-2、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p>	<p>については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p>
【通則の見直し】	<p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K514-2の4、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の4のロ、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の4、K645、K675-2、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K780、K801、K803(6を除く。)、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859(1を除く。)、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術(通則第4号に掲げる手術を除く。))については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K695-2、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803(6を除く。)、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859(1を除く。)、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術(通則第4号に掲げる手術を除く。))については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>6 (略)</p> <p>7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562</p>	<p>6 (略)</p> <p>7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>から K587まで、K589から K591まで、K601、<u>K601-2</u>、K603-2、K610の1、K616-3、<u>K625</u>、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725から K726-2まで、K729から K729-3まで、K734から K735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805から K805-3まで、K812-2、K838並びに K913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>	<p>から K587まで、K589から K591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725から K726-2まで、K729から K729-3まで、K734から K735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805から K805-3まで、K812-2、K838並びに K913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。</p>
【通則の見直し】	<p>8～11（略）</p> <p>12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号 K914から K917-3までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p>	<p>8～11（略）</p> <p>12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号 K914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号 K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>イ・ロ（略）</p> <p>13～17（略）</p> <p>18 区分番号 K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、<u>K655-2の1</u>、<u>K655-5の1</u>、<u>K657-2の1</u>、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、<u>K719-3</u>、<u>K740-2の1</u>、2及び5、K754-2、K755-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2並びに K879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p>	<p>イ・ロ（略）</p> <p>13～17（略）</p> <p>18 区分番号 K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2、<u>K514-2の3</u>、K529-2、K529-3、<u>K554-2</u>、<u>K655-2</u>、<u>K655-5</u>、<u>K657-2</u>、K702-2、K703-2、K740-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2及び K879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p>
【通則の追加】	<p>19（略）</p> <p>20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、<u>区分番号 L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。</u>この場合において、<u>区分番号 A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号 A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号 A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号 A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号 A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号 A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。</u></p>	<p>19（略）</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
第1節 手術料	第1節 手術料	第1節 手術料
第1款 皮膚・皮下組織	第1款 皮膚・皮下組織	第1款 皮膚・皮下組織
(皮膚、皮下組織)		
【点数の見直し】		
	(皮膚、皮下組織) K000 創傷処理 1 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満) <u>1,400点</u> 2 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>1,880点</u> 3 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) イ 頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。) <u>9,630点</u> ロ その他のもの <u>2,690点</u> 4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満) <u>530点</u> 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>950点</u> 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) <u>1,480点</u> 注1～3 (略) K000-2 小児創傷処理(6歳未満) 1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満) <u>1,400点</u> 2 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) <u>1,540点</u> 3 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>2,490点</u> 4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) <u>3,840点</u> 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満) <u>500点</u> 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) <u>560点</u> 7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>1,060点</u> 8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) <u>1,950点</u> 注1～3 (略) K001 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満 <u>640点</u> 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 <u>1,110点</u> 3 長径20センチメートル以上 <u>1,980点</u> K002 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 <u>1,410点</u> 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 <u>4,820点</u> 3 3,000平方センチメートル以上 <u>11,230点</u> 注1～4 (略) 注5 <u>超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき1回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。</u> K003～K008 (略)	
【点数の見直し】		
		(皮膚、皮下組織) K000 創傷処理 1 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満) <u>1,250点</u> 2 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>1,680点</u> 3 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) イ 頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。) <u>8,600点</u> ロ その他のもの <u>2,400点</u> 4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満) <u>470点</u> 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>850点</u> 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) <u>1,320点</u> 注1～3 (略) K000-2 小児創傷処理(6歳未満) 1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満) <u>1,250点</u> 2 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) <u>1,400点</u> 3 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>2,220点</u> 4 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) <u>3,430点</u> 5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満) <u>450点</u> 6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) <u>500点</u> 7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>950点</u> 8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上) <u>1,740点</u> 注1～3 (略) K001 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満 <u>570点</u> 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 <u>990点</u> 3 長径20センチメートル以上 <u>1,770点</u> K002 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 <u>1,260点</u> 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 <u>4,300点</u> 3 3,000平方センチメートル以上 <u>10,030点</u> 注1～4 (略) (新設) K003～K008 (略)
【注の追加】		
(形成)	(形成)	(形成)
	K009～K016 (略)	K009～K016 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 1 乳房再建術の場合 <u>100,670点</u> 2 その他の場合 <u>105,800点</u> K018・K019（略） K019-2 自家脂肪注入 1 50mL未満 <u>22,900点</u> 2 50mL以上100mL未満 <u>30,530点</u> 3 100mL以上 <u>38,160点</u> K020～K022-2（略）	K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 1 乳房再建術の場合 <u>89,880点</u> 2 その他の場合 <u>94,460点</u> K018・K019（略） （新設） K020～K022-2（略）
第2款 筋骨格系・四肢・体幹 （筋膜、筋、腱、腱鞘） 【点数の見直し】 （四肢骨） 【点数の見直し】 【注の追加】 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【新設】 【点数の見直し】 （四肢関節、靭帯） 【点数の見直し】 【項目の見直し】 【新設】	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分 （筋膜、筋、腱、腱鞘） K023 筋膜切離術、筋膜切開術 <u>940点</u> K024～K041（略） （四肢骨） K042～K044（略） K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 <u>2,190点</u> K046 骨折観血的手術 1～3（略） 注 大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。 K046-2～K048（略） K049 骨部分切除術 1（略） 2 前腕、下腿 <u>4,940点</u> 3（略） K050～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 <u>36,460点</u> 2・3（略） 注（略） K054（略） K054-2 脛骨近位骨切り術 <u>28,300点</u> K055～K056-2（略） K057 変形治癒骨折矯正手術 1（略） 2 前腕、下腿 <u>30,860点</u> 3（略） 注（略） K058～K059-2（略） （四肢関節、靭帯） K060～K065-2（略） K066 関節滑膜切除術 1・2（略） 3 肩鎖、指（手、足） <u>8,880点</u> K066-2～K080-3（略） K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術 1（略） 2 簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの） <u>37,490点</u> 3（略） K080-5・K080-6（略） K080-7 上腕二頭筋腱固定術	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分 （筋膜、筋、腱、腱鞘） K023 筋膜切離術、筋膜切開術 <u>840点</u> K024～K041（略） （四肢骨） K042～K044（略） K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 <u>1,990点</u> K046 骨折観血的手術 1～3（略） （新設） K046-2～K048（略） K049 骨部分切除術 1（略） 2 前腕、下腿 <u>4,410点</u> 3（略） K050～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 <u>32,550点</u> 2・3（略） 注（略） K054（略） （新設） K055～K056-2（略） K057 変形治癒骨折矯正手術 1（略） 2 前腕、下腿 <u>27,550点</u> 3（略） 注（略） K058～K059-2（略） （四肢関節、靭帯） K060～K065-2（略） K066 関節滑膜切除術 1・2（略） 3 肩鎖、指（手、足） <u>7,930点</u> K066-2～K080-3（略） K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術 1（略） （新設） 2（略） K080-5・K080-6（略） （新設）

