

医科診療報酬点数表

新旧対照表

(令和6年6月実施)

第1章 基本診療料

第1部	初・再診料	1
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	41
第3節	特定入院料	68
第4節	短期滞在手術等基本料	116

第2章 特掲診療料

第1部	医学管理等	124
第2部	在宅医療	175
第3部	検査	222
第4部	画像診断	236
第5部	投薬	247
第6部	注射	253
第7部	リハビリテーション	259
第8部	精神科専門療法	272
第9部	処置	291
第10部	手術	310
第11部	麻酔	327
第12部	放射線治療	334
第13部	病理診断	340
第14部	その他	344

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料 353

第4章 経過措置 356

改正告示附則 357



I 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 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【点数の見直し】	A000 初診料 291点 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、253点を算定する。 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	A000 初診料 288点 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。 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

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<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、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188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、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、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>)を算定する。</p>	<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、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>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、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、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>)を算定する。</p>
【点数の見直し】	<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、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>216点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188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、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>214点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>)を算定する。</p>
【点数の見直し】	<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<u>146点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>127点</u>)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、<u>108点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>94点</u>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16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<u>144点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>125点</u>)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、<u>107点</u>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>93点</u>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15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 data-bbox="138 1271 255 1296">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1561 255 1586">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1754 255 1779">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="374 131 799 604">定する加算を算定する場合は算定しない。 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 data-bbox="374 614 799 846">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 data-bbox="374 855 799 1107">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 data-bbox="374 1116 799 1271">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 data-bbox="374 1280 799 1561">注11 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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、<u>発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 1570 799 1744">注12 注11本文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。</p> <p data-bbox="374 1754 799 1850">注13 注11本文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</p>	<p data-bbox="813 1271 1238 1454">注11 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。</p> <p data-bbox="813 1570 1238 1744">注12 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。</p> <p data-bbox="813 1754 1238 1850">注13 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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の削除】	<p>注14 <u>注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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、抗菌薬適正使用体制加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>注14 <u>削除</u></p>
【注の追加】	<p>(削る)</p>	<p>注15 <u>初診に係る十分な情報を取得する体制と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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。</u></p>
【注の追加】	<p>注15 <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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注16 <u>医療DX推進に係る体制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保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第2節 再診料</p> <p>A001 再診料 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>A001 再診料 <u>75点</u></p> <p>注1 <u>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。</u></p> <p>注2 <u>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、55点を算定する。</u></p> <p>注3 <u>同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわら</u></p>	<p>A001 再診料 <u>73点</u></p> <p>注2 <u>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。</u></p> <p>注3 <u>同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわら</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1483 255 1508">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1644 255 1669">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 137 797 262">ず、2つ目の診療科に限り、38点（注2に規定する場合にあっては、28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20までに規定する加算は算定しない。</p> <p data-bbox="374 268 797 369">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。</p> <p data-bbox="374 374 797 687">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あっては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 693 797 954">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。</p> <p data-bbox="374 960 797 1244">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（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、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っては、この限りでない。</p> <p data-bbox="374 1250 797 1483">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 data-bbox="374 1489 797 1644">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20までに規定する加算は算定しない。</p> <p data-bbox="374 1649 797 1804">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 data-bbox="415 1810 797 1837">イ 時間外対応加算1 5点</p> <p data-bbox="415 1843 797 1870">ロ 時間外対応加算2 4点</p>	<p data-bbox="854 137 1236 262">ず、2つ目の診療科に限り、37点（注2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。</p> <p data-bbox="813 1489 1236 1644">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 data-bbox="854 1829 913 1856">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<u>ハ</u> 時間外対応加算 3 3点 <u>ニ</u> 時間外対応加算 4 1点	<u>ロ</u> 時間外対応加算 2 3点 <u>ハ</u> 時間外対応加算 3 1点
【点数の見直し】	<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 28点 ロ 地域包括診療加算 2 21点</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>
【点数の見直し】	<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には、認知症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 認知症地域包括診療加算 1 38点 ロ 認知症地域包括診療加算 2 31点</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>
【注の見直し】	<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> <p>注15 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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算す</p>	<p>注15 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。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	る。 注16 注15本文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。	注16 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。
【注の見直し】	注17 注15本文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。	注17 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。
【注の追加】	注18 注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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、抗菌薬適正使用体制加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。	(新設)
【注の削除】	(削る)	注18 再診に係る十分な情報を取得する体制と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を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
【注の追加】	注19 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	(新設)
【注の追加】	注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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。	(新設)
A 002 外来診療料 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【点数の見直し】	A 002 外来診療料 76点 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、75点を算定する。 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	A 002 外来診療料 74点 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。 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

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<p>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。)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、<u>56点</u>を算定する。</p>	<p>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。)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、<u>55点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<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、<u>56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、<u>55点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<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、<u>56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、<u>55点</u>を算定する。</p>
【点数の見直し】	<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、別の診療料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つ目の診療料に限り<u>38点</u>(注2から注4までに規定する場合にあっては、<u>28点</u>)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11までに規定する加算は算定しない。</p> <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)、骨髓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>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、別の診療料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つ目の診療料に限り<u>37点</u>(注2から注4までに規定する場合にあっては、<u>27点</u>)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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>チ 膣洗浄 リ 眼処置 ヌ 睫毛拔去 ル 耳処置 ヲ 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 レ 超音波ネブライザ 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 再診に係る十分な情報を取得する体制と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を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</p>
【注の削除】	(削る)	(新設)
【注の追加】	<p>注10 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>	(新設)
【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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助 加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>A003 削除</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> <p>【通則の見直し】</p>	<p>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5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。</p> <p>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。</p> <p>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2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。</p> <p>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っては、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、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。）、第3節及び第4節（短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を算定する。</p> <p>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</p>	<p>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。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【通則の追加】</p>	<p>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>9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、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>(新設)</p>
<p>第1節 入院基本料</p> <p>A 100 一般病棟入院基本料(1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>A 100 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 1,688点</p> <p>ロ 急性期一般入院料 2 1,644点</p> <p>ハ 急性期一般入院料 3 1,569点</p> <p>ニ 急性期一般入院料 4 1,462点</p> <p>ホ 急性期一般入院料 5 1,451点</p> <p>ヘ 急性期一般入院料 6 1,404点</p> <p>2 地域一般入院基本料</p> <p>イ 地域一般入院料 1 1,176点</p> <p>ロ 地域一般入院料 2 1,170点</p> <p>ハ 地域一般入院料 3 1,003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、612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、</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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。</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 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。</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>イ 総合入院体制加算</p> <p>ロ 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。）</p> <p>ハ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ニ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ホ 紹介受診重点医療機関入院診療加算</p> <p>ヘ 救急医療管理加算</p> <p>ト 超急性期脳卒中加算</p> <p>チ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>リ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヌ 診療録管理体制加算</p> <p>ル 医師事務作業補助体制加算</p> <p>ヲ 急性期看護補助体制加算</p> <p>ワ 看護職員夜間配置加算</p> <p>カ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>コ 特定感染症入院医療管理加算</p> <p>ク 難病等特別入院診療加算</p> <p>ケ 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>コ 看護配置加算</p> <p>サ 看護補助加算</p> <p>シ 地域加算</p> <p>タ 離島加算</p> <p>チ 療養環境加算</p> <p>ツ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>テ 特定感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ト 重症者等療養環境特別加算</p> <p>ナ 小児療養環境特別加算</p> <p>ヘ 無菌治療室管理加算</p> <p>ホ 放射線治療病室管理加算</p> <p>ヘ 緩和ケア診療加算</p> <p>ト 小児緩和ケア診療加算</p> <p>チ 精神科リエゾンチーム加算</p> <p>リ 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ニ 依存症入院医療管理加算</p> <p>ホ 摂食障害入院医療管理加算</p> <p>ロ がん拠点病院加算</p> <p>コ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（急性期一般入院基本料に限る。）</p> <p>サ 栄養サポートチーム加算</p> <p>キ 医療安全対策加算</p> <p>ユ 感染対策向上加算</p> <p>メ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ミ 報告書管理体制加算</p> <p>シ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>エ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>ヒ 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。）</p> <p>モ 呼吸ケアチーム加算</p> <p>セ 術後疼痛管理チーム加算（急性期一般入院基本料に限る。）</p> <p>ス 後発医薬品使用体制加算</p> <p>ン バイオ後続品使用体制加算</p> <p>イイ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>イロ データ提出加算</p> <p>イハ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）</p> <p>イニ 医療的ケア児（者）入院前支援加算</p>	<p>(新設)</p> <p>ヨ (略)</p> <p>タ (略)</p> <p>レ (略)</p> <p>ソ (略)</p> <p>ツ (略)</p> <p>ネ (略)</p> <p>ナ (略)</p> <p>ラ (略)</p> <p>ム 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ウ (略)</p> <p>キ (略)</p> <p>ノ (略)</p> <p>オ (略)</p> <p>ク (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ヤ (略)</p> <p>マ (略)</p> <p>ケ (略)</p> <p>フ (略)</p> <p>コ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>エ (略)</p> <p>テ (略)</p> <p>ア (略)</p> <p>サ (略)</p> <p>キ (略)</p> <p>ユ (略)</p> <p>メ (略)</p> <p>ミ (略)</p> <p>シ (略)</p> <p>エ (略)</p> <p>ヒ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>モ (略)</p> <p>セ (略)</p> <p>ス (略)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	イホ 認知症ケア加算 イヘ せん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。） イト 精神疾患診療体制加算 イチ 薬剤総合評価調整加算 イリ 排尿自立支援加算 イヌ 地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。） イル 協力対象施設入所者入院加算	ン（略） イイ（略） イロ（略） イハ（略） イニ（略） イホ（略）
【注の削除】	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。 （削る）	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）	A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	
【点数の見直し】 【項目の見直し】	1 療養病棟入院料1 イ 入院料1 1,964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。）を受ける場合にあつては、1,949点） ロ 入院料2 1,909点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,895点） ハ 入院料3 1,621点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,607点） ニ 入院料4 1,692点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,677点） ホ 入院料5 1,637点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,623点） ヘ 入院料6 1,349点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,335点） ト 入院料7 1,644点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,629点） チ 入院料8 1,589点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,575点） リ 入院料9 1,301点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,287点） ヌ 入院料10 1,831点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,816点） ル 入院料11 1,776点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,762点） ラ 入院料12 1,488点 （生活療養を受ける場合にあつては、	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。）を受ける場合にあつては、1,798点） ロ 入院料B 1,758点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,744点） ハ 入院料C 1,471点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,457点） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

項 目	改 正 後	改 正 前
	1,474点)	
ワ	入院料13 1,455点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,440点)	ニ 入院料D 1,414点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,399点)
カ	入院料14 1,427点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,413点)	ホ 入院料E 1,386点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,372点)
ヨ	入院料15 1,273点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,258点)	ヘ 入院料F 1,232点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,217点)
タ	入院料16 1,371点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,356点)	(新設)
レ	入院料17 1,343点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,329点)	(新設)
ソ	入院料18 1,189点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,174点)	(新設)
ツ	入院料19 1,831点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,816点)	(新設)
ネ	入院料20 1,776点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,762点)	(新設)
ナ	入院料21 1,488点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,474点)	(新設)
ラ	入院料22 1,442点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,427点)	(新設)
ム	入院料23 1,414点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,400点)	(新設)
ウ	入院料24 1,260点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,245点)	(新設)
キ	入院料25 983点 (生活療養を受ける場合にあつては、 968点)	ト 入院料G 968点 (生活療養を受ける場合にあつては、 953点)
ノ	入院料26 935点 (生活療養を受ける場合にあつては、 920点)	チ 入院料H 920点 (生活療養を受ける場合にあつては、 905点)
オ	入院料27 830点 (生活療養を受ける場合にあつては、 816点)	リ 入院料I 815点 (生活療養を受ける場合にあつては、 801点)
ク	入院料28 1,831点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,816点)	(新設)
ヤ	入院料29 1,776点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,762点)	(新設)
マ	入院料30 1,488点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,474点)	(新設)
2	療養病棟入院料2	2 療養病棟入院料2
イ	入院料1 1,899点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,885点)	イ 入院料A 1,748点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,734点)
ロ	入院料2 1,845点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,831点)	ロ 入院料B 1,694点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,680点)
ハ	入院料3 1,556点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,542点)	ハ 入院料C 1,406点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,392点)

項 目	改 正 後	改 正 前
ニ	入院料4 1,627点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,613点)	(新設)
ホ	入院料5 1,573点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,559点)	(新設)
ハ	入院料6 1,284点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,270点)	(新設)
ト	入院料7 1,579点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,565点)	(新設)
チ	入院料8 1,525点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,511点)	(新設)
リ	入院料9 1,236点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,222点)	(新設)
ヌ	入院料10 1,766点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,752点)	(新設)
ル	入院料11 1,712点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,698点)	(新設)
ヲ	入院料12 1,423点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,409点)	(新設)
ワ	入院料13 1,389点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,375点)	ニ 入院料D 1,349点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,335点)
カ	入院料14 1,362点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,347点)	ホ 入院料E 1,322点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,307点)
ヨ	入院料15 1,207点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,193点)	ハ 入院料F 1,167点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,153点)
タ	入院料16 1,305点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,291点)	(新設)
レ	入院料17 1,278点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,263点)	(新設)
ソ	入院料18 1,123点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,109点)	(新設)
ツ	入院料19 1,766点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,752点)	(新設)
ネ	入院料20 1,712点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,698点)	(新設)
ナ	入院料21 1,423点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,409点)	(新設)
ラ	入院料22 1,376点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,362点)	(新設)
ム	入院料23 1,349点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,334点)	(新設)
ウ	入院料24 1,194点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,180点)	(新設)
キ	入院料25 918点 (生活療養を受ける場合にあつては、	ト 入院料G 903点 (生活療養を受ける場合にあつては、

項 目	改 正 後	改 正 前
	904点) ノ 入院料26 870点 (生活療養を受ける場合にあつては、 856点)	889点) チ 入院料H 855点 (生活療養を受ける場合にあつては、 841点)
	オ 入院料27 766点 (生活療養を受ける場合にあつては、 751点)	リ 入院料I 751点 (生活療養を受ける場合にあつては、 736点)
	ク 入院料28 1,766点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,752点)	(新設)
	ヤ 入院料29 1,712点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,698点)	(新設)
	マ 入院料30 1,423点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,409点)	(新設)
【注の見直し】	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。）であつて、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1から3まで、10から12まで又は19から21までのいずれかを算定する場合であつて、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4から6まで、13から15まで又は22から24までのいずれかを算定し、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27を算定する。	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。）であつて、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つて、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。
【点数の見直し】	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、582点（生活療養を受ける場合にあつては、568点）を算定できる。	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つては、563点）を算定できる。
	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。	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>イ 褥瘡対策加算1 15点</p> <p>ロ 褥瘡対策加算2 5点</p> <p>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>注6 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。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院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>ヌ 離島加算</p> <p>ル H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ヲ 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>ヨ 栄養サポートチーム加算</p> <p>タ 医療安全対策加算</p> <p>レ 感染対策向上加算</p> <p>ソ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ツ 報告書管理体制加算</p> <p>ネ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>ナ データ提出加算</p> <p>ラ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）</p> <p>ム 医療的ケア児（者）入院前支援加算</p> <p>ウ 認知症ケア加算</p> <p>ヰ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ノ 排尿自立支援加算</p> <p>オ 協力対象施設入所者入院加算</p>	<p>(新設)</p> <p>ム (略)</p> <p>ウ (略)</p> <p>ヰ (略)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	<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>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。 (削る)</p>	<p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であつて、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数（入院料D、E又はFを算定する場合であつて、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。 (新設)</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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、経腸栄養管理加算として、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300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、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料又は区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。</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、夜間看護加算として、1日に</p>	<p>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、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	つき50点を所定点数に加算する。この場合において注13に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。 (削る) (削る)	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。
【注の追加】	注13 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。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。 イ 看護補助体制充実加算1 80点 ロ 看護補助体制充実加算2 65点 ハ 看護補助体制充実加算3 55点	イ 夜間看護加算 50点 ロ 看護補助体制充実加算 55点 (新設)
A 102 結核病棟入院基本料 (1日につき)	A 102 結核病棟入院基本料 (1日につき)	
【点数の見直し】	1 7対1入院基本料 1,677点 2 10対1入院基本料 1,405点 3 13対1入院基本料 1,182点 4 15対1入院基本料 1,013点 5 18対1入院基本料 868点 6 20対1入院基本料 819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
【点数の見直し】	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。 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、586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、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。 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。 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。	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、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。