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】 (手、足)	1 観血的に行うもの 18,080点	
	2 関節鏡下で行うもの 23,370点	
	K081 人工骨頭挿入術 1～3 (略)	K081 人工骨頭挿入術 1～3 (略) (新設)
	注 大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊急挿入加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
	K082～K083-2 (略) (四肢切断、離断、再接合)	K082～K083-2 (略) (四肢切断、離断、再接合)
	K084～K088 (略)	K084～K088 (略)
	(手、足)	(手、足)
	K089～K100 (略)	K089～K100 (略)
	K101 合指症手術	K101 合指症手術
	【点数の見直し】	1 軟部形成のみのもの 8,720点
(脊柱、骨盤)	2 (略)	2 (略)
	K101-2～K111 (略)	K101-2～K111 (略)
	(脊柱、骨盤)	(脊柱、骨盤)
	K112～K117-2 (略)	K112～K117-2 (略)
	K117-3 削除	K117-3 椎間板ヘルニア徒手修復術 2,570点
	K118～K124 (略)	K118～K124 (略)
	【点数の見直し】	K124-2 寛骨臼骨折観血的手術 52,540点
	K124-2 寛骨臼骨折観血的手術 58,840点	K124-2 寛骨臼骨折観血的手術 52,540点
	K125～K134-2 (略)	K125～K134-2 (略)
	【点数の見直し】	K134-3 人工椎間板置換術 (頸椎) 36,780点
【点数の見直し】	K134-3 人工椎間板置換術 (頸椎) 40,460点	K134-3 人工椎間板置換術 (頸椎) 36,780点
	注 (略)	注 (略)
	K134-4・K135 (略)	K134-4・K135 (略)
	【点数の見直し】	K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術 90,470点
	K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術 101,330点	K136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術 90,470点
	K136-2～K141-3 (略)	K136-2～K141-3 (略)
	【点数の見直し】	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。)	K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 (多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
	1 前方椎体固定 41,710点	1 前方椎体固定 37,240点
	2・3 (略)	2・3 (略)
【新設】	4 前方後方同時固定 74,580点	4 前方後方同時固定 66,590点
	5・6 (略)	5・6 (略)
	注1・2 (略)	注1・2 (略)
	K142-2～K142-7 (略)	K142-2～K142-7 (略)
	【新設】	K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 (新設)
	K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 24,560点	
	K143・K144 (略)	K143・K144 (略)
	第3款 神経系・頭蓋	第3款 神経系・頭蓋
	(頭蓋、脳)	(頭蓋、脳)
	【新設】	K145 (略) (新設)
【点数の見直し】	K145-2 皮下髄液貯溜槽置留術 5,290点	K145 (略) (新設)
	K146～K151 (略)	K146～K151 (略)
	【点数の見直し】	K151-2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 193,060点
	K151-2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 216,230点	K151-2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術 193,060点
	K152～K168 (略)	K152～K168 (略)
	K169 頭蓋内腫瘍摘出術	K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	1・2 (略)	1・2 (略)
	注1・2 (略)	注1・2 (略)
	【注の追加】	注3 2について、同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。
	【新設】	K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術 80,000点 (新設)
【新設】	K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術 100,000点 (新設)	
	K170・K171 (略)	
	K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	1・2 (略) 注 同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、 <u>3,990点を所定点数に加算する。</u>	1・2 (略) (新設)
【項目の見直し】	K172・K173 (略) K174 水頭症手術 1・2 (略) 3 シヤント再建術 イ 頭側のもの <u>15,850点</u> ロ 腹側のもの <u>6,600点</u> ハ 頭側及び腹側のもの <u>19,150点</u> K174-2・K175 (略)	K172・K173 (略) K174 水頭症手術 1・2 (略) (新設)
【注の追加】	注1 ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、 <u>16,060点を所定点数に加算する。</u> 注2 ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、 <u>30,000点を所定点数に加算する。</u>	(新設)
【注の削除】	K177 脳動脈瘤頸部クリッピング 1・2 (略) (削る)	K177 脳動脈瘤頸部クリッピング 1・2 (略)
(脊髄、末梢神経、交感神経)	注1・2 (略) K178～K181-6 (略)	注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。 注2・3 (略) K178～K181-6 (略)
【新設】	(脊髄、末梢神経、交感神経) K182～K188-2 (略) K188-3 癒着性脊髄くも膜炎手術 (脊髄くも膜剝離操作を行うもの) <u>38,790点</u>	(脊髄、末梢神経、交感神経) K182～K188-2 (略) (新設)
【点数の見直し】	K189 脊髄ドレナージ術 <u>460点</u> K190～K190-7 (略)	K189 脊髄ドレナージ術 <u>408点</u> K190～K190-7 (略)
【新設】	K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術 <u>28,030点</u> K191～K198 (略)	(新設) K191～K198 (略)
第4款 眼	第4款 眼 区分	第4款 眼 区分
(涙道)	(涙道) K199～K216 (略) K217 眼瞼内反症手術 1・2 (略)	(涙道) K199～K216 (略) K217 眼瞼内反症手術 1・2 (略)
【項目の見直し】	3 眼瞼下制筋前転法 <u>4,230点</u> K218・K219 (略)	(新設) K218・K219 (略)
(結膜)	(結膜) K220 結膜縫合術 <u>1,410点</u> K221～K225-3 (略) K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術 <u>6,290点</u> (眼窩、涙腺) K226～K237 (略)	(結膜) K220 結膜縫合術 <u>1,260点</u> K221～K225-3 (略) (新設) (眼窩、涙腺) K226～K237 (略)
【点数の見直し】		
【新設】		
(眼球、眼筋)	(眼球、眼筋) K238～K241 (略) K242 斜視手術 1～5 (略)	(眼球、眼筋) K238～K241 (略) K242 斜視手術 1～5 (略)
【項目の見直し】	6 調節糸法 <u>12,060点</u>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
(角膜、強膜)	K 243～K 245 (略)	K 243～K 245 (略)
【新設】	(角膜、強膜) K 246～K 259 (略) K 259-2 自家培養上皮移植術 52,600点 K 260～K 262 (略)	(角膜、強膜) K 246～K 259 (略) (新設) K 260～K 262 (略)
(ぶどう膜)	(ぶどう膜) K 263及びK 264～K 267 (略) K 268 緑内障手術	(ぶどう膜) K 263及びK 264～K 267 (略) K 268 緑内障手術
【項目の見直し】	1 (略) 2 流出路再建術 イ 眼内法 14,490点 ロ その他のもの 19,020点 3～6 (略) 7 濾過胞再建術 (needle法) 3,440点	1 (略) 2 流出路再建術 19,020点 (新設) (新設) 3～6 (略) (新設)
	K 269～K 273 (略) (眼房、網膜) K 274～K 277-2 (略) (水晶体、硝子体) K 278～K 284 (略)	K 269～K 273 (略) (眼房、網膜) K 274～K 277-2 (略) (水晶体、硝子体) K 278～K 284 (略)
第 5 款 耳鼻咽喉	第 5 款 耳鼻咽喉	第 5 款 耳鼻咽喉
(外耳)	区分 (外耳) K 285～K 298 (略) K 299 小耳症手術	区分 (外耳) K 285～K 298 (略) K 299 小耳症手術
【点数の見直し】	1 軟骨移植による耳介形成手術 62,880点 2 (略)	1 軟骨移植による耳介形成手術 56,140点 2 (略)
(中耳)	(中耳) K 300～K 305 (略) K 305-2 植込型骨導補聴器 (直接振動型) 植込術 24,490点	(中耳) K 300～K 305 (略) (新設)
【新設】	K 306～K 308-2 (略)	K 306～K 308-2 (略)
【新設】	K 308-3 耳管用補綴材挿入術 18,100点	(新設)
【新設】	K 309～K 319 (略) K 319-2 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	K 309～K 319 (略) (新設)
	1 上鼓室開放を伴わないもの 40,630点 2 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの 52,990点	
	K 320・K 320-2 (略) (内耳) K 321～K 328-3 (略)	K 320・K 320-2 (略) (内耳) K 321～K 328-3 (略)
(鼻)	(鼻) K 329～K 343 (略) K 343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 (頭蓋底郭清、再建を伴うもの) 110,950点	(鼻) K 329～K 343 (略) (新設)
【新設】	K 344～K 347-7 (略) (副鼻腔) K 348及びK 349～K 366 (略) (咽頭、扁桃) K 367～K 382-2 (略)	K 344～K 347-7 (略) (副鼻腔) K 348及びK 349～K 366 (略) (咽頭、扁桃) K 367～K 382-2 (略)
(喉頭、気管)	(喉頭、気管) K 383～K 385 (略) K 386 気管切開術 3,450点 K 386-2～K 388-2 (略)	(喉頭、気管) K 383～K 385 (略) K 386 気管切開術 3,080点 K 386-2～K 388-2 (略)
【点数の見直し】	K 388-3 内喉頭筋内注入術 (ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点	(新設)
【新設】	K 389～K 393 (略) K 394 喉頭悪性腫瘍手術 1 (略)	K 389～K 393 (略) K 394 喉頭悪性腫瘍手術 1 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	2 全摘 K 394-2 ～ K 403-2 (略) <u>71,360点</u>	2 全摘 K 394-2 ～ K 403-2 (略) <u>63,710点</u>
第 6 款 顔面・口腔・頸部 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) 【点数の見直し】	第 6 款 顔面・口腔・頸部 区分 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) K 404 抜歯手術 (1 歯につき) 1 (略) 2 前歯 <u>160点</u> 3 臼歯 <u>270点</u> 4 埋伏歯 <u>1,080点</u> 注 1 2 又は 3 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、 <u>230点</u> を所定点数に加算する。 注 2 (略) 注 3 4 については、下顎完全埋伏智歯 (骨性) 又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>130点</u> を所定点数に加算する。 注 4 (略) K 405 ～ K 407-2 (略)	第 6 款 顔面・口腔・頸部 区分 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) K 404 抜歯手術 (1 歯につき) 1 (略) 2 前歯 <u>155点</u> 3 臼歯 <u>265点</u> 4 埋伏歯 <u>1,054点</u> 注 1 2 又は 3 については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、 <u>210点</u> を所定点数に加算する。 注 2 (略) 注 3 4 については、下顎完全埋伏智歯 (骨性) 又は下顎水平埋伏智歯の場合は、 <u>120点</u> を所定点数に加算する。 注 4 (略) K 405 ～ K 407-2 (略)
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌) 【点数の見直し】	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌) K 408 ～ K 414 (略) K 414-2 甲状舌管嚢胞摘出術 <u>10,050点</u> K 415 舌悪性腫瘍手術 1 (略) 2 亜全摘 <u>84,080点</u> K 416及びK 417 ～ K 418-2 (略)	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌) K 408 ～ K 414 (略) K 414-2 甲状舌管嚢胞摘出術 <u>8,970点</u> K 415 舌悪性腫瘍手術 1 (略) 2 亜全摘 <u>75,070点</u> K 416及びK 417 ～ K 418-2 (略)
【点数の見直し】	K 419 頬、口唇、舌小帯形成手術 <u>630点</u> K 420 (略)	K 419 頬、口唇、舌小帯形成手術 <u>560点</u> K 420 (略)
(顔面) 【点数の見直し】	(顔面) K 421 口唇腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 <u>1,020点</u> 2 (略) K 422 ～ K 424 (略) K 425 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 <u>121,740点</u> K 426 ～ K 426-2 (略)	(顔面) K 421 口唇腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 <u>910点</u> 2 (略) K 422 ～ K 424 (略) K 425 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 <u>108,700点</u> K 426 ～ K 426-2 (略)
(顔面骨、顎関節) 【点数の見直し】	(顔面骨、顎関節) K 427 ～ K 443 (略) K 444 下顎骨形成術 1 おとがいの形成の場合 <u>8,710点</u> 2 ～ 4 (略) 注 1・2 (略) K 444-2 ～ K 447 (略)	(顔面骨、顎関節) K 427 ～ K 443 (略) K 444 下顎骨形成術 1 おとがいの形成の場合 <u>7,780点</u> 2 ～ 4 (略) 注 1・2 (略) K 444-2 ～ K 447 (略)
(唾液腺) 【点数の見直し】	(唾液腺) K 448・K 449 (略) K 450 唾石摘出術 (一連につき) 1 表在性のもの <u>720点</u> 2・3 (略) 注 (略) K 451 ～ K 460 (略) (甲状腺、副甲状腺 (上皮小体)) K 461 ～ K 465 (略)	(唾液腺) K 448・K 449 (略) K 450 唾石摘出術 (一連につき) 1 表在性のもの <u>640点</u> 2・3 (略) 注 (略) K 451 ～ K 460 (略) (甲状腺、副甲状腺 (上皮小体)) K 461 ～ K 465 (略)
(その他の頸部)	(その他の頸部)	(その他の頸けい部)

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	K 466～K 470 (略) K 470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点 K 471 (略)	K 466～K 470 (略) (新設) K 471 (略)
第7款 胸部	第7款 胸部 区分 (乳腺) K 472～K 476-4 (略) (胸壁) K 477～K 487 (略) (胸腔、胸膜) K 488～K 494 (略) 【新設】 K 494-2 胸腔鏡下胸腔内(胸膜内)血腫除去術 13,500点 K 495～K 501-3 (略) (縦隔) K 502～K 504-2 (略) (気管支、肺) K 505及びK 506～K 509 (略) 【点数の見直し】 K 509-2 気管支肺胞洗浄術 5,300点 注(略) K 509-3～K 514 (略) K 514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 1～3 (略) 【項目の見直し】 4 気管支形成を伴う肺切除 81,420点 K 514-3～K 519 (略) (食道) K 520～K 528-3 (略) K 529 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併 施するもの) 1～3 (略) 注1 (略) 注2 血行再建を併せて行った場合は、3,000 点を加算する。 【注の見直し】 K 529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 1 (略) 【点数の見直し】 2 胸部、腹部の操作によるもの 122,290点 注(略) K 529-3 (略) 【新設】 K 529-4 再建胃管悪性腫瘍手術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの 112,190点 2 頸部、腹部の操作によるもの 101,670点 【点数の見直し】 K 530・K 530-2 (略) K 530-3 内視鏡下筋層切開術 12,470点 K 531 (略) K 532 食道・胃静脈瘤手術 1 (略) 【点数の見直し】 2 食道離断術を主とするもの 42,130点 K 532-2～K 533-2 (略) 【新設】 K 533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術 8,990点 (横隔膜) K 534～K 537-2 (略)	第7款 胸部 区分 (乳腺) K 472～K 476-4 (略) (胸壁) K 477～K 487 (略) (胸腔、胸膜) K 488～K 494 (略) (新設) K 495～K 501-3 (略) (縦隔) K 502～K 504-2 (略) (気管支、肺) K 505及びK 506～K 509 (略) K 509-2 気管支肺胞洗浄術 4,800点 注(略) K 509-3～K 514 (略) K 514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 1～3 (略) (新設) K 514-3～K 519 (略) (食道) K 520～K 528-3 (略) K 529 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併 施するもの) 1～3 (略) 注1 (略) 注2 血行再建を併せて行った場合には、 3,000点を所定点数に加算する。 K 529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 1 (略) 2 胸部、腹部の操作によるもの 109,190点 注(略) K 529-3 (略) (新設) K 530・K 530-2 (略) K 530-3 内視鏡下筋層切開術 11,340点 K 531 (略) K 532 食道・胃静脈瘤手術 1 (略) 2 食道離断術を主とするもの 37,620点 K 532-2～K 533-2 (略) (新設) (横隔膜) K 534～K 537-2 (略)
第8款 心・脈管	第8款 心・脈管 区分 (心、心膜、肺動静脈、 冠血管等)	第8款 心・脈管 区分