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 397 255 421">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="417 131 797 208">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 data-bbox="417 214 797 291">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 data-bbox="417 297 797 374">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 data-bbox="417 380 797 423">ニ 61日以上90日以内の期間 100点</p> <p data-bbox="375 397 797 500">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 data-bbox="417 506 735 529">イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p data-bbox="417 535 694 558">ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p data-bbox="417 564 773 587">ハ 紹介受診重点医療機関入院診療加算</p> <p data-bbox="417 593 614 616">ニ 救急医療管理加算</p> <p data-bbox="417 622 675 645">ホ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p data-bbox="417 651 694 674">ヘ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p data-bbox="417 680 633 703">ト 診療録管理体制加算</p> <p data-bbox="417 709 797 770">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 data-bbox="417 776 655 799">リ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p data-bbox="417 805 797 867">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 data-bbox="417 873 797 935">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 data-bbox="417 940 577 964">ヲ 看護配置加算</p> <p data-bbox="417 969 577 993">ワ 看護補助加算</p> <p data-bbox="417 998 536 1022">カ 地域加算</p> <p data-bbox="417 1027 536 1051">コ 離島加算</p> <p data-bbox="417 1056 577 1079">タ 療養環境加算</p> <p data-bbox="417 1085 735 1108">レ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p data-bbox="417 1114 755 1137">ソ 特定感染症患者療養環境特別加算</p> <p data-bbox="417 1143 675 1166">ツ 栄養サポートチーム加算</p> <p data-bbox="417 1172 614 1195">ネ 医療安全対策加算</p> <p data-bbox="417 1201 614 1224">ナ 感染対策向上加算</p> <p data-bbox="417 1230 694 1253">ラ 患者サポート体制充実加算</p> <p data-bbox="417 1259 633 1282">ム 報告書管理体制加算</p> <p data-bbox="417 1288 714 1311">ウ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p data-bbox="417 1317 675 1340">キ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p data-bbox="417 1346 675 1369">ノ 術後疼痛管理チーム加算</p> <p data-bbox="417 1375 675 1398">オ 後発医薬品使用体制加算</p> <p data-bbox="417 1404 694 1427">ク バイオ後続品使用体制加算</p> <p data-bbox="417 1433 675 1456">ヤ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p data-bbox="417 1462 595 1485">マ データ提出加算</p> <p data-bbox="417 1491 797 1553">ケ 入院支援加算(1のロ又は2のロに限る。)</p> <p data-bbox="417 1559 773 1582">フ 医療的ケア児(者)入院前支援加算</p> <p data-bbox="417 1588 595 1611">コ 認知症ケア加算</p> <p data-bbox="417 1617 655 1640">エ 精神疾患診療体制加算</p> <p data-bbox="417 1646 655 1669">テ 薬剤総合評価調整加算</p> <p data-bbox="417 1675 614 1698">ア 排尿自立支援加算</p> <p data-bbox="417 1704 797 1765">サ 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 data-bbox="417 1771 714 1794">キ 協力対象施設入所者入院加算</p>	<p data-bbox="856 1060 1195 1083">ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p data-bbox="856 1327 911 1350">(新設)</p> <p data-bbox="856 1356 930 1379">ク (略)</p> <p data-bbox="856 1385 930 1408">ヤ (略)</p> <p data-bbox="856 1414 930 1437">マ (略)</p> <p data-bbox="856 1462 911 1485">(新設)</p> <p data-bbox="856 1491 930 1514">ケ (略)</p> <p data-bbox="856 1520 930 1543">フ (略)</p> <p data-bbox="856 1549 930 1572">コ (略)</p> <p data-bbox="856 1578 930 1601">エ (略)</p> <p data-bbox="856 1607 930 1630">テ (略)</p> <p data-bbox="856 1675 911 1698">(新設)</p>
	<p data-bbox="138 1696 275 1719">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="375 1696 797 1852">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だけ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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																														
	<p>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、<u>596点</u>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た病棟（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>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、<u>591点</u>を算定できる。</p>																														
<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>																															
<p>【点数の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>10対1入院基本料</td> <td><u>1,306点</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>13対1入院基本料</td> <td><u>973点</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15対1入院基本料</td> <td><u>844点</u></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>18対1入院基本料</td> <td><u>753点</u></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>20対1入院基本料</td> <td><u>697点</u></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>	1	10対1入院基本料	<u>1,306点</u>	2	13対1入院基本料	<u>973点</u>	3	15対1入院基本料	<u>844点</u>	4	18対1入院基本料	<u>753点</u>	5	20対1入院基本料	<u>697点</u>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>10対1入院基本料</td> <td><u>1,287点</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>13対1入院基本料</td> <td><u>958点</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15対1入院基本料</td> <td><u>830点</u></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>18対1入院基本料</td> <td><u>740点</u></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>20対1入院基本料</td> <td><u>685点</u></td> </tr> </table>	1	10対1入院基本料	<u>1,287点</u>	2	13対1入院基本料	<u>958点</u>	3	15対1入院基本料	<u>830点</u>	4	18対1入院基本料	<u>740点</u>	5	20対1入院基本料	<u>685点</u>
1	10対1入院基本料	<u>1,306点</u>																														
2	13対1入院基本料	<u>973点</u>																														
3	15対1入院基本料	<u>844点</u>																														
4	18対1入院基本料	<u>753点</u>																														
5	20対1入院基本料	<u>697点</u>																														
1	10対1入院基本料	<u>1,287点</u>																														
2	13対1入院基本料	<u>958点</u>																														
3	15対1入院基本料	<u>830点</u>																														
4	18対1入院基本料	<u>740点</u>																														
5	20対1入院基本料	<u>685点</u>																														
<p>【点数の見直し】</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、<u>566点</u>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</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、<u>561点</u>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</p>																														

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の見直し]</p>	<p>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>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 特定感染症入院医療管理加算</p> <p>ル 難病等特別入院診療加算</p> <p>ヲ 特殊疾患入院施設管理加算</p> <p>ワ 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>カ 看護配置加算</p> <p>ヨ 看護補助加算</p> <p>タ 地域加算</p> <p>レ 離島加算</p> <p>ソ 療養環境加算</p> <p>ツ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ネ 特定感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ナ 精神科措置入院診療加算 (削る)</p>	<p>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>(新設)</p> <p>ヌ (略)</p> <p>ル (略)</p> <p>ヲ (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 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ネ (略)</p> <p>ナ 精神科措置入院退院支援加算</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>ラ 精神科応急入院施設管理加算</p> <p>ム 精神科隔離室管理加算</p> <p>ウ 精神科棟入院時医学管理加算</p> <p>ヰ 精神科地域移行実施加算</p> <p>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。）</p> <p>オ 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ク 依存症入院医療管理加算</p> <p>ヤ 摂食障害入院医療管理加算</p> <p>マ 栄養サポートチーム加算</p> <p>ケ 医療安全対策加算</p> <p>フ 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>エ 報告書管理体制加算</p> <p>テ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>ア ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>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。）</p> <p>キ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算</p> <p>ユ 後発医薬品使用体制加算</p> <p>メ <u>バイオ後続品使用体制加算</u></p> <p>ミ <u>病棟薬剤業務実施加算1</u></p> <p>シ データ提出加算</p> <p>エ 精神科入退院支援加算</p> <p>ヒ 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。）</p> <p>モ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>セ 排尿自立支援加算</p> <p>ス 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。）</p> <p>ン <u>協力対象施設入所者入院加算</u></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A246-2に掲げる精神科入退院支援加算、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。</p> <p>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。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、<u>576点</u>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</p>	<p>(新設)</p> <p>メ (略)</p> <p>ミ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>シ (略)</p> <p>エ (略)</p> <p>ヒ (略)</p> <p>モ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>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。</p> <p>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。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、<u>571点</u>を算定できる。</p>

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>【点数の見直し】</p>	<p>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 1,822点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,458点</p> <p>2 結核病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,822点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,458点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,228点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 1,053点</p> <p>3 精神病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,551点</p> <p>ロ 10対1入院基本料 1,393点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,038点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 948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> <p>(4) 91日以上180日以内の期間 30点</p> <p>(5) 181日以上1年以内の期間 15点</p> <p>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。</p> <p>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</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	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 特定感染症入院医療管理加算	(新設)
	<u>ヲ</u> 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。）	<u>ル</u> (略)
	<u>ヅ</u> 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	<u>ヲ</u> (略)
	<u>カ</u> 看護補助加算（一般病棟を除く。）	<u>ワ</u> 看護補助加算
	<u>ヨ</u> 地域加算	<u>カ</u> (略)
	<u>タ</u> 離島加算	<u>ヨ</u> (略)
	<u>レ</u> 療養環境加算	<u>タ</u> (略)
	<u>ソ</u> HIV感染者療養環境特別加算	<u>レ</u> (略)
	<u>ツ</u> 特定感染症患者療養環境特別加算	<u>ソ</u> 二類感染症患者療養環境特別加算
	<u>ネ</u> 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	<u>ツ</u> (略)
	<u>ナ</u> 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	<u>ネ</u> (略)
<u>ラ</u> 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）	<u>ナ</u> (略)	
<u>ム</u> 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）	<u>ラ</u> (略)	
<u>ウ</u> 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	<u>ム</u> (略)	
<u>キ</u> 小児緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	<u>ウ</u> (新設)	
<u>ク</u> 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）	<u>キ</u> (略)	
(削る)	<u>キ</u> 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）	
<u>オ</u> 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）	<u>ク</u> (略)	
<u>ケ</u> 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）	<u>オ</u> (略)	
<u>ヤ</u> 精神病棟入院時医学管理加算（精神病	<u>ケ</u> (略)	

項 目	改 正 後	改 正 前
	棟に限る。)	
	<u>マ</u> 精神科地域移行実施加算 (精神病棟に限る。)	<u>ヤ</u> (略)
	<u>ケ</u> 精神科身体合併症管理加算 (精神病棟に限る。)	<u>マ</u> (略)
	<u>フ</u> 精神科リエゾンチーム加算 (一般病棟に限る。)	<u>ケ</u> (略)
	<u>コ</u> 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。)	<u>フ</u> (略)
	<u>エ</u> 依存症入院医療管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。)	<u>コ</u> (略)
	<u>テ</u> 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。)	<u>エ</u> (略)
	<u>ア</u> がん拠点病院加算 (一般病棟に限る。)	<u>テ</u> (略)
	<u>サ</u> <u>リハビリテーション・栄養・口腔連携</u> 体制加算 (一般病棟に限る。)	(新設)
	<u>キ</u> 栄養サポートチーム加算	<u>ア</u> (略)
	<u>ユ</u> 医療安全対策加算	<u>サ</u> (略)
	<u>メ</u> 感染対策向上加算	<u>キ</u> (略)
	<u>ミ</u> 患者サポート体制充実加算	<u>ユ</u> (略)
	<u>シ</u> 報告書管理体制加算	<u>メ</u> (略)
	<u>エ</u> 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<u>ミ</u> (略)
	<u>ヒ</u> ハイリスク妊娠管理加算	<u>シ</u> (略)
	<u>モ</u> 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。)(一般病棟又は精神病棟に限る。)	<u>エ</u> (略)
	<u>セ</u> 呼吸ケアチーム加算 (一般病棟に限る。)	<u>ヒ</u> (略)
	<u>ス</u> 術後疼痛管理チーム加算 (一般病棟又は結核病棟に限る。)	<u>モ</u> (略)
	<u>ン</u> 後発医薬品使用体制加算	<u>セ</u> (略)
	<u>イイ</u> バイオ後続品使用体制加算	(新設)
	<u>イロ</u> 病棟薬剤業務実施加算 1	<u>ス</u> (略)
	<u>イハ</u> データ提出加算	<u>ン</u> (略)
	<u>イニ</u> 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。)	<u>イイ</u> (略)
	<u>イホ</u> 精神科入退院支援加算 (精神病棟に限る。)	(新設)
	<u>イヘ</u> 医療的ケア児(者)入院前支援加算 (一般病棟又は結核病棟に限る。)	(新設)
	<u>イト</u> 認知症ケア加算 (一般病棟又は結核病棟に限る。)	<u>イロ</u> (略)
	<u>イチ</u> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (一般病棟に限る。)	<u>イハ</u> (略)
	<u>イリ</u> 精神疾患診療体制加算 (精神病棟を除く。)	<u>イニ</u> (略)
	<u>イヌ</u> 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。)	<u>イホ</u> (略)
	<u>イル</u> 薬剤総合評価調整加算	<u>イヘ</u> (略)
	<u>イラ</u> 排尿自立支援加算	<u>イト</u> (略)
	<u>イワ</u> 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。)	<u>イチ</u> (略)
	<u>イカ</u> 協力対象施設入所者入院加算	(新設)
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。	
[注の削除]	(削る)	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

項 目	改 正 後	改 正 前																								
【注の見直し】	<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に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、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>	<p>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> <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>																								
【注の削除】	(削る)	<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>																								
A 105 専門病院入院基本料 (1日につき)	A 105 専門病院入院基本料 (1日につき)																									
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1,705点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,421点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1,191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、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p>	1	7対1入院基本料	1,705点	2	10対1入院基本料	1,421点	3	13対1入院基本料	1,191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	<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>	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
1	7対1入院基本料	1,705点																								
2	10対1入院基本料	1,421点																								
3	13対1入院基本料	1,191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																								

項 目	改 正 後	改 正 前	
【注の見直し】	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。		
	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。		
	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。		
	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。		
	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 特定感染症入院医療管理加算	(新設)	
	レ 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。)	ル (略)	
	ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	ヲ (略)	
	カ 看護補助加算	ワ (略)	
	コ 地域加算	カ (略)	
	ク 離島加算	コ (略)	
	ケ 療養環境加算	ク (略)	
	コ HIV感染者療養環境特別加算	レ (略)	
	ソ 特定感染症患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	
	ネ 重症者等療養環境特別加算	ソ (略)	
	ナ 小児療養環境特別加算	ネ (略)	
	ラ 無菌治療室管理加算	ナ (略)	
	ム 放射線治療病室管理加算	ラ (略)	
	ウ 緩和ケア診療加算	ム (略)	
	キ 小児緩和ケア診療加算	(新設)	
ノ 精神科リエゾンチーム加算	ウ (略)		
オ 強度行動障害入院医療管理加算	キ (略)		
ク 依存症入院医療管理加算	ノ (略)		
ヤ 摂食障害入院医療管理加算	オ (略)		
マ がん拠点病院加算	ク (略)		
ケ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(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。)	(新設)		
フ 栄養サポートチーム加算	ヤ (略)		
コ 医療安全対策加算	マ (略)		
エ 感染対策向上加算	ケ (略)		
テ 患者サポート体制充実加算	フ (略)		
ア 報告書管理体制加算	コ (略)		
サ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	エ (略)		

項 目	改 正 後	改 正 前																								
	<p>キ ハイリスク妊娠管理加算</p> <p>ユ 呼吸ケアチーム加算</p> <p>メ 術後疼痛管理チーム加算</p> <p>ミ 後発医薬品使用体制加算</p> <p>シ バイオ後続品使用体制加算</p> <p>エ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>ヒ データ提出加算</p> <p>モ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。）</p> <p>セ 医療的ケア児（者）入院前支援加算</p> <p>ス 認知症ケア加算</p> <p>ン 精神疾患診療体制加算</p> <p>イイ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>イロ 排尿自立支援加算</p> <p>イハ 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>イニ 協力対象施設入所者入院加算</p>	<p>テ (略)</p> <p>ア (略)</p> <p>サ (略)</p> <p>キ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ユ (略)</p> <p>メ (略)</p> <p>ミ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>シ (略)</p> <p>エ (略)</p> <p>ヒ (略)</p> <p>モ (略)</p> <p>セ (略)</p>																								
【注の削除】	<p>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。</p> <p>(削る)</p>	<p>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。</p>																								
A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）	<p>注9 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。</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10 (略)</p>																								
【点数の見直し】	<p>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1,637点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,375点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1,155点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>1,010点</td> </tr> </table>	1	7対1入院基本料	1,637点	2	10対1入院基本料	1,375点	3	13対1入院基本料	1,155点	4	15対1入院基本料	1,010点	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7対1入院基本料</td> <td>1,615点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10対1入院基本料</td> <td>1,356点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>1,138点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>995点</td> </tr> </table>	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
1	7対1入院基本料	1,637点																								
2	10対1入院基本料	1,375点																								
3	13対1入院基本料	1,155点																								
4	15対1入院基本料	1,010点																								
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】	<p>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</p>	<p>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</p>																								