項 目	改 正 後	改 正 前
	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等) K538～K551 (略) K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等) K538～K551 (略) K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
【点数の見直し】	1 1 吻合のもの 80,160点 2 (略) 注 (略) K552-2・K553 (略) K553-2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	1 1 吻合のもの 71,570点 2 (略) 注 (略) K552-2・K553 (略) K553-2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術
【点数の見直し】	1 単独のもの 128,020点 2・3 (略) K554～K555 (略) K555-2 経カテーテル弁置換術	1 単独のもの 114,300点 2・3 (略) K554～K555 (略) K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術
【名称の見直し】	1・2 (略) K555-2 経カテーテル弁置換術	1・2 (略) K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術
【項目の見直し】	3 経皮的肺動脈弁置換術 39,060点 注 (略) K555-3～K559-3 (略) K560 大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。)	(新設) 注 (略) K555-3～K559-3 (略) K560 大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。)
【点数の見直し】	1 上行大動脈 イ・ロ (略) ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術 166,720点 ニ (略) 2～7 (略) 注 (略) K560-2～K565 (略) K566 体動脈肺動脈短絡手術 (ブラロック手術、ウォーターストン手術) 50,030点 K567 (略) K567-2 経皮的動脈形成術 37,430点	1 上行大動脈 イ・ロ (略) ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術 148,860点 ニ (略) 2～7 (略) 注 (略) K560-2～K565 (略) K566 体動脈肺動脈短絡手術 (ブラロック手術、ウォーターストン手術) 44,670点 K567 (略) K567-2 経皮的動脈形成術 37,430点
【注の見直し】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【点数の見直し】	K568・K569 (略) K570 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 1 (略) 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの 83,400点	K568・K569 (略) K570 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 1 (略) 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの 74,460点
【注の見直し】	K570-2 (略) K570-3 経皮的肺動脈形成術 31,280点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K570-2 (略) K570-3 経皮的肺動脈形成術 31,280点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【点数の見直し】	K570-4～K585 (略) K586 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 1 両方向性グレン手術 80,160点 2・3 (略) 注 (略) K587～K593 (略) K594 不整脈手術 1～3 (略) 4 左心耳閉鎖術 イ (略) ロ 胸腔鏡下によるもの 37,800点 ハ (略)	K570-4～K585 (略) K586 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 1 両方向性グレン手術 71,570点 2・3 (略) 注 (略) K587～K593 (略) K594 不整脈手術 1～3 (略) 4 左心耳閉鎖術 イ (略) (新設) ロ (略)
【項目の見直し】	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560又はK594の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。
【注の見直し】	注2 4のハについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K594-2 (略) K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 1・2 (略) 注1・2 (略)	注2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K594-2 (略) K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術 1・2 (略) 注1・2 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	注3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K595-2 (略)	注3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K595-2 (略)
【点数の見直し】	K596 体外ペースメーカーキング術 3,770点 K597 ペースメーカー移植術	K596 体外ペースメーカーキング術 3,370点 K597 ペースメーカー移植術
【点数の見直し】	1 心筋電極の場合 16,870点 2・3 (略) K597-2～K601 (略)	1 心筋電極の場合 15,060点 2・3 (略) K597-2～K601 (略)
【新設】	K601-2 体外式膜型人工肺 (1日につき) 1 初日 30,150点 2 2日目以降 3,000点 注 カニキュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。 K602～K605-5 (略)	(新設) K602～K605-5 (略)
(動脈)	(動脈) K606・K607 (略)	(動脈) K606・K607 (略)
【点数の見直し】	K607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 4,210点 K607-3～K612 (略) K613 腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術) 31,840点	K607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 3,760点 K607-3～K612 (略) K613 腎血管性高血圧症手術 (経皮的腎血管拡張術) 31,840点
【注の見直し】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【点数の見直し】	K614 血管移植術、バイパス移植術 1・2 (略) 3 腹腔内動脈 63,350点 4 頭、頸部動脈 61,660点 5 下腿、足部動脈 70,190点 6・7 (略) K615 血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) 1・2 (略) 3 その他のもの 20,480点 K615-2 経皮的大動脈遮断術 1,660点	K614 血管移植術、バイパス移植術 1・2 (略) 3 腹腔内動脈 56,560点 4 頭、頸部動脈 55,050点 5 下腿、足部動脈 62,670点 6・7 (略) K615 血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) 1・2 (略) 3 その他のもの 18,620点 K615-2 経皮的大動脈遮断術 1,660点
【注の見直し】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【点数の見直し】	K616・K616-2 (略) K616-3 経皮的胸部血管拡張術 (先天性心疾患術後に限る。) 27,500点	K616・K616-2 (略) K616-3 経皮的胸部血管拡張術 (先天性心疾患術後に限る。) 24,550点
【注の見直し】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	K616-4～K616-6 (略) K616-7 ステントグラフト内挿術 (シャント) 12,000点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K616-4～K616-6 (略) (新設)
【新設】	K616-8 吸着式潰瘍治療法 (1日につき) 1,680点	(新設)
(静脈)	(静脈) K617 下肢静脈瘤手術 1～3 (略)	(静脈) K617 下肢静脈瘤手術 1～3 (略)
【項目の見直し】	4 静脈瘤切除術 1,820点 K617-2～K623-2 (略)	(新設) K617-2～K623-2 (略)
(リンパ管、リンパ節)	(リンパ管、リンパ節) K624～K626-2 (略) K627 リンパ節群郭清術 1～5 (略) 6 鼠径部及び股部 9,760点 7 後腹膜 46,350点 8 (略) K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 1～3 (略)	(リンパ管、リンパ節) K624～K626-2 (略) K627 リンパ節群郭清術 1～5 (略) 6 鼠径部及び股部 8,710点 7 後腹膜 41,380点 8 (略) K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 1～3 (略)
【項目の見直し】	4 側方 41,090点	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	注 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから、4については直腸がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。 K 627-3 ~ K 628 (略)	注 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したのに対して実施した場合に限り算定する。 K 627-3 ~ K 628 (略)
第9款 腹部 (腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	第9款 腹部 区分 (腹壁、ヘルニア) K 629 ~ K 634 (略) (腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K 635 ~ K 636-4 (略) K 637 限局性腹腔腫瘍手術 1 ~ 3 (略)	第9款 腹部 区分 (腹壁、ヘルニア) K 629 ~ K 634 (略) (腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K 635 ~ K 636-4 (略) K 637 限局性腹腔腫瘍手術 1 ~ 3 (略)
【点数の見直し】	4 その他のもの 10,380点 K 637-2 経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術 10,800点	4 その他のもの 9,270点 K 637-2 経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術 10,800点
【注の見直し】	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K 638 ~ K 641 (略) K 642 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K 638 ~ K 641 (略) K 642 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
【点数の見直し】	1 腸切除を伴わないもの 16,000点 2 (略) K 642-2・K 642-3 (略) K 643 後腹膜悪性腫瘍手術 54,330点 K 643-2・K 644 (略) K 645 骨盤内臓全摘術 135,500点	1 腸切除を伴わないもの 14,290点 2 (略) K 642-2・K 642-3 (略) K 643 後腹膜悪性腫瘍手術 48,510点 K 643-2・K 644 (略) K 645 骨盤内臓全摘術 120,980点
【点数の見直し】 (胃、十二指腸)	K 646 ~ K 653-5 (略) K 653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術 12,000点 K 654 ~ K 655 (略) K 655-2 腹腔鏡下胃切除術 1・2 (略) 3 悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 73,590点	(胃、十二指腸) K 646 ~ K 653-5 (略) (新設) K 654 ~ K 655 (略) K 655-2 腹腔鏡下胃切除術 1・2 (略) (新設)
【新設】	K 655-3・K 655-4 (略) K 655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術 1・2 (略) 3 悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 80,000点	K 655-3・K 655-4 (略) K 655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術 1・2 (略) (新設)
【項目の見直し】	注 (略) K 656・K 656-2 (略) K 657 胃全摘術 1・2 (略) 3 悪性腫瘍手術(空腸囊作製術を伴うもの) 79,670点	注 (略) K 656・K 656-2 (略) K 657 胃全摘術 1・2 (略) (新設)
【注の見直し】	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。 K 656・K 656-2 (略) K 657 胃全摘術 1・2 (略) 3 悪性腫瘍手術(空腸囊作製術を伴うもの) 94,780点 4 悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 98,850点	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。 K 656・K 656-2 (略) K 657 胃全摘術 1・2 (略) (新設)
【項目の見直し】	注 (略) K 658 ~ K 668-2 (略)	注 (略) K 658 ~ K 668-2 (略)
(胆嚢、胆道)	(胆嚢、胆道)	(胆嚢、胆道)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	K 669～K 674-2 (略) K 675 胆嚢悪性腫瘍手術 1 胆嚢に局限するもの(リンパ節郭清を含む) 50,980点 2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの 64,720点	K 669～K 674-2 (略) K 675 胆嚢悪性腫瘍手術 1 胆嚢に局限するもの(リンパ節郭清を含む) 45,520点 2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの 57,790点
【新設】	3～5 (略) K 675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの) 70,220点	3～5 (略) (新設)
【項目の見直し】	K 676 (略)	K 676 (略)
【点数の見直し】	K 677 胆管悪性腫瘍手術 1・2 (略) 3 肝外胆道切除術によるもの 50,000点 4 その他のもの 94,860点	K 677 胆管悪性腫瘍手術 1・2 (略) (新設) 3 その他のもの 84,700点
【点数の見直し】	K 677-2 肝門部胆管悪性腫瘍手術 1 血行再建あり 202,710点 2 (略)	K 677-2 肝門部胆管悪性腫瘍手術 1 血行再建あり 180,990点 2 (略)
(肝)	K 678～K 689-2 (略)	K 678～K 689-2 (略)
【点数の見直し】	(肝) K 690～K 694 (略) K 695 肝切除術 1 (略) 2 亜区域切除 63,030点 3～7 (略) 注(略)	(肝) K 690～K 694 (略) K 695 肝切除術 1 (略) 2 亜区域切除 56,280点 3～7 (略) 注(略)
【項目の見直し】	K 695-2～K 697-3 (略) K 697-4 移植用部分肝採取術(生体) 1 腹腔鏡によるもの 105,000点 2 その他のもの 82,800点 注(略)	K 695-2～K 697-3 (略) K 697-4 移植用部分肝採取術(生体) 82,800点 (新設) (新設) 注(略)
(脾)	K 697-5～K 697-7 (略)	K 697-5～K 697-7 (略)
【点数の見直し】	(脾) K 698～K 701 (略) K 702 脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部切除術の場合 イ 脾同時切除の場合 26,880点 ロ(略) 2 (略) 3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 59,060点 4 (略)	(脾) K 698～K 701 (略) K 702 脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部切除術の場合 イ 脾同時切除の場合 24,000点 ロ(略) 2 (略) 3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 52,730点 4 (略)
【点数の見直し】	K 702-2 (略) K 703 脾頭部腫瘍切除術 1 脾頭十二指腸切除術の場合 91,410点 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合 97,230点 3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 97,230点 4 (略)	K 702-2 (略) K 703 脾頭部腫瘍切除術 1 脾頭十二指腸切除術の場合 81,620点 2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合 86,810点 3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 86,810点 4 (略)
【点数の見直し】	K 703-2 (略) K 704 脾全摘術 115,390点 K 705～K 709-2 (略)	K 703-2 (略) K 704 脾全摘術 103,030点 K 705～K 709-2 (略)
【注の見直し】	K 709-3 同種死体脾移植術 112,570点 注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。 注2・3 (略)	K 709-3 同種死体脾移植術 112,570点 注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。 注2・3 (略)
【注の見直し】	K 709-4 (略) K 709-5 同種死体脾腎移植術 140,420点 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に	K 709-4 (略) K 709-5 同種死体脾腎移植術 140,420点 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	規定する脳死した者の身体から採取された 睪腎を除く死体睪腎を移植した場合は、移 植臓器提供加算として、55,000点を所定点 数に加算する。 注2・3 (略) K709-6 同種死体睪島移植術 56,490点 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に 規定する脳死した者の身体から採取された 睪島を除く死体睪島を移植した場合は、移 植臓器提供加算として、55,000点を所定点 数に加算する。 注2～4 (略) (脾) K710～K711-2 (略)	規定する脳死した者の身体から採取された 睪腎を除く死体睪腎を移植した場合は、移 植臓器提供加算として、55,000点を所定点 数に加算する。 注2・3 (略) K709-6 同種死体睪島移植術 56,490点 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に 規定する脳死した者の身体から採取された 睪島を除く死体睪島を移植した場合は、移 植臓器提供加算として、55,000点を所定点 数に加算する。 注2～4 (略) (脾) K710～K711-2 (略)
	(空腸、回腸、盲腸、虫 垂、結腸)	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)
【点数の見直し】	K712～K718-2 (略) K719 結腸切除術 1・2 (略) 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 39,960点 注 (略) K719-2～K720 (略) K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1・2 (略) 注1 家族性大腸腺腫症の患者に対して実施し た場合は、消化管ポリポーシス加算とし て、年1回に限り5,000点を所定点数に加 算する。 注2 バルーン内視鏡を用いて実施した場合 は、バルーン内視鏡加算として、450点を 所定点数に加算する。 K721-2 (略) K721-3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、450点を所定点 数に加算する。 K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、450点を所定点 数に加算する。 K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術 11,800点 K722 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点 注1 (略) 注2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合 は、スパイラル内視鏡加算として、3,500 点を所定点数に加算する。 K723・K724 (略) K725 腸瘻、虫垂瘻造設術 9,890点 K725-2～K728 (略) K729 腸閉鎖症手術 1 腸管切除を伴わないもの 13,650点 2 (略) K729-2～K732 (略) K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (直腸切除術 後のものに限る。) 40,450点 K733～K735 (略) K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によ るもの) 11,090点 注1 (略) 注2 スパイラル内視鏡を用いて実施した場合 は、スパイラル内視鏡加算として、3,500	K712～K718-2 (略) K719 結腸切除術 1・2 (略) 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術 35,680点 注 (略) K719-2～K720 (略) K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1・2 (略) (新設) (新設) K721-2 (略) K721-3 内視鏡的結腸異物摘出術 5,360点 (新設) K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 22,040点 (新設) (新設) K722 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点 注 (略) (新設) K723・K724 (略) K725 腸瘻、虫垂瘻造設術 8,830点 K725-2～K728 (略) K729 腸閉鎖症手術 1 腸管切除を伴わないもの 12,190点 2 (略) K729-2～K732 (略) K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (悪性腫瘍に 対する直腸切除術後のものに限る。) 40,450点 K733～K735 (略) K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術 (内視鏡によ るもの) 11,090点 注 (略) (新設)
【注の追加】		
【新設】		
【注の追加】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【名称の見直し】		
【注の追加】		