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 312点</p> <p>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13の規定にかかわらず、特定入院基本料として984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、878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6の3(2)のロの④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</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,517点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,377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</p>	<p>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)のロ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</p> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,496点</p> <p>(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</p>
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	(1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,362点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,224点</u> 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 (1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,262点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,124点</u>	(1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,343点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,206点</u> 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 (1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,244点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,107点</u>
【注の見直し】	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。 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 特定感染症入院医療管理加算 ト 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。） チ 特殊疾患入院施設管理加算 リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ヌ 看護配置加算 ル 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） ヲ 地域加算 ヲ 離島加算 カ 療養環境加算 コ H I V感染者療養環境特別加算 ケ 特定感染症患者療養環境特別加算 ケ 重症者等療養環境特別加算 コ 強度行動障害入院医療管理加算 ケ 栄養サポートチーム加算 コ 医療安全対策加算 ケ 感染対策向上加算 コ 患者サポート体制充実加算 ケ 報告書管理体制加算 コ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ケ 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。） コ バイオ後続品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。） コ データ提出加算 ケ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。） ヤ 医療的ケア児（者）入院前支援加算 マ 認知症ケア加算 ケ 排尿自立支援加算 コ 協力対象施設入所者入院加算	(新設) ヘ (略) ト (略) チ (略) リ (略) ヌ (略) ル (略) ヲ (略) カ (略) コ 二類感染症患者療養環境特別加算 タ (略) レ (略) ソ (略) ツ (略) ネ (略) ナ (略) ラ (略) ム (略) ウ (略) (新設) キ (略) ノ (略) (新設) オ (略) ク (略) (新設)
【注の見直し】	注8 注6、注13又は注14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。	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。

項 目	改 正 後	改 正 前												
【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、<u>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。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。</u></p> <p>(削る)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>146点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>121点</td> </tr> </table> <p>(削る)</p>	イ 14日以内の期間	146点	ロ 15日以上30日以内の期間	121点	<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、<u>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。</u></p> <p>イ 看護補助加算</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) 14日以内の期間</td> <td>146点</td> </tr> <tr> <td>(2) 15日以上30日以内の期間</td> <td>121点</td> </tr> </table> <p>ロ 看護補助体制充実加算</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) 14日以内の期間</td> <td>151点</td> </tr> <tr> <td>(2) 15日以上30日以内の期間</td> <td>126点</td> </tr> </table>	(1) 14日以内の期間	146点	(2) 15日以上30日以内の期間	121点	(1) 14日以内の期間	151点	(2) 15日以上30日以内の期間	126点
イ 14日以内の期間	146点													
ロ 15日以上30日以内の期間	121点													
(1) 14日以内の期間	146点													
(2) 15日以上30日以内の期間	121点													
(1) 14日以内の期間	151点													
(2) 15日以上30日以内の期間	126点													
【注の追加】	<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、<u>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。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 14日以内の期間</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) 看護補助体制充実加算 1</td> <td>176点</td> </tr> <tr> <td>(2) 看護補助体制充実加算 2</td> <td>161点</td> </tr> <tr> <td>(3) 看護補助体制充実加算 3</td> <td>151点</td> </tr> </table> <p>ロ 15日以上30日以内の期間</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) 看護補助体制充実加算 1</td> <td>151点</td> </tr> <tr> <td>(2) 看護補助体制充実加算 2</td> <td>136点</td> </tr> <tr> <td>(3) 看護補助体制充実加算 3</td> <td>126点</td> </tr> </table>	(1) 看護補助体制充実加算 1	176点	(2) 看護補助体制充実加算 2	161点	(3) 看護補助体制充実加算 3	151点	(1) 看護補助体制充実加算 1	151点	(2) 看護補助体制充実加算 2	136点	(3) 看護補助体制充実加算 3	126点	<p>(新設)</p>
(1) 看護補助体制充実加算 1	176点													
(2) 看護補助体制充実加算 2	161点													
(3) 看護補助体制充実加算 3	151点													
(1) 看護補助体制充実加算 1	151点													
(2) 看護補助体制充実加算 2	136点													
(3) 看護補助体制充実加算 3	126点													
【点数の見直し】	<p>注11 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、<u>夜間看護体制加算として、入院初日に限り161点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注12 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、<u>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>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10 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、<u>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>注11 (略)</p>												
【点数の見直し】	<p>注13 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6の3(2)のロの④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</p>	<p>注12 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。</p> <p>イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本</p>												

項 目	改 正 後	改 正 前
	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 <u>1,364点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,239点</u> 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 <u>1,225点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,100点</u> 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 (1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,135点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,010点</u>	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 <u>1,345点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,221点</u> 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 <u>1,207点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>1,084点</u> 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 (1) 医療区分2の患者に相当するもの <u>1,118点</u> (2) 医療区分1の患者に相当するもの <u>995点</u>
【注の追加】	注14 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注6及び注13に規定する点数を算定する患者を除く。）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。 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 <u>1,581点</u> 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 <u>1,420点</u> 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 <u>1,315点</u>	(新設)
A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）	A 107 削除	
【点数の見直し】	A 108 有床診療所入院基本料（1日につき） 1 有床診療所入院基本料1 イ 14日以内の期間 <u>932点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>724点</u> ハ 31日以上期間 <u>615点</u> 2 有床診療所入院基本料2 イ 14日以内の期間 <u>835点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>627点</u> ハ 31日以上期間 <u>566点</u> 3 有床診療所入院基本料3 イ 14日以内の期間 <u>616点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>578点</u> ハ 31日以上期間 <u>544点</u> 4 有床診療所入院基本料4 イ 14日以内の期間 <u>838点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>652点</u> ハ 31日以上期間 <u>552点</u> 5 有床診療所入院基本料5 イ 14日以内の期間 <u>750点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>564点</u> ハ 31日以上期間 <u>509点</u> 6 有床診療所入院基本料6 イ 14日以内の期間 <u>553点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>519点</u>	1 有床診療所入院基本料1 イ 14日以内の期間 <u>917点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>712点</u> ハ 31日以上期間 <u>604点</u> 2 有床診療所入院基本料2 イ 14日以内の期間 <u>821点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>616点</u> ハ 31日以上期間 <u>555点</u> 3 有床診療所入院基本料3 イ 14日以内の期間 <u>605点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>567点</u> ハ 31日以上期間 <u>534点</u> 4 有床診療所入院基本料4 イ 14日以内の期間 <u>824点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>640点</u> ハ 31日以上期間 <u>542点</u> 5 有床診療所入院基本料5 イ 14日以内の期間 <u>737点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>553点</u> ハ 31日以上期間 <u>499点</u> 6 有床診療所入院基本料6 イ 14日以内の期間 <u>543点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>509点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ハ 31日以上の期間 490点</p> <p>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。</p> <p>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。</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、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 医師配置加算1 120点</p> <p>ロ 医師配置加算2 90点</p> <p>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</p> <p>ロ 看護配置加算2 35点</p> <p>ハ 夜間看護配置加算1 105点</p> <p>ニ 夜間看護配置加算2 55点</p> <p>ホ 看護補助配置加算1 25点</p> <p>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</p>	<p>ハ 31日以上の期間 480点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	(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。	
	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 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	
	へ 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 特定感染症入院医療管理加算	(新設)
	リ 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。)	チ(略)
	ヌ 特殊疾患入院施設管理加算	リ(略)
	ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	ヌ(略)
	ラ 地域加算	ル(略)
	ワ 離島加算	ワ(略)
	カ H I V感染者療養環境特別加算	ワ(略)
	ヨ 特定感染症患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
	タ 小児療養環境特別加算	ヨ(略)
	レ 無菌治療室管理加算	タ(略)
	ソ 放射線治療病室管理加算	レ(略)
	ツ 重症皮膚潰瘍管理加算	ソ(略)
	ネ 有床診療所緩和ケア診療加算	ツ(略)
	ナ 医療安全対策加算	ネ(略)
	ラ 感染対策向上加算	ナ(略)
	ム 患者サポート体制充実加算	ラ(略)
	ウ 報告書管理体制加算	ム(略)
	キ ハイリスク妊娠管理加算	ウ(略)
	ノ 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。)	キ(略)
	オ 後発医薬品使用体制加算	ノ(略)
	ク バイオ後続品使用体制加算	(新設)
	ヤ 入退院支援加算(1のイ又は2のイに限る。)	オ(略)
	マ 医療的ケア児(者)入院前支援加算	(新設)
	ケ 薬剤総合評価調整加算	ク(略)
コ 排尿自立支援加算	ヤ(略)	
ク 協力対象施設入所者入院加算	(新設)	
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。		
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。		
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つて、別に厚生労働大臣が		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</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>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に入院してい 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 歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者） 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 介護障害連携加算1 192点 ロ 介護障害連携加算2 38点</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に入院してい 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>【点数の見直し】</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>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 1,073点 （生活療養を受ける場合にあっては、 1,058点）</p> <p>2 入院基本料B 960点 （生活療養を受ける場合にあっては、 944点）</p> <p>3 入院基本料C 841点 （生活療養を受ける場合にあっては、 826点）</p> <p>4 入院基本料D 665点 （生活療養を受ける場合にあっては、 650点）</p> <p>5 入院基本料E 575点 （生活療養を受ける場合にあっては、 560点）</p> <p>注1 有床診療所（療養病床に係るものに限 る。）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、当該患者の疾患、 状態、A D L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に限 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、493点 （生活療養を受ける場合にあっては、478 点）を算定できる。</p> <p>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、</p>	<p>1 入院基本料A 1,057点 （生活療養を受ける場合にあっては、 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っては、 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っては、 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っては、 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っては、 549点）</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に限 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っては、473 点）を算定できる。</p>
<p>【点数の見直し】</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に限 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、493点 （生活療養を受ける場合にあっては、478 点）を算定できる。</p> <p>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、</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に限 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っては、473 点）を算定できる。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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>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。</p> <p>イ 褥瘡対策加算1 15点</p> <p>ロ 褥瘡対策加算2 5点</p> <p>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>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、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。</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 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ロ 診療録管理体制加算</p> <p>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。）</p> <p>ニ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ホ 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>ヘ 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>カ 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>ク 報告書管理体制加算</p> <p>ケ 入退院支援加算（1の口又は2の口に 限る。）</p> <p>コ 医療的ケア児（者）入院前支援加算</p> <p>セ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ソ 排尿自立支援加算</p> <p>タ 協力対象施設入所者入院加算</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 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。</p>	<p>（新設）</p> <p>ソ（略）</p> <p>ツ（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		
A 200 総合入院体制加算 (1日につき)		
【点数の見直し】	A 200 総合入院体制加算 (1日につき) 1 総合入院体制加算 1 260点 2 総合入院体制加算 2 200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。	1 総合入院体制加算 1 240点 2 総合入院体制加算 2 180点
A 200-2 急性期充実体制加算 (1日につき)		
【項目の見直し】	A 200-2 急性期充実体制加算 (1日につき) 1 急性期充実体制加算 1 イ 7日以内の期間 440点 ロ 8日以上11日以内の期間 200点 ハ 12日以上14日以内の期間 120点 2 急性期充実体制加算 2 イ 7日以内の期間 360点 ロ 8日以上11日以内の期間 150点 ハ 12日以上14日以内の期間 90点	(新設) 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 (新設)
【注の見直し】	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、当該基準に係る区分に従い、かつ、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。
【注の追加】	注2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れ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、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ 急性期充実体制加算1の場合 90点 ロ 急性期充実体制加算2の場合 60点	(新設)
【注の見直し】	注3 注2に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れ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	注2 精神疾患を有する患者の受入れ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。

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 205 救急医療管理加算 (1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>る。</p> <p>A 201 削除</p> <p>A 202 削除</p> <p>A 203 削除</p> <p>A 204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日） 1,000点</p> <p>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。</p> <p>A 204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</p> <p>1 基幹型 40点</p> <p>2 協力型 20点</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>A 204-3 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>A 205 救急医療管理加算（1日につき）</p> <p>A 205 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、</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、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を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>A205-3 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>A206 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</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	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。 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。	
A 207 診療録管理体制加算(入院初日)	A 207 診療録管理体制加算(入院初日)	
【点数の見直し】	1 診療録管理体制加算 1 140点 2 診療録管理体制加算 2 100点 3 診療録管理体制加算 3 30点	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
【項目の見直し】	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。	(新設)
A 207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)	A 207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)	
【点数の見直し】	1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1補助体制加算 1,070点 ロ 20対1補助体制加算 855点 ハ 25対1補助体制加算 725点 ニ 30対1補助体制加算 630点 ホ 40対1補助体制加算 530点 ヘ 50対1補助体制加算 450点 ト 75対1補助体制加算 370点 チ 100対1補助体制加算 320点 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対1補助体制加算 995点 ロ 20対1補助体制加算 790点 ハ 25対1補助体制加算 665点 ニ 30対1補助体制加算 580点 ホ 40対1補助体制加算 495点 ヘ 50対1補助体制加算 415点 ト 75対1補助体制加算 335点 チ 100対1補助体制加算 280点	1 医師事務作業補助体制加算 1 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 2 医師事務作業補助体制加算 2 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
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A207-3 急性期看護補助体制加算(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>A207-3 急性期看護補助体制加算(1日につき)</p> <p>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>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>3 50対1急性期看護補助体制加算 200点</p> <p>4 75対1急性期看護補助体制加算 160点</p> <p>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>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>イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 125点</p> <p>ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 120点</p> <p>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 105点</p> <p>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、<u>71点を更に</u>所定点数に加算する。</p> <p>注4 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、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。ただし、当該患者について、<u>身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。</u></p> <p>イ 看護補助体制充実加算1 20点</p> <p>ロ 看護補助体制充実加算2 5点</p> <p>A207-4 看護職員夜間配置加算(1日につき)</p> <p>1 看護職員夜間12対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点</p> <p>ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点</p> <p>ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 45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病棟に入院している患者(第1節の入院基</p>	<p>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、<u>60点を更に</u>所定点数に加算する。</p> <p>注4 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<u>5点を更に</u>所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>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>A208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）</p> <p>1 乳幼児加算</p> <p>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>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>ハ 診療所の場合 289点</p> <p>2 幼児加算</p> <p>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>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>ハ 診療所の場合 239点</p> <p>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>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いる患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	
	<p>A209 特定感染症入院医療管理加算（1日につき）</p> <p><u>1 治療室の場合 200点</u></p> <p><u>2 それ以外の場合 100点</u></p> <p><u>注 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症の患者、同条第5項に規定する四類感染症の患者、同条第6項に規定する五類感染症の患者及び同条第8項に規定する指定感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。</u></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</p>	<p>A209 削除</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="127 743 367 846">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 data-bbox="127 1535 257 1564">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="367 127 806 343">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 data-bbox="367 343 806 401">A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき） 350点</p> <p data-bbox="367 401 806 743">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 data-bbox="367 850 806 904">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 data-bbox="367 904 806 1062">1 超重症児（者）入院診療加算 イ 6歳未満の場合 800点 ロ 6歳以上の場合 400点 2 準超重症児（者）入院診療加算 イ 6歳未満の場合 200点 ロ 6歳以上の場合 100点</p> <p data-bbox="367 1062 806 1294">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 data-bbox="367 1294 806 1535">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="367 1535 806 1854">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、<u>区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体強化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</u>、入院した日から起</p>	<p data-bbox="806 1535 1243 1854">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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A214 看護補助加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>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>A213 看護配置加算（1日につき） 25点 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>A214 看護補助加算（1日につき）</p> <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> <p>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>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>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176点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 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、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。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。</p> <p>イ 看護補助体制充実加算1 20点 ロ 看護補助体制充実加算2 5点</p> <p>A215 削除 A216 削除 A217 削除 A218 地域加算（1日につき）</p> <p>1 1級地 18点</p>	<p>き200点を更に所定点数に加算する。</p> <p>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>注4 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>(新設) (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 220-2 特定感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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> <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 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 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 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき） 1 個室の場合 350点 2 2人部屋の場合 150点 注 HIV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、HIV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 特定感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 1 個室加算 300点 2 陰圧室加算 200点 注 保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（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、特定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</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> <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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>して、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症</p> <p>ロ 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症</p> <p>ハ 感染症法第6条第5項に規定する四類感染症</p> <p>ニ 感染症法第6条第6項に規定する五類感染症</p> <p>ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症</p> <p>ヘ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症</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、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>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>（新設）</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注 診療所の療養病床であって、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>A 223-2 診療所療養病床療養環境改善加算（1日につき） 35点</p> <p>注 診療所の療養病床であって、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>A 224 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、治療上の必要があっ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>A 225 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、治療上の必要があっ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って、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）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、治療上の必要があっ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って、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき） 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[新設]</p>	<p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき） 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（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 226-4 小児緩和ケア診療加算（1日につき） 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において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、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（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、小児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。この場合において、区分番号A 226-2に掲げる緩和ケア診療加算は別に算定できない。</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において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児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>(新設)</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【項目の削除】</p>	<p>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>(削る)</p> <p>A 228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500点 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6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> <p>A 229 精神科隔離室管理加算（1日につき） 220点 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6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 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 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</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 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>← 第33条の7</p> <p>← 第33条の7</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																		
	<p>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> <table data-bbox="377 208 797 266"> <tr> <td>1</td> <td>7日以内</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上15日以内</td> <td>300点</td> </tr> </table> <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）</p> <p>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、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>A 231 削除</p> <p>A 231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）</p> <p>300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>A 231-3 依存症入院医療管理加算（1日につき）</p> <table data-bbox="377 1406 797 1464"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内</td> <td>100点</td> </tr> </table> <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、依存症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>A 231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）</p> <table data-bbox="377 1802 797 1860"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内</td> <td>100点</td> </tr> </table>	1	7日以内	450点	2	8日以上15日以内	300点	1	30日以内	200点	2	31日以上60日以内	100点	1	30日以内	200点	2	31日以上60日以内	100点	
1	7日以内	450点																		
2	8日以上15日以内	300点																		
1	30日以内	200点																		
2	31日以上60日以内	100点																		
1	30日以内	200点																		
2	31日以上60日以内	100点																		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A232 がん拠点病院加算 (入院初日)</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【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）</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p>イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p>ロ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750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、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。ただし、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について、1のイ又はロの当該加算の点数に代えて、それぞれ300点又は100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>A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点</p> <p>注 <u>リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進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（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成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A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。</u></p> <p>A233-2 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</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、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>A233 削除</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 234-2 感染対策向上加算（入院初日）</p>	<p>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月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月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</p> <p>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>A 234-2 感染対策向上加算（入院初日）</p> <p>1 感染対策向上加算1 710点</p> <p>2 感染対策向上加算2 175点</p> <p>3 感染対策向上加算3 75点</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 794 275 819">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="138 1006 234 1031">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 131 797 394">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 data-bbox="374 397 797 581">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、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 585 797 794">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、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、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 797 797 1006">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、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、サーベイランス強化加算として、<u>3点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1010 797 1193">注5 感染対策向上加算を算定する場合について、<u>抗菌薬の使用状況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、抗菌薬適正使用体制加算として、5点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="374 1197 797 1244">A234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点</p> <p data-bbox="374 1248 797 1483">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 data-bbox="374 1487 797 1534">A234-4 重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点</p> <p data-bbox="374 1537 797 1773">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 data-bbox="374 1777 797 1823">A234-5 報告書管理体制加算（退院時1回） 7点</p> <p data-bbox="374 1827 797 1854">注 組織的な医療安全対策の実施状況の確認に</p>	<p data-bbox="817 794 1240 1006">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、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、サーベイランス強化加算として、<u>5点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="817 1010 872 1035">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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）</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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>注3 ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、1又は2に含まれるものとする。</p> <p>A 238 削除 A 238-2 削除 A 238-3 削除 A 238-4 削除 A 238-5 削除 A 238-6 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。 A 238-7 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。 A 238-8 削除 A 238-9 削除 A 239 削除 A 240 削除 A 241 削除 A 242 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。 A 242-2 術後疼痛管理チーム加算(1日につき) 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>A 243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p>	<p>A 243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p>	
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 87点 2 後発医薬品使用体制加算 2 82点 3 後発医薬品使用体制加算 3 77点</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>【注の見直し】</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>(削る) (削る) (削る)</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。以下この区分番号において同じ。）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。ただし、この注本文の規定にかかわらず、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、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品使用体制加算 1 67点 ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62点 ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57点</p>
<p>【新設】</p>	<p>A 243-2 バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 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（特別入院基本料等含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続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。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>A 244 病棟薬剤業務実施加算</p>	<p>A 244 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</p>	<p>注（略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 396 233 421">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 608 336 633">A 245 データ提出加算</p> <p data-bbox="137 662 274 687">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="137 1619 253 1644">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="411 131 795 396"> 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 data-bbox="377 401 795 608"> <u>注 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。</u> </p> <p data-bbox="377 637 576 662">A 245 データ提出加算</p> <p data-bbox="377 668 795 1246"> 1 データ提出加算 1 (入院初日) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>145 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>215 点</u> 2 データ提出加算 2 (入院初日) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>155 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>225 点</u> 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) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>145 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>215 点</u> 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) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>155 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>225 点</u> </p> <p data-bbox="377 1251 795 1613"> 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 data-bbox="377 1619 795 1848"> 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 </p>	<p data-bbox="816 396 871 421">(新設)</p> <p data-bbox="816 668 1234 1246"> 1 データ提出加算 1 (入院初日) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>140 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>210 点</u> 2 データ提出加算 2 (入院初日) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>150 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>220 点</u> 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) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>140 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>210 点</u> 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) イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>150 点</u> ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>220 点</u> </p> <p data-bbox="816 1619 1234 1848"> 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 </p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 533 234 556">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 639 358 687">A246 入退院支援加算 (退院時1回)</p> <p data-bbox="138 1750 255 1773">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 799 527">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、精神科地域包括ケア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 data-bbox="378 533 433 556">(削る)</p> <p data-bbox="378 691 703 714">A246 入退院支援加算 (退院時1回)</p> <p data-bbox="378 720 570 743">1 入退院支援加算1</p> <p data-bbox="399 749 799 797">イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点</p> <p data-bbox="378 803 570 826">2 入退院支援加算2</p> <p data-bbox="399 832 799 880">イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点</p> <p data-bbox="378 886 799 909">3 入退院支援加算3 1,200点</p> <p data-bbox="378 915 799 1060">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 data-bbox="415 1066 799 1244">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 data-bbox="415 1250 799 1456">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 data-bbox="378 1462 799 1746">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 data-bbox="378 1752 799 1850">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</p>	<p data-bbox="854 131 1238 508">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 data-bbox="813 533 1238 639"><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。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化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、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、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</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<p>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1 240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>イ 入院時支援加算1 230点</p>
【注の追加】	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>
【新設】	<p>A246-2 精神科入退院支援加算（退院時1回） 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。ただし、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注7若しくは区分番号A312に掲げる精神療養病棟入院料の注5に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。</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、精神科入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、精神科入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。）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 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について、都</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p> <p>A 247 認知症ケア加算 (1日につき)</p>	<p>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、精神科措置入院退院支援加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算 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、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に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含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前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り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り、入院初日に限り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、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、当該加算の点数に代えて、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号A246の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。</p>	<p>(新設)</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p>A 247 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 180点 ロ 15日以上期間 34点</p> <p>2 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 112点 ロ 15日以上期間 28点</p> <p>3 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 44点 ロ 15日以上期間 10点</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>【注の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</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。この場合において、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算1を算定する場合に限る。）又は区分番号A247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア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40に相当する点数により算定する。</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>A249 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 精神病棟入院基本料等の場合 500点</p> <p>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点</p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 400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>A250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>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>A251 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>A252 地域医療体制確保加算（入院初日） 620点</p> <p>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。</p> <p>A253 協力対象施設入所者入院加算（入院初日） (新設)</p> <p><u>1</u> 往診が行われた場合 600点</p> <p><u>2</u> 1以外の場合 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おいて介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診察を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、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
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)	
【点数の見直し】	1 救命救急入院料1	
	イ 3日以内の期間 <u>10,268点</u>	イ 3日以内の期間 <u>10,223点</u>
	ロ 4日以上7日以内の期間 <u>9,292点</u>	ロ 4日以上7日以内の期間 <u>9,250点</u>
	ハ 8日以上7日以内の期間 <u>7,934点</u>	ハ 8日以上7日以内の期間 <u>7,897点</u>
【点数の見直し】	2 救命救急入院料2	
	イ 3日以内の期間 <u>11,847点</u>	イ 3日以内の期間 <u>11,802点</u>
	ロ 4日以上7日以内の期間 <u>10,731点</u>	ロ 4日以上7日以内の期間 <u>10,686点</u>
	ハ 8日以上7日以内の期間 <u>9,413点</u>	ハ 8日以上7日以内の期間 <u>9,371点</u>
【点数の見直し】	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 <u>10,268点</u>	(1) 3日以内の期間 <u>10,223点</u>
	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>9,292点</u>	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>9,250点</u>
	(3) 8日以上7日以内の期間 <u>7,934点</u>	(3) 8日以上7日以内の期間 <u>7,897点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 3日以内の期間 <u>10,268点</u>	(1) 3日以内の期間 <u>10,223点</u>
	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>9,292点</u>	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>9,250点</u>
	(3) 8日以上60日以内の期間 <u>8,356点</u>	(3) 8日以上60日以内の期間 <u>8,318点</u>
【点数の見直し】	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 <u>11,847点</u>	(1) 3日以内の期間 <u>11,802点</u>
	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,731点</u>	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,686点</u>
	(3) 8日以上7日以内の期間 <u>9,413点</u>	(3) 8日以上7日以内の期間 <u>9,371点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 3日以内の期間 <u>11,847点</u>	(1) 3日以内の期間 <u>11,802点</u>
	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,731点</u>	(2) 4日以上7日以内の期間 <u>10,686点</u>
	(3) 8日以上14日以内の期間 <u>9,413点</u>	(3) 8日以上14日以内の期間 <u>9,371点</u>
	(4) 15日以上60日以内の期間 <u>8,356点</u>	(4) 15日以上60日以内の期間 <u>8,318点</u>
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の見直し]</p>	<p>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>ロ イ以外の場合 3,000点</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>イ 救急体制充実加算1 1,500点</p> <p>ロ 救急体制充実加算2 1,000点</p> <p>ハ 救急体制充実加算3 500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>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>イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点</p> <p>ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点</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、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>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>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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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>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 第13部第1節の病理標本作製料</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の治療を行っ</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。）、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																																																																																																																												
<p>A 301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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。</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> <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> <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" data-bbox="411 1246 795 1323"> <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> <p>A 301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <table border="0" data-bbox="377 1381 795 1850"> <tr> <td>1</td> <td>特定集中治療室管理料1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>イ</td> <td>7日以内の期間</td> <td>14,406点</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロ</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>12,828点</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>特定集中治療室管理料2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>イ</td> <td>特定集中治療室管理料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1) 7日以内の期間</td> <td>14,406点</td> <td>(1) 7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(2) 8日以上7日以内の期間</td> <td>12,828点</td> <td>(2) 8日以上7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロ</td> <td>広範囲熱傷特定集中治療管理料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1) 7日以内の期間</td> <td>14,406点</td> <td>(1) 7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(2) 8日以上60日以内の期間</td> <td>13,028点</td> <td>(2) 8日以上60日以内の期間</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>特定集中治療室管理料3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>イ</td> <td>7日以内の期間</td> <td>9,890点</td> <td>イ 7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ロ</td> <td>8日以上7日以内の期間</td> <td>8,307点</td> <td>ロ 8日以上7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>特定集中治療室管理料4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>イ</td> <td>特定集中治療室管理料</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1) 7日以内の期間</td> <td>9,890点</td> <td>(1) 7日以内の期間</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(2) 8日以上7日以内の期間</td> <td>8,307点</td> <td>(2) 8日以上7日以内の期間</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	1	特定集中治療室管理料1					イ	7日以内の期間	14,406点			ロ	8日以上7日以内の期間	12,828点		2	特定集中治療室管理料2					イ	特定集中治療室管理料					(1) 7日以内の期間	14,406点	(1) 7日以内の期間			(2) 8日以上7日以内の期間	12,828点	(2) 8日以上7日以内の期間		ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料					(1) 7日以内の期間	14,406点	(1) 7日以内の期間			(2) 8日以上60日以内の期間	13,028点	(2) 8日以上60日以内の期間	3	特定集中治療室管理料3					イ	7日以内の期間	9,890点	イ 7日以内の期間		ロ	8日以上7日以内の期間	8,307点	ロ 8日以上7日以内の期間	4	特定集中治療室管理料4					イ	特定集中治療室管理料					(1) 7日以内の期間	9,890点	(1) 7日以内の期間			(2) 8日以上7日以内の期間	8,307点	(2) 8日以上7日以内の期間	<table border="0" data-bbox="830 1429 1234 1850"> <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> <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>(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> <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> <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> </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	(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	(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	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	(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
	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																																																																																																																												
1	特定集中治療室管理料1																																																																																																																													
	イ	7日以内の期間	14,406点																																																																																																																											
	ロ	8日以上7日以内の期間	12,828点																																																																																																																											
2	特定集中治療室管理料2																																																																																																																													
	イ	特定集中治療室管理料																																																																																																																												
		(1) 7日以内の期間	14,406点	(1) 7日以内の期間																																																																																																																										
		(2) 8日以上7日以内の期間	12,828点	(2) 8日以上7日以内の期間																																																																																																																										
	ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料																																																																																																																												
		(1) 7日以内の期間	14,406点	(1) 7日以内の期間																																																																																																																										
		(2) 8日以上60日以内の期間	13,028点	(2) 8日以上60日以内の期間																																																																																																																										
3	特定集中治療室管理料3																																																																																																																													
	イ	7日以内の期間	9,890点	イ 7日以内の期間																																																																																																																										
	ロ	8日以上7日以内の期間	8,307点	ロ 8日以上7日以内の期間																																																																																																																										
4	特定集中治療室管理料4																																																																																																																													
	イ	特定集中治療室管理料																																																																																																																												
		(1) 7日以内の期間	9,890点	(1) 7日以内の期間																																																																																																																										
		(2) 8日以上7日以内の期間	8,307点	(2) 8日以上7日以内の期間																																																																																																																										
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																																																																																																																												
(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																																																																																																																												
(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																																																																																																																												
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																																																																																																																												
(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																																																																																																																												