項 目	改 正 後	改 正 前
(直腸)	点を所定点数に加算する。 K735-3～K736 (略)	K735-3～K736 (略)
【注の追加】	(直腸) K737～K739-3 (略) K740 直腸切除・切断術 1～5 (略) 注1 (略) 注2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	(直腸) K737～K739-3 (略) K740 直腸切除・切断術 1～5 (略) 注 (略) (新設)
【項目の見直し】	K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 1・2 (略) 3 超低位前方切除術 91,470点 4 経肛門吻合を伴う切除術 100,470点 5 (略)	K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術 1・2 (略) (新設) (新設)
【注の見直し】	注1 1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。	注 1及び2については、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注2 側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	(新設)
(肛門、その周辺)	K740-3～K742-2 (略)	K740-3～K742-2 (略)
【新設】	(肛門、その周辺) K743～K746-2 (略) K746-3 痔瘻手術(注入療法) 1,660点 K747～K753 (略)	(肛門、その周辺) K743～K746-2 (略) (新設) K747～K753 (略)
第10款 尿路系・副腎	第10款 尿路系・副腎 区分	第10款 尿路系・副腎 区分
(副腎)	(副腎) K754～K755-2 (略) K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	(副腎) K754～K755-2 (略) (新設)
【新設】	1 1センチメートル未満 16,000点 2 1センチメートル以上 22,960点 K756・K756-2 (略)	K756・K756-2 (略)
(腎、腎盂)	(腎、腎盂) K757～K769 (略) K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 49,200点 K769-3～K771 (略) K772 腎摘出術 21,010点 K772-2～K773-4 (略)	(腎、腎盂) K757～K769 (略) K769-2 腹腔鏡下腎部分切除術 43,930点 K769-3～K771 (略) K772 腎摘出術 18,760点 K772-2～K773-4 (略)
【点数の見直し】	K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 1 原発病巣が7センチメートル以下のもの 70,730点 2 その他のもの 64,720点	K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 70,730点 (新設) (新設)
【項目の見直し】	K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 64,720点 K774～K779-3 (略) K780 同種死体腎移植術 98,770点	K774～K779-3 (略) K780 同種死体腎移植術 98,770点
【新設】	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
(膀胱)	腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。 注2・3 (略) K780-2 (略) (尿管) K781～K794-2 (略)	腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。 注2・3 (略) K780-2 (略) (尿管) K781～K794-2 (略)
【注の見直し】	(膀胱) K795～K800-2 (略) K800-3 膀胱水圧拡張術 6,410点 注1・2 (略) 注3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	(膀胱) K795～K800-2 (略) K800-3 膀胱水圧拡張術 6,410点 注1・2 (略) 注3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	<u>K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)</u> 9,930点	(新設)
【点数の見直し】	K801～K802-6 (略) K803 膀胱悪性腫瘍手術 1～3 (略) 4 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの) 120,740点 5 (略) 6 経尿道的手術 イ 電解質溶液利用のもの 13,530点 ロ (略) 注 (略)	K801～K802-6 (略) K803 膀胱悪性腫瘍手術 1～3 (略) 4 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの) 107,800点 5 (略) 6 経尿道的手術 イ 電解質溶液利用のもの 12,300点 ロ (略) 注 (略)
【点数の見直し】	K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの) 86,110点 2・3 (略) K803-3～K812-2 (略)	K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの) 76,880点 2・3 (略) K803-3～K812-2 (略)
(尿道)	(尿道) K813～K821-2 (略) K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点	(尿道) K813～K821-2 (略) K821-3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 12,300点
【注の見直し】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
【新設】	K822～K823-6 (略) <u>K823-7 膀胱頸部形成術(膀胱頸部吊上術以外)</u> 37,690点	K822～K823-6 (略) (新設)
第11款 性器	第11款 性器 区分	第11款 性器 区分
(陰茎)	(陰茎) K824～K827 (略) K828 包茎手術 1 背面切開術 830点 2 (略) K828-2 (略)	(陰茎) K824～K827 (略) K828 包茎手術 1 背面切開術 740点 2 (略) K828-2 (略)
【点数の見直し】		
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索) K828-3 埋没陰茎手術 7,760点 K829～K834-3 (略) K835 陰囊水腫手術 1 鼠径部切開によるもの 3,980点 2 (略) K836～K838 (略) K838-2 精巣内精子採取術 1 単純なもの 12,400点 2 顕微鏡を用いたもの 24,600点	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索) (新設) K829～K834-3 (略) K835 陰囊水腫手術 1 交通性陰囊水腫手術 3,620点 2 (略) K836～K838 (略) (新設)
【新設】		
【項目の見直し】		
【新設】		
(精囊、前立腺)		