項 目	改 正 後	改 正 前
	<ul style="list-style-type: none"> □ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 <ul style="list-style-type: none"> (1) 7日以内の期間 9,890点 (2) 8日以上60日以内の期間 8,507点 5 特定集中治療室管理料 5 <ul style="list-style-type: none"> イ 7日以内の期間 8,890点 ロ 8日以上14日以内の期間 7,307点 6 特定集中治療室管理料 6 <ul style="list-style-type: none"> イ 特定集中治療室管理料 <ul style="list-style-type: none"> (1) 7日以内の期間 8,890点 (2) 8日以上14日以内の期間 7,307点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 <ul style="list-style-type: none"> (1) 7日以内の期間 8,890点 (2) 8日以上60日以内の期間 7,507点 	<ul style="list-style-type: none"> (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 <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
[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、4及び6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、4及び6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> <ul style="list-style-type: none"> 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>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> <ul style="list-style-type: none"> 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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算に限る。)、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>ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第</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、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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> <ul style="list-style-type: none"> 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。)
[注の見直し]		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="127 131 367 1690">A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="127 1690 367 1850">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="367 131 806 318">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 data-bbox="367 318 806 763">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 data-bbox="367 763 806 1052">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 data-bbox="367 1052 806 1323">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。 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> <p data-bbox="367 1323 806 1632">注7 <u>特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定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、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="367 1632 806 1850">A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p>	<p data-bbox="806 131 1238 1323">(新設)</p> <p data-bbox="806 1323 1238 1850">1 ハイケアユニット入院医療管理料 1 6,855点 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2 4,224点</p>
	<p data-bbox="367 1632 806 1850">1 ハイケアユニット入院医療管理料 1 6,889点 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2 4,250点</p> <p data-bbox="367 1850 806 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</p>	<p data-bbox="806 1632 1238 1850">1 ハイケアユニット入院医療管理料 1 6,855点 2 ハイケアユニット入院医療管理料 2 4,224点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>け出た保険医療機関において、必要があつ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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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>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 第13部第1節の病理標本作製料</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。</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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき） 6,045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、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。</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、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。</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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、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>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 第13部第1節の病理標本作製料</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。</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</p>	<p>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</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、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
<p>A 301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>A 301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)</p> <p>1 7日以内の期間 16,362点</p> <p>2 8日以上期間 14,256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、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、臓器移植を行った小児にあつては30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。</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、小児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</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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算に限る。))、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 第13部第1節の病理標本作製料</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</p>	<p>1 7日以内の期間 16,317点</p> <p>2 8日以上期間 14,211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、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。</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、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 302 新生児特定集中治療室管理料(1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p>A 302 新生児特定集中治療室管理料(1日につき)</p> <p>1 新生児特定集中治療室管理料 1 10,584点 2 新生児特定集中治療室管理料 2 8,472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A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、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>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>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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算に限る。))、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</p>	<p>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</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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p> <p>A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（1日につき） 14,539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、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、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、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、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、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して7日を限度として、所定点数を算定する。</p> <p><u>注2</u> 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重症児対応体制強化管理料に含まれるものとする。</p> <p><u>イ</u> 入院基本料</p> <p><u>ロ</u> 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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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><u>ハ</u> 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><u>ニ</u> 点滴注射</p> <p><u>ホ</u> 中心静脈注射</p> <p><u>ヘ</u> 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p><u>ト</u> 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><u>チ</u> 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>（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><u>ハ</u> 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><u>ニ</u> 点滴注射</p> <p><u>ホ</u> 中心静脈注射</p> <p><u>ヘ</u> 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p><u>ト</u> 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><u>チ</u> 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（1日につき） 14,539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、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、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、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、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、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して7日を限度として、所定点数を算定する。</p> <p><u>注2</u> 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重症児対応体制強化管理料に含まれるものとする。</p> <p><u>イ</u> 入院基本料</p> <p><u>ロ</u> 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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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><u>ハ</u> 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><u>ニ</u> 点滴注射</p> <p><u>ホ</u> 中心静脈注射</p> <p><u>ヘ</u> 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p><u>ト</u> 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><u>チ</u> 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>1 母体・胎児集中治療室管理料 7,417点</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 10,584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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われ</p>	<p>（新設）</p> <p>1 母体・胎児集中治療室管理料 7,381点</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 10,539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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われ</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>[注の見直し]</p>	<p>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、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化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>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（口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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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、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。</p>	<p>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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</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） 5,728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、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化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つては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120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つては135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つては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つては90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、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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、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、入院退院支援加算（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 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050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、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。</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つては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120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つては135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つては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つては90日）を限度として算定する。</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、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、入院退院支援加算（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>A 304 削除</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注2 入院した日から起算して14日を限度として、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3 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4 診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院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、救急医療管理加算、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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、病棟薬剤業務実施加算（1に限る。）、データ提出加算、入院院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第1部医学管理等（区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、B001に掲げる特定疾患治療管理料、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料、B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）、B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）、B001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、B001-8に掲げる臍ヘルニア圧迫指導管理料、B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、B004に掲げる退院時共同指導料1、B005に掲げる退院時共同指導料2、B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、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、B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、B005-5に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料、B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、B005-7-2に掲げる認知症療養指導料、B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、B005-9に掲げる外来排尿自立指導料、B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1、B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2、B005-11に掲げる遠隔連携診療料、B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）、B005-13に掲げるこころの連携指導料（Ⅱ）、B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、B006に掲げる救急救命管理料、B006-3に掲げる退院時リハビリテーション指導料、B007に掲げる退院前訪問指導料、B007-2に掲げる退院後訪問指導料、B008に掲げる薬剤管理指導料、B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料、B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、B010-2に掲げる診療情報連携共有料、B011に掲げる連携強化診療情報提供料、B011-3に掲げる薬剤情報提供料、B011-4に掲げる医療機器安全管理料、B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-6に掲げる栄養情報連携料、B012に掲げる傷病手当金意見書交付料、B013に掲げる療養費同意書交付料、B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料、B015に掲げる精神科退院時共同指導料及びB200に掲げる特定保険医療材料（区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、B001に掲げる特定疾患治療管理料、B001-2に掲げる小児科外来診療料、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料、B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）、B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）、B001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、B001-8に掲げる膈ヘルニア圧迫指導管理料、B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、B004に掲げる退院時共同指導料1、B</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>005に掲げる退院時共同指導料 2、B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、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、B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、B005-5に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料、B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、B005-7-2に掲げる認知症療養指導料、B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、B005-9に掲げる外来排尿自立指導料、B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料 1、B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料 2、B005-11に掲げる遠隔連携診療料、B005-12に掲げるこころの連携指導料(Ⅰ)、B005-13に掲げるこころの連携指導料(Ⅱ)、B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、B006に掲げる救急救命管理料、B006-3に掲げる退院時リハビリテーション指導料、B007に掲げる退院前訪問指導料、B007-2に掲げる退院後訪問指導料、B008に掲げる薬剤管理指導料、B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料、B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、B010-2に掲げる診療情報連携共有料、B011に掲げる連携強化診療情報提供料、B011-3に掲げる薬剤情報提供料、B011-4に掲げる医療機器安全管理料、B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-6に掲げる栄養情報連携料、B012に掲げる傷病手当金意見書交付料、B013に掲げる療養費同意書交付料、B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料及びB015に掲げる精神科退院時共同指導料に係るものに限る。)を除く。</p> <p>二 第3部検査(区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、D295に掲げる関節鏡検査(片側)、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコプを用いた咽頭画像等解析(インフルエンザの診断の補助に用いるもの)、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(部位を問わず一連につき)、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコープ、D300に掲げる中耳ファイバースコープ、D300-2に掲げる顎関節鏡検査(片側)、D302に掲げる気管支ファイバースコープ、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコープ、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、D</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>309に掲げる胆道ファイバースコピー、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコピー、D312-2に掲げる回腸囊ファイバースコピー、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコピー、D316に掲げるクルドスコピー、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、D320に掲げるヒステロスコピー、D321に掲げるコルポスコピー、D322に掲げる子宮ファイバースコピー、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髄穿刺、D404-2に掲げる骨髄生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、D412-2に掲げる経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法（1臓器につき）、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）、D415-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D415-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腔部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取、D419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査、D500に掲げる薬剤（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファ</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>イバースコピー（部位を問わず一連につき）、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコピー、D300に掲げる中耳ファイバースコピー、D300-2に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気管支ファイバースコピー、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコピー、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、D309に掲げる胆道ファイバースコピー、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコピー、D312-2に掲げる回腸囊ファイバースコピー、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコピー、D316に掲げるクルドスコピー、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、D320に掲げるヒステロスコピー、D321に掲げるコルポスコピー、D322に掲げる子宮ファイバースコピー、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髓穿刺、D404-2に掲げる骨髓生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、D412-2に掲げる経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法（1臓器につき）、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）、D415-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D415-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腔部等からの</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p> <u>検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に係るものに限る。）及びD600に掲げる特定保険医療材料（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき）、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコープ、D300に掲げる中耳ファイバースコープ、D300-2に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気管支ファイバースコープ、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコープ、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、D309に掲げる胆道ファイバースコープ、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコープ、D312-2に掲げる回腸鏡ファイバースコープ、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコープ、D316に掲げるクルドスコープ、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコープ（片側）、D320に掲げるヒステロスコープ、D321に掲げるコルポスコープ、D322に掲げる子宮ファイバースコープ、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髄穿刺、D404-2に掲げる骨髄生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、D412-2に掲げる経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頭静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針</u> </p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法（1臓器につき）、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EUS-TBNA）、D415-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D415-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腔部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に係るものに限る。）を除く。）</p> <p>ホ 第4部画像診断（通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2、画像診断管理加算3及び画像診断管理加算4、区分番号E003に掲げる造影剤注入手技（3のイ（注1及び注2を含む。）に限る。）、E300に掲げる薬剤（区分番号E003に掲げる造影剤注入手技（3のイ（注1及び注2を含む。）に限る。）に係るものに限る。）並びにE401に掲げる特定保険医療材料（区分番号E003に掲げる造影剤注入手技（3のイ（注1及び注2を含む。）に限る。）に係るものに限る。）を除く。）</p> <p>ヘ 第5部投薬（除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</p> <p>ト 第6部注射（区分番号G020に掲げる無菌製剤処理料及び除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）</p> <p>チ 第7部第2節薬剤料</p> <p>リ 第8部第2節薬剤料</p> <p>ヌ 第9部処置（区分番号J001に掲げる熱傷処置（5に限る。）、J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、J003-4に掲げる多血小板血漿処置、J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017に掲げるエタノールの局所注入、J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、J027に掲げる高気圧酸素治療、J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、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、J040に掲げる局所灌流、J041に掲げる吸着式血液浄化法、J041-2に掲げる血球成分除去療法、J042に掲げる腹膜灌流、J043-6に掲げる人工腎臓療法、J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、J047に掲げるカウンターショック、J047-2に掲げる心腔内除細動、J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2に掲げる熱傷温浴療法、J054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、J062に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、J116-5に掲げる酵素注射療法、J118-4</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、J122に掲げる四肢ギブス包帯（4から6までに限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123に掲げる体幹ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J124に掲げる鎖骨ギブス包帯（片側）（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J125に掲げるギブスベッド（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J126に掲げる斜頸矯正ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J127に掲げる先天性股関節脱臼ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J128に掲げる脊椎側弯矯正ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129に掲げる義肢採型法（2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J300に掲げる薬剤（区分番号J001に掲げる熱傷処置（5に限る。）、J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、J003-4に掲げる多血小板血漿処置、J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017に掲げるエタノールの局所注入、J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、J027に掲げる高気圧酸素治療、J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、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、J040に掲げる局所灌流、J041に掲げる吸着式血液浄化法、J041-2に掲げる血球成分除去療法、J042に掲げる腹膜灌流、J043-6に掲げる人工腔臓療法、J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、J047に掲げるカウンターショック、J047-2に掲げる心腔内除細動、J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2に掲げる熱傷温浴療法、J054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、J062に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、J116-5に掲げる酵素注射療法、J118-4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、J122に掲げる四肢ギブス包帯（4から6までに限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123に掲げる体幹ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J124に掲げる鎖骨ギブス包帯（片側）（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとし</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>て切割使用した場合を除く。)、J 125に掲げるギブスベッド(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 126に掲げる斜頸矯正ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 127に掲げる先天性股関節脱臼ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 128に掲げる脊椎側弯矯正ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 129に掲げる義肢採型法(2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)及びJ 129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法(2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)に係るものに限る。)及びJ 400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J 001に掲げる熱傷処置(5に限る。)、J 003に掲げる局所陰圧閉鎖処置(入院)、J 003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、J 003-4に掲げる多血小板血漿処置、J 007-2に掲げる硬膜外自家血注入、J 010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、J 017に掲げるエタノールの局所注入、J 017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、J 027に掲げる高気圧酸素治療、J 034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、J 038に掲げる人工腎臓、J 038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J 039に掲げる血漿交換療法、J 040に掲げる局所灌流、J 041に掲げる吸着式血液浄化法、J 041-2に掲げる血球成分除去療法、J 042に掲げる腹膜灌流、J 043-6に掲げる人工臍臓療法、J 043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、J 045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、J 047に掲げるカウンターショック、J 047-2に掲げる心腔内除細動、J 049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、J 052-2に掲げる熱傷温浴療法、J 054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、J 062に掲げる腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む。)、J 116-5に掲げる酵素注射療法、J 118-4に掲げる歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)、J 122に掲げる四肢ギブス包帯(4から6までに限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 123に掲げる体幹ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 124に掲げる鎖骨ギブス包帯(片側)(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 125に掲げるギブスベッド(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 126に掲げる斜頸矯正ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J 127に掲げる先天性股関節脱臼ギブス包帯(既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p> <u>切割使用した場合を除く。）、J128に掲げる脊椎側弯矯正ギブス包帯（既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129に掲げる義肢採型法（2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びJ129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（2に限る。ただし、既装着のギブス包帯をギブスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に係るものに限る。）を除く。</u> </p> <p> <u>ル 第13部第1節病理標本作製料（区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）を除く。）</u> </p> <p> <u>注5 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については、看護補助体制加算として、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、それぞれ所定点数に加算する。</u> </p> <p> <u>イ 25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上） 240点</u> </p> <p> <u>ロ 25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満） 220点</u> </p> <p> <u>ハ 50対1看護補助体制加算 200点</u> </p> <p> <u>ニ 75対1看護補助体制加算 160点</u> </p> <p> <u>注6 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（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護補助体制加算として、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。</u> </p> <p> <u>イ 夜間30対1看護補助体制加算 125点</u> </p> <p> <u>ロ 夜間50対1看護補助体制加算 120点</u> </p> <p> <u>ハ 夜間100対1看護補助体制加算 105点</u> </p> <p> <u>注7 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（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。</u> </p> <p> <u>注8 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（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、看護補助体制充実加算として、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。</u> </p> <p> <u>イ 看護補助体制充実加算1 25点</u> </p> <p> <u>ロ 看護補助体制充実加算2 15点</u> </p> <p> <u>ハ 看護補助体制充実加算3 5点</u> </p> <p> <u>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</u> </p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <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病棟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、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>イ 看護職員夜間12対1配置加算</p> <p>(1) 看護職員夜間12対1配置加算 1 110点</p> <p>(2) 看護職員夜間12対1配置加算 2 90点</p> <p>ロ 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>(1) 看護職員夜間16対1配置加算 1 70点</p> <p>(2) 看護職員夜間16対1配置加算 2 45点</p> <p>注10 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進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、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として80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は別に算定できない。</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 9,413点</p> <p>2 15日以上期間 8,147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>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。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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 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>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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,090点</p> <p>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>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>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)の口に規定する医療区分2の患者又は第6の3(2)の口の④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。 イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,927点 ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,761点</p> <p>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、特定感染症患者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、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の口及び2の口に限定。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第14部その他並びに除外薬剤・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>注6 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。）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6の3(2)の口の④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。 イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,734点 ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,588点</p>	<p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点</p> <p>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、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,909点 ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,743点</p> <p>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の口及び2の口に限定。）、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・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>注6 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。）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、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点 ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																				
【注の追加】	注7 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）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の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、2,011点を算定する。	(新設)																				
A307 小児入院医療管理料（1日につき）	A307 小児入院医療管理料（1日につき）																					
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1 小児入院医療管理料1</td> <td>4,807点</td> <td>1 小児入院医療管理料1</td> <td>4,750点</td> </tr> <tr> <td>2 小児入院医療管理料2</td> <td>4,275点</td> <td>2 小児入院医療管理料2</td> <td>4,224点</td> </tr> <tr> <td>3 小児入院医療管理料3</td> <td>3,849点</td> <td>3 小児入院医療管理料3</td> <td>3,803点</td> </tr> <tr> <td>4 小児入院医療管理料4</td> <td>3,210点</td> <td>4 小児入院医療管理料4</td> <td>3,171点</td> </tr> <tr> <td>5 小児入院医療管理料5</td> <td>2,235点</td> <td>5 小児入院医療管理料5</td> <td>2,206点</td> </tr> </table>	1 小児入院医療管理料1	4,807点	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	4,275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	3,849点	3 小児入院医療管理料3	3,803点	4 小児入院医療管理料4	3,210点	4 小児入院医療管理料4	3,171点	5 小児入院医療管理料5	2,235点	5 小児入院医療管理料5	2,206点	
1 小児入院医療管理料1	4,807点	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	4,275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	3,849点	3 小児入院医療管理料3	3,803点																			
4 小児入院医療管理料4	3,210点	4 小児入院医療管理料4	3,171点																			
5 小児入院医療管理料5	2,235点	5 小児入院医療管理料5	2,206点																			
【注の見直し】	<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、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 border="0"> <tr> <td>イ 保育士1名の場合</td> <td>100点</td> <td>(新設)</td> </tr> <tr> <td>ロ 保育士2名以上の場合</td> <td>180点</td> <td>(新設)</td> </tr> </table> <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、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 border="0"> <tr> <td>イ 重症児受入体制加算1</td> <td>200点</td> <td>(新設)</td> </tr> <tr> <td>ロ 重症児受入体制加算2</td> <td>280点</td> <td>(新設)</td> </tr> </table> <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</p>	イ 保育士1名の場合	100点	(新設)	ロ 保育士2名以上の場合	180点	(新設)	イ 重症児受入体制加算1	200点	(新設)	ロ 重症児受入体制加算2	280点	(新設)	<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>(新設)</p> <p>(新設)</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、<u>重症児受入体制加算</u>として、1日につき200点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>								
イ 保育士1名の場合	100点	(新設)																				
ロ 保育士2名以上の場合	180点	(新設)																				
イ 重症児受入体制加算1	200点	(新設)																				
ロ 重症児受入体制加算2	280点	(新設)																				
【注の見直し】																						