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	(精嚢、前立腺) K 839～K 841 (略) K 841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 (略) 2 ツリウムレーザーを用いるもの 18,190点 3 (略)	(精嚢、前立腺) K 839～K 841 (略) K 841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 (略) (新設) 2 (略)
【新設】	K 841-3～K 841-5 (略) K 841-6 経尿道的前立腺吊上術 12,300点 K 842～K 843-4 (略) (外陰、会陰) K 844～K 851-3 (略)	K 841-3～K 841-5 (略) (新設) K 842～K 843-4 (略) (外陰、会陰) K 844～K 851-3 (略)
(腔)	(腔) K 852～K 860-2 (略) K 860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術 43,870点	(腔) K 852～K 860-2 (略) (新設)
【新設】 (子宮)	(子宮) K 861～K 878-2 (略) K 879 子宮悪性腫瘍手術 69,440点 K 879-2～K 882 (略)	(子宮) K 861～K 878-2 (略) K 879 子宮悪性腫瘍手術 62,000点 K 879-2～K 882 (略)
【点数の見直し】	K 882-2 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術 32,290点 K 883～K 884 (略)	(新設) K 883～K 884 (略)
【新設】	K 884-2 人工授精 1,820点	(新設)
【新設】	K 884-3 胚移植術 1 新鮮胚移植の場合 7,500点 2 凍結・融解胚移植の場合 12,000点 注1 患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。 注2 アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。 注3 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。	(新設) (新設) (新設)
(子宮附属器)	(子宮附属器) K 885～K 888 (略) K 888-2 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術 (両側) 1 開腹によるもの 13,960点 2 (略)	(子宮附属器) K 885～K 888 (略) K 888-2 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術 (両側) 1 開腹によるもの 12,460点 2 (略)
【点数の見直し】	K 889～K 890-3 (略) K 890-4 採卵術 3,200点 注 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。 イ 1個の場合 2,400点 ロ 2個から5個までの場合 3,600点 ハ 6個から9個までの場合 5,500点 ニ 10個以上の場合 7,200点	K 889～K 890-3 (略) (新設)
(産科手術)	(産科手術) K 891～K 894 (略) K 895 会陰 (陰門) 切開及び縫合術 (分娩時) 1,710点 K 896～K 910-5 (略) K 910-6 臍帯穿刺 3,800点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K 911～K 913 (略) (その他) K 913-2 (略) 第12款 (略)	(産科手術) K 891～K 894 (略) K 895 会陰 (陰門) 切開及び縫合術 (分娩時) 1,530点 K 896～K 910-5 (略) (新設) K 911～K 913 (略) (その他) K 913-2 (略) 第12款 (略)
【点数の見直し】		
【新設】		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	2 採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合 19,410点 (削る)	(新設)
【注の見直し】	K922 (略) K922-2 C A R 発現生 T 細胞投与 (一連につき) 30,850点 (削る)	注 チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者 1 人につき 1 回に限り算定する。 K922 (略) K922-2 C A R 発現生 T 細胞投与 (一連につき) 30,850点
【新設】	注 1・2 (略) K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与 (一連につき) 22,280点 注 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。 K923～K924-3 (略)	注 1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者 1 人につき 1 回に限り算定する。 注 2・3 (略) (新設) K923～K924-3 (略)
第 3 節 手術医療機器等加算	第 3 節 手術医療機器等加算 区分	第 3 節 手術医療機器等加算 区分
【注の見直し】	K930～K935 (略) K936 自動縫合器加算 2,500点 注 1 区分番号 K488-4、K511、K513、K514 から K514-6 まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529 から K529-3 まで、K531 から K532-2 まで、K552、K552-2、K645、K654-3、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675 の 2 から K675 の 5 まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695 の 4 から K695 の 7 まで、K695-2 の 4 から K695-2 の 6 まで、K696、K697-4、K700 から K700-3 まで、K702 から K703-2 まで、K704、K705 の 2、K706、K709-2 から K709-5 まで、K711-2、K716 から K716-6 まで、K719 から K719-3 まで、K719-5、K732 の 2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K779-3、K803 から K803-3 まで及び K817 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。 注 2 区分番号 K552、K552-2、K554、K555、K557 から K557-3 まで、K560、K594 の 3 及び K594 の 4 の口に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。 K936-2～K938 (略) K939 画像等手術支援加算 1 (略) 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注 区分番号 K055-2、K055-3、K136、K142 の 6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314 の 2、K406 の 2、K427、K427-2、K429、K433、K434 及び K436 から K444-2 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。 3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点	K930～K935 (略) K936 自動縫合器加算 2,500点 注 1 区分番号 K488-4、K511、K513、K514 から K514-6 まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529 から K529-3 まで、K531 から K532-2 まで、K552、K552-2、K645、K654-3 の 2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675 の 2 から K675 の 5 まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695 の 4 から K695 の 7 まで、K695-2 の 4 から K695-2 の 6 まで、K696、K697-4、K700 から K700-3 まで、K702 から K703-2 まで、K705 の 2、K706、K709-2 から K709-5 まで、K711-2、K716 から K716-6 まで、K719 から K719-3 まで、K719-5、K732 の 2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803 から K803-3 まで及び K817 の 3 に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。 注 2 区分番号 K552、K552-2、K554、K555、K557 から K557-3 まで、K560 及び K594 の 3 に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。 K936-2～K938 (略) K939 画像等手術支援加算 1 (略) 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点 注 区分番号 K055-2、K055-3、K136、K142 の 6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314 の 2、K406 の 2、K427、K427-2、K429、K433、K434 及び K436 から K444 までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。 3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>注 区分番号K082、K082-3、K437からK439まで及びK444に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。</p> <p><u>K939-2～K939-8</u> (略)</p> <p><u>K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算</u> 5,190点</p> <p>第4節・第5節 (略)</p>	<p>注 区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>K939-2～K939-8 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>第4節・第5節 (略)</p>

第2章 特掲診療料 第11部 麻 酔

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。</p> <p>4 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。</p> <p>5 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。</p>	
第1節 麻酔料	<p>L 000 迷もう麻酔 31点</p> <p>L 001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点</p> <p>L 001-2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 120点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合） 600点</p> <p>3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 1,100点</p> <p>注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>注2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>L 002 硬膜外麻酔</p> <p>1 頸・胸部 1,500点</p> <p>2 腰部 800点</p> <p>3 仙骨部 340点</p> <p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。</p> <p>L 003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。） 80点</p> <p>注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。</p> <p>L 004 脊椎麻酔 850点</p> <p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。</p> <p>L 005 上・下肢伝達麻酔 170点</p> <p>L 006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞼目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。） 150点</p> <p>L 007 開放点滴式全身麻酔 310点</p> <p>L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点</p> <p>ロ イ以外の場合 18,200点</p> <p>2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点</p> <p>ロ イ以外の場合 12,100点</p> <p>3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点</p> <p>ロ イ以外の場合 9,050点</p> <p>4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,610点</p> <p>5 その他の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,000点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。</p> <p>注2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,800点</p> <p>ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,200点</p> <p>ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 900点</p> <p>ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 660点</p> <p>ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 600点</p> <p>注3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔併加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 頸・胸部 750点</p> <p>ロ 腰部 400点</p> <p>ハ 仙骨部 170点</p> <p>注5 注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的な心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、15,250点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注4及び注5に規定する加算は別に算定できない。</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合 450点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号K672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>L 008-2 体温維持療法 (1日につき) 【名称の見直し】 【注の見直し】</p> <p>L 009 麻酔管理料(I)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術(内頸動脈に限る。)又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-2 体温維持療法(1日につき) 12,200点</p> <p>注1 体温維持療法を開始してから3日間を限度として算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、<u>体温維持迅速導入加算</u>として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-3 経皮的体温調節療法(一連につき) 5,000点</p> <p>L 009 麻酔管理料(I)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。)が行った場合に算定する。</p> <p>注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料(II)を算定している場合は算定できない。</p> <p>注4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院し</p>	<p>L 008-2 低体温療法(1日につき) 12,200点</p> <p>注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、<u>低体温迅速導入加算</u>として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>L 010 麻酔管理料(Ⅱ)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>ている患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p> <p>L 010 麻酔管理料(Ⅱ)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点</p> <p><u>注1</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p> <p><u>注2</u> 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p>	<p>注 (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>第2節 神経ブロック料</p>	<p>L 100 神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)</p> <p>1 トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点</p> <p>2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙攣斜頸、上肢痙攣又は下肢痙攣の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点</p> <p>5 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340点</p> <p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 170点</p> <p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>L 101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用） 【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>脊髄神経前枝神経ブロック 90点 注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号 L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L 101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）</p> <p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000点</p> <p>2 胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック 1,800点</p> <p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p> <p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号 L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L 102 神経幹内注射 25点 L 103 カテラン硬膜外注射 140点 L 104 トリガーポイント注射 80点 L 105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。） 80点</p> <p>注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>	<p>L 101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号 L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p>
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>L 200 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。</p> <p>注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料</p>	<p>L 300 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	