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>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>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</p> <p>ロ 時間外受入体制強化加算 2 180点</p> <p>注9 <u>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た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注10に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。</u></p> <p>注10 <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（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注11 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、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、第13部第2節病理診断・判断料及び第</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <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、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</p>
【注の追加】		
【注の追加】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 633 255 658">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1348 255 1373">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 633">14部その他の費用並びに第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、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、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。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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。）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 data-bbox="374 633 797 1348"><u>注12</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第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、特定感染症患者療養環境特別加算、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。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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。）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 data-bbox="374 1348 797 1856"><u>注13</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第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、特定感染症患者療養環境特別加算、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</p>	<p data-bbox="854 131 1236 633">用、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並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）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 data-bbox="813 633 1236 1348"><u>注10</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、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並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）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 data-bbox="813 1348 1236 1856"><u>注11</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、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、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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）	<p>務実施加算1、データ提出加算、入院支援助加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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>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並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
【項目の見直し】	<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 2,229点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,215点）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 2,166点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,151点）</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,917点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,902点）</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,859点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,845点）</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,696点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,682点）</p> <p>6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点 （生活療養を受ける場合にあつては、1,845点）</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）</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>（新設）</p>
【注の見直し】	<p>注1 1から5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（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限る。）について、6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入院している患者（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限る。）について、当該基準に係る区分に従い、当該病棟又は病室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、当該病棟又は病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、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に掲げる療養病棟入院料1の入院料27又は療養病棟入院料2の入院料27の例により、それぞれ算定する。</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>
【注の見直し】	<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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前				
<p data-bbox="137 318 253 343">【注の見直し】</p> <p data-bbox="137 1217 233 1242">【注の削除】</p> <p data-bbox="137 1748 356 1806">A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="137 1825 274 1850">【項目の見直し】</p>	<p data-bbox="411 131 795 318">ン入院医療管理料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 data-bbox="377 318 795 1217">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。）、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（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。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、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14部その他、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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、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に掲げる腹膜灌流及び区分番号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、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及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="384 1217 445 1242">（削る）</p> <p data-bbox="377 1535 795 1719">注4 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 data-bbox="377 1719 500 1748">A308-2 削除</p> <p data-bbox="377 1796 795 1825">A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="377 1825 651 1850">1 地域包括ケア病棟入院料1</p>	<p data-bbox="850 131 1234 289">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 data-bbox="816 318 1234 1004">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。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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 data-bbox="816 1217 1234 1477">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> <table data-bbox="850 1477 1234 1535"> <tr> <td data-bbox="850 1477 1029 1506">イ 体制強化加算1</td> <td data-bbox="1179 1477 1234 1506">200点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="850 1506 1029 1535">ロ 体制強化加算2</td> <td data-bbox="1179 1506 1234 1535">120点</td> </tr> </table> <p data-bbox="816 1535 912 1564">注5 （略）</p> <p data-bbox="816 1825 1234 1850">1 地域包括ケア病棟入院料1 2,809点</p>	イ 体制強化加算1	200点	ロ 体制強化加算2	120点
イ 体制強化加算1	200点					
ロ 体制強化加算2	120点					

項 目	改 正 後	改 正 前
		(生活療養を受ける場合にあつては、 2,794点)
	イ 40日以内の期間 2,838点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,823点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,690点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,675点)	(新設)
2	地域包括ケア入院医療管理料 1	2 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,794点)
	イ 40日以内の期間 2,838点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,823点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,690点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,675点)	(新設)
3	地域包括ケア病棟入院料 2	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)
	イ 40日以内の期間 2,649点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,634点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,510点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,495点)	(新設)
4	地域包括ケア入院医療管理料 2	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)
	イ 40日以内の期間 2,649点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,634点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,510点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,495点)	(新設)
5	地域包括ケア病棟入院料 3	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)
	イ 40日以内の期間 2,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,297点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,191点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,176点)	(新設)
6	地域包括ケア入院医療管理料 3	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)
	イ 40日以内の期間 2,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,297点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 2,191点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,176点)	(新設)
7	地域包括ケア病棟入院料 4	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)
	イ 40日以内の期間 2,102点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,086点)	(新設)
	ロ 41日以上期間 1,992点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,976点)	(新設)
8	地域包括ケア入院医療管理料 4	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)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>イ 40日以内の期間 2,102点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,086点)</p> <p>ロ 41日以上期間 1,992点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,976点)</p> <p>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27又は療養病棟入院料2の入院料27の例により、それぞれ算定する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>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>
【注の見直し】	<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のイ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料1のロ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料1のイ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料1のロ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料2のイ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料2のロ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料2のイ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料2のロ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料3のイ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料3のロ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料3のイ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料3のロ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料4のイ(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料4のロ(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料4のイ(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料4のロ(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2,460点、2,331点、2,460点、2,331点、2,271点、2,152点、2,271点、2,152点、2,008点、1,903点、2,008点、1,903点、1,797点、1,703点、1,797点又は1,703点(生活療養</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、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つては、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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前															
	<p>を受ける場合にあっては、それぞれ2,445点、2,316点、2,445点、2,316点、2,257点、2,138点、2,257点、2,138点、1,994点、1,889点、1,994点、1,889点、1,783点、1,689点、1,783点又は1,689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27又は療養病棟入院料2の入院料27の例により、それぞれ算定する。</p>	<p>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>															
【注の見直し】	<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>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。この場合において、注5に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。</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>															
【注の追加】	<p>(削る) (削る)</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。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。</p> <table border="0" data-bbox="411 1217 795 1294"> <tr> <td>イ</td> <td>看護補助体制充実加算1</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>看護補助体制充実加算2</td> <td>175点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>看護補助体制充実加算3</td> <td>165点</td> </tr> </table>	イ	看護補助体制充実加算1	190点	ロ	看護補助体制充実加算2	175点	ハ	看護補助体制充実加算3	165点	<table border="0" data-bbox="850 927 1234 985"> <tr> <td>イ</td> <td>看護補助者配置加算</td> <td>160点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>看護補助体制充実加算</td> <td>165点</td> </tr> </table> <p>(新設)</p>	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
イ	看護補助体制充実加算1	190点															
ロ	看護補助体制充実加算2	175点															
ハ	看護補助体制充実加算3	165点															
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															
【注の見直し】	<p>注6 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>イ 急性期患者支援病床初期加算</p> <p>(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合</p> <p>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</p>	<p>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>															

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>の場合 150点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 50点</p> <p>(2) 許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合</p> <p>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</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 125点</p> <p>ロ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 580点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 480点</p> <p>(2) 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</p> <p>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 480点</p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 380点</p> <p>注7 診療に係る費用（注3から注6まで及び注8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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、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に掲げる腹膜灌流及び区分番号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、第14部その他並びに除外薬剤・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9 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関</p>	<p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 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 400点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、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に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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7 (略)</p> <p>注8 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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><u>注10</u> 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みに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、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><u>注11</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。</p> <p><u>注12</u> 注1に規定する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。</p> <p><u>注13</u> 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><u>注9</u> (略)</p> <p><u>注10</u> (略)</p> <p><u>注11</u> (略)</p> <p><u>注12</u> (略)</p>
<p>A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p>	<p>A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p>	
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 特殊疾患病棟入院料1 <u>2,090点</u></p> <p>2 特殊疾患病棟入院料2 <u>1,694点</u></p> <p><u>注1</u> 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><u>注2</u> 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><u>注3</u> 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>1 特殊疾患病棟入院料1 <u>2,070点</u></p> <p>2 特殊疾患病棟入院料2 <u>1,675点</u></p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p><u>注4</u> 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳</p>	<p><u>注4</u> 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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6の3(2)のロの④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 1,928点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,763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 1,675点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,508点</p>	<p>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>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 1,910点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,745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 1,657点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,491点</p>
【注の見直し】	<p>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(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、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、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。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第14部その他並びに除外薬剤・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(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。)、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価並びに除外薬剤・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>
【点数の見直し】	<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)のロに規定する医療区分2の患者又は第6の3(2)のロの④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 1,735点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,586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 1,507点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,357点</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>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>
【注の追加】	<p>注7 当該病棟に入院する患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者(注4及び注6に規定す</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<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>る点数を算定する患者を除く。）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 2,010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 1,615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 5,135点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,582点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,373点</p> <p>2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 4,897点</p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 4,427点</p> <p>ハ 61日以上期間 3,321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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、第12部放射線治療及び第14部その他、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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号C108-4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</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5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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>【注の見直し】</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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、第12部放射線治療及び第14部その他、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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号C108-4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</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5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A311 精神科救急急性期医療入院料(1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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4 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。</p> <p>A311 精神科救急急性期医療入院料(1日につき)</p> <p>1 30日以内の期間 2,420点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 2,120点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 1,918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>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、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、精神科入院退院支援加算、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、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・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>(削る)</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p>1 30日以内の期間 2,400点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 2,100点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 1,900点</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5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。</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 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																																																									
<p>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>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、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があつては、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"> <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> <p>A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p> <table border="0"> <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>2,020点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>1,719点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>1,518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>1,903点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>1,618点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>1,466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> <p>注2 診療に係る費用（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、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、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、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、精神科入院支援加算、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8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期</p>	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	1	精神科急性期治療病棟入院料 1		イ	30日以内の期間	2,020点	ロ	31日以上60日以内の期間	1,719点	ハ	61日以上90日以内の期間	1,518点	2	精神科急性期治療病棟入院料 2		イ	30日以内の期間	1,903点	ロ	31日以上60日以内の期間	1,618点	ハ	61日以上90日以内の期間	1,466点	<p>注6 （略）</p> <table border="0"> <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、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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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</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
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																																																									
1	精神科急性期治療病棟入院料 1																																																										
イ	30日以内の期間	2,020点																																																									
ロ	31日以上60日以内の期間	1,719点																																																									
ハ	61日以上90日以内の期間	1,518点																																																									
2	精神科急性期治療病棟入院料 2																																																										
イ	30日以内の期間	1,903点																																																									
ロ	31日以上60日以内の期間	1,618点																																																									
ハ	61日以上90日以内の期間	1,466点																																																									
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																																																									

項 目	改 正 後	改 正 前																		
<p data-bbox="137 396 233 421">【注の削除】</p> <p data-bbox="137 714 356 768">A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき)</p> <p data-bbox="137 821 274 846">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="137 1188 253 1213">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="411 131 754 156">治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="377 183 795 396">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="384 396 445 421">(削る)</p> <p data-bbox="377 768 795 821">A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき)</p> <table border="0" data-bbox="377 821 795 898"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,624点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>3,323点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>3,123点</td> </tr> </table> <p data-bbox="377 898 795 1188">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 data-bbox="377 1188 795 1850">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、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、精神科入退院支援加算、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</p>	1	30日以内の期間	3,624点	2	31日以上60日以内の期間	3,323点	3	61日以上90日以内の期間	3,123点	<p data-bbox="850 131 1193 183">科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="816 396 1234 714">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> <table border="0" data-bbox="816 821 1234 898"> <tr> <td>1</td> <td>30日以内の期間</td> <td>3,600点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>31日以上60日以内の期間</td> <td>3,300点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>61日以上90日以内の期間</td> <td>3,100点</td> </tr> </table> <p data-bbox="816 1188 1234 1850">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、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5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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</p>	1	30日以内の期間	3,600点	2	31日以上60日以内の期間	3,300点	3	61日以上90日以内の期間	3,100点
1	30日以内の期間	3,624点																		
2	31日以上60日以内の期間	3,323点																		
3	61日以上90日以内の期間	3,123点																		
1	30日以内の期間	3,600点																		
2	31日以上60日以内の期間	3,300点																		
3	61日以上90日以内の期間	3,100点																		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 685 233 714">【注の削除】</p> <p data-bbox="137 1110 356 1217">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p data-bbox="137 1506 253 1535">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="411 125 795 473">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に掲げる腹膜灌流及び区分番号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、第12部放射線治療並びに第14部その他並びに除外薬剤・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="377 473 795 685">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="384 685 445 714">(削る)</p> <p data-bbox="377 927 795 1110">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="377 1188 795 1246">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 3,016点</p> <p data-bbox="377 1246 795 1506">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に掲げる精神科入院基本料の注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="377 1506 795 1846">注2 診療に係る費用（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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、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、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算</p>	<p data-bbox="850 125 1234 473">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に掲げる腹膜灌流及び区分番号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="816 685 1234 927">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は、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="816 927 912 956">注5 (略)</p> <p data-bbox="816 1188 1234 1246">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="816 1506 1234 1846">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、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第2章第5</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 291 234 316">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 504 358 581">A312 精神療養病棟入院料（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p data-bbox="138 745 255 770">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 133 797 291">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、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用を除く。）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="374 295 797 504"><u>注3 当該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て、精神科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。</u></p> <p data-bbox="374 558 742 583">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="721 587 797 612">1,108点</p> <p data-bbox="374 616 797 741">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="374 745 797 1483">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（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、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、精神科入退院支援加算、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及び区分番号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、第14部その他並びに除外薬剤・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 1487 797 1696">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="374 1700 797 1850">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</p>	<p data-bbox="854 133 1236 239">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="813 295 875 320">(新設)</p> <p data-bbox="813 558 1181 583">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="1163 587 1238 612">1,091点</p> <p data-bbox="813 745 1236 1483">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5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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及び区分番号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>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>(削る)</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6 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A246-2に掲げる精神科入退院支援加算、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>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 1,829点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,521点 ハ 61日以上72日以内の期間 1,221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 1,334点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,129点 ハ 61日以上72日以内の期間 1,003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>(削る)</p> <p>注2 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 ロ 31日以上72日以内の期間 40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</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 (略)</p> <p>注7 ← 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</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 ロ 31日以上60日以内の期間 1,503点 ハ 61日以上72日以内の期間 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 ロ 31日以上60日以内の期間 1,112点 ハ 61日以上72日以内の期間 988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 (略)</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</p>
【注の削除】		
A314 認知症治療病棟入院料 (1日につき)		
【点数の見直し】		
【注の削除】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、精神科入院支援加算、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及び区分番号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。）及び区分番号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。）、第14部その他並びに除外薬剤・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 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） 1,535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、区分番号A311に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号A311-3に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、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>注2 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。</p> <p>注3 過去1年以内に、注1本文及び注2に規定する点数を算定した患者（当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む。）については、当該期間を注1本文及び注2に規定する期間に通算する。</p> <p>注4 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、18対1入院基本料並びに20対1入院基本料、区分番号A312に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料及び区分番号A318に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。</p> <p>注5 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</p>	<p>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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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及び区分番号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。）及び区分番号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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 317 特定一般病棟入院料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>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6 診療に係る費用（注2及び注5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。）、特定感染症入院医療管理加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、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、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、精神科入院支援加算、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（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除く。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>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 1,168点</p> <p>2 特定一般病棟入院料 2 1,002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。</p> <p>イ 14日以内の期間 450点</p> <p>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>1 特定一般病棟入院料 1 1,152点</p> <p>2 特定一般病棟入院料 2 987点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 556 255 581">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="374 131 799 396">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て、1日につき150点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 396 799 556">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="374 556 799 1535">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、<u>特定感染症入院医療管理加算</u>、<u>難病等特別入院診療加算</u>、<u>超重症児（者）入院診療加算</u>・<u>準超重症児（者）入院診療加算</u>、<u>看護配置加算</u>、<u>看護補助加算</u>、<u>地域加算</u>、<u>離島加算</u>、<u>療養環境加算</u>、<u>H I V感染者療養環境特別加算</u>、<u>特定感染症患者療養環境特別加算</u>、<u>重症者等療養環境特別加算</u>、<u>小児療養環境特別加算</u>、<u>無菌治療室管理加算</u>、<u>放射線治療病室管理加算</u>、<u>緩和ケア診療加算</u>、<u>小児緩和ケア診療加算</u>、<u>精神科リエゾンチーム加算</u>、<u>強度行動障害入院医療管理加算</u>、<u>依存症入院医療管理加算</u>、<u>摂食障害入院医療管理加算</u>、<u>がん拠点病院加算</u>、<u>栄養サポートチーム加算</u>、<u>医療安全対策加算</u>、<u>感染対策向上加算</u>、<u>患者サポート体制充実加算</u>、<u>報告書管理体制加算</u>、<u>褥瘡ハイリスク患者ケア加算</u>、<u>ハイリスク妊娠管理加算</u>、<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。）、<u>呼吸ケアチーム加算</u>、<u>術後疼痛管理チーム加算</u>、<u>後発医薬品使用体制加算</u>、<u>バイオ後続品使用体制加算</u>、<u>データ提出加算</u>、<u>入退院支援加算</u>（1のイ、2のイ及び3に限る。）、<u>医療的ケア児（者）入院前支援加算</u>、<u>認知症ケア加算</u>、<u>せん妄ハイリスク患者ケア加算</u>、<u>精神疾患診療体制加算</u>、<u>薬剤総合評価調整加算</u>、<u>排尿自立支援加算</u>及び<u>協力対象施設入所者入院加算</u>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="813 556 1236 1429">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、ハイリスク分娩等管理加算（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<u>排尿自立支援加算</u>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="138 1535 255 1561">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="374 1535 799 1854">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、<u>40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。</u>ただし、当該病室に入院した患</p>	<p data-bbox="813 1535 1236 1854">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、<u>それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。</u>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 239 255 262">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1116 358 1190">A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="417 131 797 233">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="375 239 797 896">注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、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6まで及び注8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、特定感染症患者療養環境特別加算、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、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。))、<u>医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算</u>、第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの<u>区分番号H004に掲げる摂食機能療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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。)</u>及び第14部その他並びに除外薬剤・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 data-bbox="375 902 797 1108">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 data-bbox="375 1166 797 1219">A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1,557点</p> <p data-bbox="375 1224 797 1456">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 data-bbox="375 1462 797 1669">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 data-bbox="375 1675 797 1850">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</p>	<p data-bbox="856 131 1085 156">本料の例により算定する。</p> <p data-bbox="814 239 1236 819">注8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、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。))、<u>認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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に掲げる腹膜灌流及び区分番号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。)</u>並びに除外薬剤・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 data-bbox="814 1166 1236 1219">A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1,539点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="137 237 255 262">【注の見直し】</p> <p data-bbox="137 768 356 871">A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 【点数の見直し】</p> <p data-bbox="137 1352 255 1377">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 795 183">療機関に入院している患者についてのみ加算する。</p> <p data-bbox="415 185 795 237">イ 重症者加算1 60点 ロ 重症者加算2 30点</p> <p data-bbox="374 239 795 765">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、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、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、精神科入退院支援加算、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除く。）、第14部その他並びに除外薬剤・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 data-bbox="374 850 795 952">A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,229点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,215点）</p> <p data-bbox="374 954 795 1348">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（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 data-bbox="374 1352 795 1850">注2 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及び区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料、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及び排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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</p>	<p data-bbox="816 237 1237 765">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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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 data-bbox="816 850 1237 952">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、2,115点）</p> <p data-bbox="816 1352 1237 1850">注2 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及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>係るものに限る。)、第14部その他並びに除外薬剤・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>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>