第2章 特掲診療料 第12部 放射線治療

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なもの費用は、第1節に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM001-3まで及びM002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。</p>	
第1節 放射線治療管理・実施料	<p>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>1 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2,700点</p> <p>2 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 3,100点</p> <p>3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 4,000点</p> <p>4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5,000点</p> <p>注1 線量分布図を作成し、区分番号M001に掲げる体外照射、区分番号M004の1に掲げる外部照射、区分番号M004の2に掲げる腔内照射又は区分番号M004の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回に限り算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>M000-2 放射性同位元素 内用療法管理料 【項目の見直し】</p>	<p>番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</p> <p>1 甲状腺癌に対するもの 1,390点</p> <p>2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点</p> <p>3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点</p> <p>4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点</p> <p>5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 2,630点</p> <p>6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点</p> <p>7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点</p> <p>注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> <p>注5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> <p>注6 7については、MIBG集積陽性の治療切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>M001 体外照射</p>	<p>M001 体外照射</p> <p>1 エックス線表在治療</p> <p>イ 1回目 110点</p> <p>ロ 2回目 33点</p> <p>2 高エネルギー放射線治療</p> <p>イ 1回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 840点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,320点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,800点</p> <p>□ 2回目</p> <p>(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 660点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 900点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。</p> <p>3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が3Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。</p> <p>注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。</p> <p>注2 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、口及びハの場合は、2のイの(3)若しくは口の(3)又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 体表面の位置情報によるもの 150点</p> <p>ロ 骨構造の位置情報によるもの 300点</p> <p>ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450点</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。</p> <p>M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）</p> <p>1 定位放射線治療の場合 63,000点</p> <p>2 1 以外の場合 8,000点</p> <p>注1 定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 動体追尾法 10,000点</p> <p>ロ その他 5,000点</p>	
	<p>M001-4 粒子線治療（一連につき）</p> <p>1 希少な疾病に対して実施した場合</p> <p>イ 重粒子線治療の場合 187,500点</p> <p>ロ 陽子線治療の場合 187,500点</p> <p>2 1 以外の特定の疾病に対して実施した場合</p> <p>イ 重粒子線治療の場合 110,000点</p> <p>ロ 陽子線治療の場合 110,000点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき） 187,500点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 <u>ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法</u></p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>注4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>M002 全身照射（一連につき） 30,000点</p>	
	<p>注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。</p>	
	<p>M003 電磁波温熱療法（一連につき）</p>	
	<p>1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点</p>	
	<p>2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点</p>	
	<p>M004 密封小線源治療（一連につき）</p>	
	<p>1 外部照射 80点</p>	
	<p>2 腔内照射</p>	
	<p>イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 12,000点</p>	
	<p>ロ その他の場合 5,000点</p>	
	<p>3 組織内照射</p>	
	<p>イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点</p>	
	<p>ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 23,000点</p>	
	<p>ハ その他の場合 19,000点</p>	
	<p>4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点</p>	
	<p>注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。</p>	
	<p>注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。</p>	
	<p>注3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。</p>	
	<p>注4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として、使用した線源の費用として1個につき630点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。</p>	
	<p>注5 食道用アプリケーター又は気管、気管支用アプリケーターを使用した場合は、食道用アプリケーター加算又は気管、気管支用アプリケーター加算として、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>注6 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。</p>	
	<p>注7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。</p>	
	<p>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>M005 血液照射 110点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
第2節 特定保険医療材料料	M200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第2章 特掲診療料 第13部 病理診断

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<ol style="list-style-type: none"> 1 病理診断の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節及び第2節並びに第3部第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第3部第5節の所定点数を合算した点数により算定する。 3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第3部第6節の所定点数を合算した点数により算定する。 4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。 5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 7 保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 	
第1節 病理標本作製料	通則 <ol style="list-style-type: none"> 1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。 2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。 	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>N000 病理組織標本作製</p> <p>1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点</p> <p>2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860点</p> <p>N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 2,000点</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製</p> <p>1 エストロジェンレセプター 720点</p> <p>2 プロゲステロンレセプター 690点</p> <p>3 HER2タンパク 690点</p> <p>4 EGFRタンパク 690点</p> <p>5 CCR4タンパク 10,000点</p> <p>6 ALK融合タンパク 2,700点</p> <p>7 CD30 400点</p> <p>8 その他（1臓器につき） 400点</p> <p>注1 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。</p> <p>注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。</p> <p>N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990点</p> <p>N003-2 迅速細胞診</p> <p>1 手術中の場合（1手術につき） 450点</p> <p>2 検査中の場合（1検査につき） 450点</p> <p>N004 細胞診（1部位につき）</p> <p>1 婦人科材料等によるもの 150点</p> <p>2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点</p> <p>注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。</p> <p>N005 HER2遺伝子標本作製</p> <p>1 単独の場合 2,700点</p> <p>2 区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作製を併せて行った場合 3,050点</p> <p>N005-2 ALK融合遺伝子標本作製 6,520点</p> <p>N005-3 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点</p>	
<p>第2節 病理診断・判断料</p> <p>N006 病理診断料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>N006 病理診断料</p> <p>1 組織診断料 520点</p> <p>2 細胞診断料 200点</p> <p>注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体</p>	<p>1 組織診断料 450点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>N007 病理判断料 【点数の見直し】</p>	<p>法) 病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本(区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本(当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。</p> <p>注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 120点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 60点</p> <p>ロ 病理診断管理加算2</p> <p>(1) 組織診断を行った場合 320点</p> <p>(2) 細胞診断を行った場合 160点</p> <p>注5 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。</p> <p>N007 病理判断料 <u>130点</u></p> <p>注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号N006に掲げる病理判断料を算定した場合には、算定しない。</p>	<p>N007 病理判断料 <u>150点</u></p>



第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p>	
<p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項 1 緊急時施設治療管理料 【注の見直し】</p>	<p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 緊急時施設治療管理料 500点 注 平成18年7月1日から令和6年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日<small>に</small>緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p> <p>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。</p> <p>3 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料 ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。</p> <p>4 その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料 ロ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） ホ 第2章特掲診療料第7部リハビリテーショ</p>	<p>注 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日<small>に</small>緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ンに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）</p> <p>へ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料</p> <p>ト 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）</p> <p>チ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）</p> <p>リ 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）</p>	
<p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項</p>	<p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 施設入所者共同指導料 600点</p> <p>注 併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料</p> <p>薬剤 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数</p> <p>注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。</p> <p>3 施設入所者材料料</p> <p>イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料</p> <p>ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料</p> <p>注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。</p> <p>4 その他の診療料</p> <p>併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。</p> <p>イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの</p> <p>ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料1、診療情報提供料（Ⅰ）（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。）</p> <p>ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）</p> <p>ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）</p> <p>ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）</p> <p>へ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ト 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）</p> <p>チ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料</p> <p>リ 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）</p> <p>ヌ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）</p> <p>ル 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）</p>	

第4章 経過措置（改正部分）

改正後	改正前
1 (略) (削る)	1 (略)
(削る)	2 令和2年9月30日までの間における区分番号A000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「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。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（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。）に限る。）」と、A002の注2中「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。）」とあるのは「病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。
(削る)	3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
(削る)	4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。 イ 区分番号D001の2に掲げるBence Jones蛋白定性(尿) ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査 ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定
(削る)	5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
2 第1章の規定にかかわらず、区分番号A000の注14のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	(新設)
3 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1及び注11の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。	(新設)
4 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	(新設)
5 第2章の規定にかかわらず区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。	(新設)

改正告示 前文

健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第2項（同法第149条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の一部を次のように改正し、令和4年4月1日から適用する。ただし、同年3月31日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100の1のへに係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、急性期一般入院料6の算定に係る規定は、同年9月30日までの間、なおその効力を有するものとし、同年3月31日において現に旧算定方法別表第一区分番号A308の5又は6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定に係る規定は、令和5年3月31日までの間、なおその効力を有するものとする。