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		
【項目の見直し】	A 400 短期滞在手術等基本料 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 (2) (1)以外の場合 2,718点 ロ イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点 (2) (1)以外の場合 1,359点 2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）（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 （新設）
【点数の見直し】	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 9,537点 （生活療養を受ける場合にあつては、9,463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 8,400点 （生活療養を受ける場合にあつては、8,326点） ハ D237-2 反復睡眠潜時試験（M S L T） 12,676点 （生活療養を受ける場合にあつては、12,602点） 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（G H）（一連として） 9,194点 （生活療養を受ける場合にあつては、9,120点） ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,278点 （生活療養を受ける場合にあつては、5,204点） へ D413 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,262点 （生活療養を受ける場合にあつては、10,188点） ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ-留置術 30,882点 （生活療養を受ける場合にあつては、30,808点） チ K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。） 14,667点 （生活療養を受ける場合にあつては、14,593点） リ K046 骨折観血の手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 36,240点 （生活療養を受ける場合にあつては、36,166点） 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。） 19,082点 （生活療養を受ける場合にあつては、19,008点） 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。） 20,549点 （生活療養を受ける場合にあつては、	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つては、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つては、8,670点） ハ D237-2 反復睡眠潜時試験（M S L T） 11,485点 （生活療養を受ける場合にあつては、11,411点） 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（G H）（一連として） 8,312点 （生活療養を受ける場合にあつては、8,238点） 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つては、4,966点） へ 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つては、10,123点） ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ-留置術 33,572点 （生活療養を受ける場合にあつては、33,498点） チ K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。） 16,224点 （生活療養を受ける場合にあつては、16,150点） リ K046 骨折観血の手術 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つては、32,863点） 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つては、20,537点） 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つては、

項 目	改 正 後	改 正 前
	20,475点)	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。) 14,893点 (生活療養を受ける場合にあつては、 14,819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)
ワ	K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。) 13,653点 (生活療養を受ける場合にあつては、 13,579点)	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)
カ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,038点 (生活療養を受ける場合にあつては、 17,964点)	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)
ヨ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 32,137点 (生活療養を受ける場合にあつては、 32,063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)
タ	K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの(片側) 8,663点 (生活療養を受ける場合にあつては、 8,589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	K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの(両側) 13,990点 (生活療養を受ける場合にあつては、 13,916点)	レ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法(片側) 6,524点 (生活療養を受ける場合にあつては、 6,450点) (新設)
ソ	K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法(片側) 6,524点 (生活療養を受ける場合にあつては、 6,450点)	ソ K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法(片側) 11,000点 (生活療養を受ける場合にあつては、 10,926点)
ヅ	K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法(両側) 14,425点 (生活療養を受ける場合にあつては、 14,351点)	ヅ K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの(片側) 10,493点 (生活療養を受ける場合にあつては、 10,419点)
ネ	K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法(片側) 11,000点 (生活療養を受ける場合にあつては、 10,926点)	ム K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの(両側) 17,249点 (生活療養を受ける場合にあつては、 17,175点)
ナ	K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法(両側) 19,357点 (生活療養を受ける場合にあつては、 19,283点)	ウ K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(片側) 8,437点 (生活療養を受ける場合にあつては、 8,363点)
ラ	K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの(片側) 10,493点 (生活療養を受ける場合にあつては、 10,419点)	キ K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(両側) 13,030点 (生活療養を受ける場合にあつては、 12,956点)
ム	K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの(両側) 17,249点 (生活療養を受ける場合にあつては、 17,175点)	ノ K242 斜視手術 2 後転法(片側) 13,877点 (生活療養を受ける場合にあつては、 13,803点)
ウ	K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(片側) 8,437点 (生活療養を受ける場合にあつては、 8,363点)	オ K242 斜視手術 2 後転法(両側) 19,632点 (生活療養を受ける場合にあつては、
キ	K224 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(両側) 13,030点 (生活療養を受ける場合にあつては、 12,956点)	
ノ	K242 斜視手術 2 後転法(片側) 13,877点 (生活療養を受ける場合にあつては、 13,803点)	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)
オ	K242 斜視手術 2 後転法(両側) 19,632点 (生活療養を受ける場合にあつては、	

項 目	改 正 後	改 正 前
	19,558点)	
ク	K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (片側) 20,488点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,414点)	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)
ヤ	K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (両側) 33,119点 (生活療養を受ける場合にあつては、33,045点)	
マ	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。) (片側) 16,748点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,674点)	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)
ケ	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。) (両側) 28,464点 (生活療養を受ける場合にあつては、28,390点)	
コ	K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (片側) 34,516点 (生活療養を受ける場合にあつては、34,442点)	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)
コ	K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (両側) 67,946点 (生活療養を受ける場合にあつては、67,872点)	
エ	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) 17,457点 (生活療養を受ける場合にあつては、17,383点)	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)
テ	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) 31,685点 (生活療養を受ける場合にあつては、31,611点)	ク 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)
ア	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 14,901点 (生活療養を受ける場合にあつては、14,827点)	オ K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 15,059点 (生活療養を受ける場合にあつては、14,985点)
サ	K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 25,413点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,339点)	ク K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 25,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,238点)
キ	K318 鼓膜形成手術 31,981点 (生活療養を受ける場合にあつては、31,907点)	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、30,497点)
ユ	K333 鼻骨骨折整復固定術 16,988点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,914点)	マ K333 鼻骨骨折整復固定術 18,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、18,735点)
メ	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 24,709点 (生活療養を受ける場合にあつては、24,635点)	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 26,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、26,238点)
ミ	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 16,684点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,610点)	フ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 17,302点 (生活療養を受ける場合にあつては、17,228点)
シ	K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5セ	コ K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5セ

項 目	改 正 後	改 正 前
	ンチメートル以上 <u>22,904点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,830点</u>)	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>)
エ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 <u>26,013点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,939点</u>)	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>)
ヒ	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>26,057点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,983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>)
モ	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <u>20,366点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,292点</u>)	ア K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <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>)
セ	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) <u>8,262点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>8,188点</u>)	サ K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として) <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>)
ス	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <u>9,258点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,184点</u>)	キ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <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>)
ン	K617-2 大伏在静脈抜去術 <u>20,829点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,755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>)
イイ	K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 <u>19,368点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,294点</u>)	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>)
イロ	K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 <u>20,479点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,405点</u>)	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>)
イハ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。) <u>31,914点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>31,840点</u>)	シ 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>)
イニ	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>24,786点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>24,712点</u>)	エ 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> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>24,222点</u>)
イホ	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>21,023点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,949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つては、 <u>21,201点</u>)
イヘ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) <u>24,147点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>24,073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つては、 <u>23,574点</u>)
イト	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) <u>63,751点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>63,677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つては、 <u>70,418点</u>)
イチ	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>50,817点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>50,743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つては、 <u>53,235点</u>)
イリ	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>37,838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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	(生活療養を受ける場合にあつては、 <u>37,764点</u>)	(生活療養を受ける場合にあつては、 <u>41,007点</u>)
イヌ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)(15歳以上に限る。) 49,389点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>49,315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。) 48,934点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>48,860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。) 48,934点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>48,860点</u>)
イル K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 1 長径2センチメートル未満 12,580点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>12,506点</u>)	イロ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 1 長径2センチメートル未満 12,560点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>12,486点</u>)	イロ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 1 長径2センチメートル未満 12,560点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>12,486点</u>)
イロ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径2センチメートル以上 16,153点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,079点</u>)	イハ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径2センチメートル以上 16,258点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,184点</u>)	イハ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜 切除術 2 長径2センチメートル以上 16,258点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,184点</u>)
イワ 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) 10,386点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,312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) 10,604点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,530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) 10,604点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,530点</u>)
イカ 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。) 10,017点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,943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。) 10,792点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,718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。) 10,792点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,718点</u>)
イヨ 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。) 7,617点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>7,543点</u>)	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。) 8,415点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>8,341点</u>)	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。) 8,415点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>8,341点</u>)
イタ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎 術(一連につき) 25,702点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,628点</u>)	イト K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎 術(一連につき) 25,894点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,820点</u>)	イト K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎 術(一連につき) 25,894点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,820点</u>)
イレ K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒 素によるもの) 23,829点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>23,755点</u>)	イチ K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒 素によるもの) 24,703点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>24,629点</u>)	イチ K823-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒 素によるもの) 24,703点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>24,629点</u>)
イロ K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 21,524点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>21,450点</u>)	イリ K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>23,796点</u>)	イリ K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>23,796点</u>)
イツ K867 子宮頸部(陰部)切除術 15,253点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>15,179点</u>)	イヌ K867 子宮頸部(陰部)切除術 14,607点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>14,533点</u>)	イヌ K867 子宮頸部(陰部)切除術 14,607点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>14,533点</u>)
イネ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解 質溶液利用のもの 22,099点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,025点</u>)	イル K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、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、 <u>21,635点</u>)	イル K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、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、 <u>21,635点</u>)
イナ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その 他のもの 18,115点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,041点</u>)	イロ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その 他のもの 18,652点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,578点</u>)	イロ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切 出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その 他のもの 18,652点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,578点</u>)
イラ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの 36,674点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>36,600点</u>)	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、 <u>35,117点</u>)	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、 <u>35,117点</u>)
イム K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの 32,538点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,464点</u>)	イカ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの 33,460点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>33,386点</u>)	イカ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの 33,460点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>33,386点</u>)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>イウ K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 <u>100,243点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>100,169点</u>)</p> <p>イキ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>60,796点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>60,722点</u>)</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、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・アンブル法・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</p>	<p>イヨ K890-3 腹腔鏡下卵管形成術 <u>109,045点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>108,971点</u>)</p> <p>イタ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>58,496点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>58,422点</u>)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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>へ 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>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、第14部その他並びに除外薬剤・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章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（第1章第2部第5節看護職員処遇改善評価料、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、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【節の削除】	<p>(削る)</p> <p>第2章第14部その他のO000 看護職員処遇改善評価料に移動</p>	<p>第5節 看護職員処遇改善評価料</p> <p>A500 看護職員処遇改善評価料（1日につき）</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料1 1点</p> <p>2～164 (略)</p> <p>165 看護職員処遇改善評価料165 340点</p> <p>注 看護職員の処遇の改善を図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であって、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を算定しているものについて、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>

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

項 目	改 正 後	改 正 前
通則		
【通則の見直し】	<p>1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 医学管理等に当たって、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>2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合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節又は第3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>
【通則の見直し】	<p>3 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医学管理料等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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20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2部の通則第5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。</p> <p>イ 小児科外来診療料 ロ 外来リハビリテーション診療料 ハ 外来放射線照射診療料 ニ 地域包括診療料 ホ 認知症地域包括診療料 ヘ 小児かかりつけ診療料 ト 外来腫瘍化学療法診療料 チ 救急救命管理料 リ 退院後訪問指導料</p> <p>4 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。</p> <p>5 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3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合</p>	<p>3 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医学管理料等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2部の通則第5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。</p> <p>イ～リ （略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【通則の追加】	<p>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> <p>6 抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18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3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</p>	(新設)
<p>第1節 医学管理料等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</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、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。</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>エ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>	
4 小児特定疾患カウンセリング料	4 小児特定疾患カウンセリング料 イ 医師による場合	イ 医師による場合

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	<p>(1) 初回 800点</p> <p>(2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合</p> <p>① 月の1回目 600点</p> <p>② 月の2回目 500点</p> <p>(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合(2の場合を除く。)</p> <p>① 月の1回目 500点</p> <p>② 月の2回目 400点</p> <p>(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合(2)及び(3)の場合を除く。) 400点</p>	<p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p>
【注の見直し】	<p>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>注1 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回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、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>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>
【注の追加】	<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、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)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、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。</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</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、235点を算定する。</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> <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、218点を算定する。</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、235点を算定する。</p> <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> <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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>	
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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	<p>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> <p>(削る)</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ス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。</p> <p>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に掲げる両室ペース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。</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 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。</p> <p>注5 ロ又はハを算定する患者について、別</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>13 在宅療養指導料 【注の見直し】</p>	<p>に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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</p> <p>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、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、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っては、月2回）に限り算定する。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分を超えるもので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>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 糞便中ヘモグロビン定性</p> <p>ニ 血液形態・機能検査 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>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っては、月2回）に限り算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前				
	<p>出血時間</p> <p>へ 血液化学検査 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）、ロイシニ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（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（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）、サイロキシン（T₄）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT₃）、C-ペプチド（CPR）、遊離サイロキシン（FT₄）、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド（ANP）、脳性Na利尿ペプチド（BNP）</p> <p>チ 感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性、梅毒血清反応（STS）半定量、梅毒血清反応（STS）定量</p> <p>リ 肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、HCV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（CRP）、血清補体価（CH₅₀）、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> <table border="0" data-bbox="397 1719 795 1777"> <tr> <td>(1) 1月目</td> <td>75点</td> </tr> <tr> <td>(2) 2月目以降</td> <td>25点</td> </tr> </table> <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</p>	(1) 1月目	75点	(2) 2月目以降	25点	
(1) 1月目	75点					
(2) 2月目以降	25点					

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>一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 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。</p> <p>19 削除</p> <p>20 糖尿病合併症管理料 170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>	
22 がん性疼痛緩和指導管理料	22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点	
【注の追加】	<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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、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、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>に100点を加算する。</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、所定点数に50点を加算する。</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、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。</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>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</p>	<p>注2 (略)</p> <p>注3 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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</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>【注の削除】</p>	<p>適合しているものと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。</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、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、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。</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>（削る）</p> <p>注3 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</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 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。</p> <p><u>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><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、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3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>28 小児運動器疾患指導管理料 250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、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><u>注5</u>（略）</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、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>
29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 【項目の見直し】	<p>29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料</p> <p><u>イ</u> 乳腺炎重症化予防ケア・指導料1</p> <p>(1) 初回 500点</p> <p>(2) 2回目から4回目まで 150点</p> <p><u>ロ</u> 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2</p> <p>(1) 初回 500点</p> <p>(2) 2回目から8回目まで 200点</p>	<p>(新設)</p> <p><u>イ</u> 初回 500点</p> <p><u>ロ</u> 2回目から4回目まで 150点</p> <p>(新設)</p>
【注の見直し】	<p><u>注1</u> <u>イ</u>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、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><u>注</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、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>
【注の追加】	<p><u>注2</u> <u>ロ</u>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、乳腺炎が悪化し区分番号K472に掲げる乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開術の管理を含む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8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 <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、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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> <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> <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> <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</p> <p>イ 二次性骨折予防継続管理料1 1,000点</p> <p>ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>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> <p>35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料</p> <p>イ 1月目 280点</p> <p>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、アレゲン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、アレゲン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> <p>36 下肢創傷処置管理料 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、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> <p>37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 (新設)</p> <p>イ 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点</p> <p>ロ 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 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、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、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、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎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 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、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>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点</p> <p>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>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>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 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>B001-2-5 院内トリアージ実施料 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、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>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 600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、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>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</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="126 426 367 479">B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p> <p data-bbox="126 1006 257 1035">【注の見直し】</p> <p data-bbox="126 1271 257 1300">【注の見直し】</p> <p data-bbox="126 1541 367 1593">B001-2-8 外来放射線照射診療料</p>	<p data-bbox="374 131 799 208">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="374 214 799 369">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、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="415 374 799 423">イ 救急搬送看護体制加算1 400点 ロ 救急搬送看護体制加算2 200点</p> <p data-bbox="374 479 758 508">B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</p> <p data-bbox="374 513 799 542">1 外来リハビリテーション診療料1 73点</p> <p data-bbox="374 548 799 577">2 外来リハビリテーション診療料2 110点</p> <p data-bbox="374 583 799 1008">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="374 1014 799 1265">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（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注19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10に規定する加算を除く。）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="374 1271 799 1541">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（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注19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10に規定する加算を除く。）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="374 1593 799 1622">B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点</p> <p data-bbox="374 1628 799 1802">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="374 1808 799 1846">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</p>	<p data-bbox="813 1006 1238 1248">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（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18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10に規定する加算を除く。）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="813 1271 1238 1512">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（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18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10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 214 255 239">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 426 358 479">B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</p> <p data-bbox="138 904 255 929">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 208">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="374 214 797 426">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(注15及び注16に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注19に規定する加算を除く。)<u>及び区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)</u>は、算定しない。</p> <p data-bbox="374 479 701 504">B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</p> <p data-bbox="374 510 797 535">1 地域包括診療料1 1,660点</p> <p data-bbox="374 539 797 564">2 地域包括診療料2 1,600点</p> <p data-bbox="374 568 797 900">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(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="374 904 797 1508">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まで及び注19に規定する加算、通則第3号から第6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。)、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。)<u>及び第14部その他を除く費用は、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。</u></p> <p data-bbox="374 1512 797 1850">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</p>	<p data-bbox="817 214 1240 426">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(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注18に規定する加算を除く。)<u>及び区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)</u>は、算定しない。</p> <p data-bbox="817 904 1240 1483">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まで及び注18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。)<u>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。)</u>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-2-10 認知症地域 包括診療料（月1回）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>り、30点を所定点数に加算する。</p> <p>B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p> <p>1 認知症地域包括診療料1 1,681点</p> <p>2 認知症地域包括診療料2 1,613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（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、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>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に掲げる再診療の注5から注7まで及び注19に規定する加算、通則第3号から第6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。）、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。）及び第14部その他を除く費用は、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>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>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に掲げる再診療の注5から注7まで及び注18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>B001-2-11 小児かかり つけ診療料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p>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 652点</p>	<p>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 641点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	(2) 再診時 458点	(2) 再診時 448点
	□ 処方箋を交付しない場合	□ 処方箋を交付しない場合
	(1) 初診時 769点	(1) 初診時 758点
	(2) 再診時 576点	(2) 再診時 566点
	2 小児かかりつけ診療料 2	2 小児かかりつけ診療料 2
	イ 処方箋を交付する場合	イ 処方箋を交付する場合
	(1) 初診時 641点	(1) 初診時 630点
	(2) 再診時 447点	(2) 再診時 437点
	□ 処方箋を交付しない場合	□ 処方箋を交付しない場合
	(1) 初診時 758点	(1) 初診時 747点
(2) 再診時 565点	(2) 再診時 555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、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、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第6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、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、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、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10まで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、急性中耳炎、急性副鼻腔炎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。	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 【項目の見直し】	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	1 外来腫瘍化学療法診療料 1	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	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 (新設)
(1) 初回から3回目まで 800点	(1) 初回から3回目まで 800点	(1) 初回から3回目まで 800点 (新設)
(2) 4回目以降 450点	(2) 4回目以降 450点	(2) 4回目以降 450点
□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点	□ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350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	2 外来腫瘍化学療法診療料 2	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	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 (新設)
(1) 初回から3回目まで 600点	(1) 初回から3回目まで 600点	(1) 初回から3回目まで 600点

項 目	改 正 後	改 正 前
	(2) 4回目以降 320点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点	(新設) ロ 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
	3 外来腫瘍化学療法診療料3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 540点 (2) 4回目以降 280点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点	(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、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、注15及び注16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まで及び注19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10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。	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まで及び注15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まで及び注18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10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。
【注の見直し】	注2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)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、月3回に限り算定する。	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、月3回に限り算定する。
【注の見直し】	注3 1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。	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。
【注の追加】	注4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 イ 1のイの(1)又は(2)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以外の必要な治療管理を行った場合 ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	(新設)
【注の追加】	注5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)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以外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。	(新設)
	注6 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。	注4 (略)
	注7 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。	注5 (略)
【注の見直し】	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、1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	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

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	<p>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>(削る)</p>	<p>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>
【注の追加】	<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のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の変更等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100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 (I)</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>B001-3 生活習慣病管理料 (I)</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 610点</p> <p>2 高血圧症を主病とする場合 660点</p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 760点</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>2 高血圧症を主病とする場合 620点</p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 720点</p>
【注の見直し】	<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（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>
【注の見直し】	<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区分番号A001の注8に掲げる医学管理、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、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓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（I）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500点を加算する。</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、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</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>て、50点を所定点数に加算する。</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> <p>注3 1のロの(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>B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点 (新設)</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(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区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理等(区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、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、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(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B010-2に掲げる診療情報連携共有料、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B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)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500点を加算する。</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、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> <p>注5 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)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において、生活習慣病管理料(Ⅱ)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、290点を算定する。</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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・アンブル法・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）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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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。）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、ロイシニ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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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っ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> <p>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>B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点</p> <p>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>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>B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100点</p> <p>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>B001-9 療養・就労両立支援指導料</p> <p>1 初回 800点</p> <p>2 2回目以降 400点</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>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>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、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>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>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>B002 開放型病院共同指導料（Ⅰ） 350点</p> <p>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>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>B003 開放型病院共同指導料（Ⅱ） 220点</p> <p>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B004 退院時共同指導料 1</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B004 退院時共同指導料 1</p> <p>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>2 1 以外の場合 900点</p> <p>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及び区分番号B015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、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に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に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</p>	<p>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、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料</p>	<p>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、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つては、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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</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</p> <p>注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注5、区分番号H001-2の注5又は区分番号H002の注5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</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、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>B005-5 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>B005-6 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</p> <p>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</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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。</p> <p>B005-6-2 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>B005-6-3 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>B005-6-4 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、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、所定点数に代えて、435点を算定する。</p> <p>B005-7 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、所定点数に含まれるものとする。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>B005-7-2 認知症療養指導料</p> <p>1 認知症療養指導料1 350点 2 認知症療養指導料2 300点 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B005-7-3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>注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。</p> <p>B005-7-3 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>の助言に係る区分番号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>B005-8 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>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、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。</p> <p>B005-9 外来排尿自立指導料 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>B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 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>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>B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750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け出た精神科又は心療内科を標榜する保険</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B 005-11 遠隔連携診療料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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> <p>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。</p> <p>B005-11 遠隔連携診療料</p> <p>1 診断を目的とする場合 750点</p> <p>2 その他の場合 500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、<u>患者の同意を得て、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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。</u></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、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、<u>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、3月に1回に限り算定する。</u></p> <p>B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ） 350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、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。</p> <p>B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ） 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</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。</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、<u>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。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>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。</p> <p>B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90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、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。</p> <p>B006 救急救命管理料 500点</p> <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</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p> 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。 注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患者の負担とする。 B008 薬剤管理指導料 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 2 1の患者以外の患者の場合 325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。 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。 B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点 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。 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。 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、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。 B009 診療情報提供料（I） 250点 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。 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 </p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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等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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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場合、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>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>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>B009-2 電子的診療情報評価料 30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>B010 診療情報提供料（Ⅱ） 500点</p> <p>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>B010-2 診療情報連携共有料 120点</p> <p>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>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>B011 連携強化診療情報提供料 150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、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 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> <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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 633 275 662">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 498">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 data-bbox="374 504 797 604">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、別に算定できない。</p> <p data-bbox="374 610 495 633">B011-2 削除</p> <p data-bbox="374 639 797 662">B011-3 薬剤情報提供料 4点</p> <p data-bbox="374 668 797 817">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 data-bbox="374 823 797 971">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 data-bbox="374 977 797 1058">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 data-bbox="374 1064 635 1087">B011-4 医療機器安全管理料</p> <p data-bbox="374 1093 797 1164">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 data-bbox="374 1170 797 1271">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 data-bbox="374 1277 797 1425">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 data-bbox="374 1431 797 1590">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 data-bbox="374 1595 797 1647">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 data-bbox="374 1653 797 1850">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、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</p>	<p data-bbox="817 633 1037 662">B011-3 薬剤情報提供料 10点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>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。</p> <p>B011-6 栄養情報連携料 70点 注1 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム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（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。</p> <p>注3 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>B012 傷病手当金意見書交付料 100点 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 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 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>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>B015 精神科退院時共同指導料 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>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>イ 精神科退院時共同指導料（Ⅰ） 1,500点 ロ 精神科退院時共同指導料（Ⅱ） 900点 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>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>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>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>第2節 削除 【項目の削除】</p>	<p>(削る)</p>	<p>B 100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点 <u>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。</u> <u>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。</u></p>
<p>第3節 特定保険医療材料料</p>	<p>B 200 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2部 在宅医療

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</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>5 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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、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については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20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。</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>6 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。</p> <p>7 感染防止対策に資する情報を提供する体制</p>	<p>5 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。</p> <p>イ～リ（略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【通則の追加】	<p>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> <p>8 <u>抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18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は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
<p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<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 <u>別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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</u></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 <u>別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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</u></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 <u>別に厚生労働大臣が定める患者に対し、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</u></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>ニ <u>別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合</u></p> <p>(1) 緊急往診加算 325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（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合</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>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(2) 夜間・休日往診加算 405点 (3) 深夜往診加算 485点</p> <p>注2 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3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、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、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、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。この場合において、区分番号C001の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C001-2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。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 有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号、区分番号C001及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）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場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点 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場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点 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>	(新設)
【注の追加】	<p>注4 往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注3に規定する在宅ターミナルケア加算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。この場合において、区分番号C001の注7（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する看取り加算は算定できない。</p>	(新設)
【注の見直し】	<p>注5 患家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。ただし、注4に規定する加算を</p>	<p>注3 患家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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>算定する場合は、算定できない。</p> <p>注6 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7 往診に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>注4 (略)</p> <p>注5 (略)</p>
【注の見直し】	<p>注8 注1のイからハマまでについては、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>	<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>
【注の追加】	<p>注9 <u>在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
【注の追加】	<p>注10 <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が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この注において「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200点を所定点数に加算する。</u></p>	(新設)
C001 在宅患者訪問診療料 (I) (1日につき)	<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>	
【注の見直し】	<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(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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、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。この場合において、区分番号C000の注3に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。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、500点又</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>注10 往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療 (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>注11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注12 <u>1について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合における5回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>注13 <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、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10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</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】	注12	(新設)
【注の追加】	注13	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。</p> <p>C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（1日につき） 150点</p> <p>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>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>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>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>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>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>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</p>	<p>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="126 125 364 946"> C002 在宅時医学総合管理料（月1回） 【項目の見直し】 </p>	<p data-bbox="364 125 806 946"> 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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、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、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号C000の注3に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。</u>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 data-bbox="364 946 806 1275"> 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場合 (1) 病床を有する場合 6,200点 (2) 病床を有しない場合 5,200点 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 ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点 注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8、注10、注12及び注13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」、同注12中「1について」とあるのは「<u>注1のイについて</u>」と読み替えるものとする。 </p> <p data-bbox="364 1275 806 1848"> C002 在宅時医学総合管理料（月1回） 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場合 イ 病床を有する場合 (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 5,385点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,485点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,865点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,400点 ⑤ ①から④まで以外の場合 2,110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。） </p>	<p data-bbox="806 125 1240 946"> 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 data-bbox="806 946 1240 1275"> 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 data-bbox="806 1275 1240 1848"> 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場合 イ 病床を有する場合 (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 5,400点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,500点 ③ ①及び②以外の場合 2,880点 (新設) (新設) (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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>4,485点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,385点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>1,185点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>1,065点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>905点</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。) ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>3,014点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,670点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>865点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>780点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>660点</u> (4) 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 <u>2,745点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,485点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>765点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>670点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>575点</u> (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 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,500点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>828点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>425点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>373点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>317点</u> 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 <u>4,985点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>4,125点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>2,625点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>2,205点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>1,935点</u> (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 <u>4,085点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,185点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>1,085点</u>	① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>4,500点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,400点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>1,200点</u> (新設) (新設) (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。) ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>3,029点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,685点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>880点</u> (新設) (新設) (4) 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 <u>2,760点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,500点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>780点</u> (新設) (新設) (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 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,515点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>843点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>440点</u> (新設) (新設) 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 <u>5,000点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>4,140点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>2,640点</u> (新設) (新設) (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 <u>4,100点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,200点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>1,100点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 970点	(新設)
	⑤ ①から④まで以外の場合 825点	(新設)
(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。)		(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。)
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,774点	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	1,550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 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	805点	③ ①及び②以外の場合 820点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	720点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	611点	(新設)
(4) 月1回訪問診療を行っている場合		(4) 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	2,505点	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	1,365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 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	705点	③ ①及び②以外の場合 720点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	615点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	525点	(新設)
(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		(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
① 単一建物診療患者が1人の場合	1,380点	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	768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 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	395点	③ ①及び②以外の場合 410点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	344点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	292点	(新設)
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		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		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	4,585点	(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	3,765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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,385点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	2,010点	(新設)
(5) (1)から(4)まで以外の場合	1,765点	(新設)
ロ 月2回以上訪問診療等を行っている場合(イの場合を除く。)		ロ 月2回以上訪問診療等を行っている場合(イの場合を除く。)
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,685点	(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人以下の場合	1,985点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,000点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	985点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	875点	(新設)
(5) (1)から(4)まで以外の場合	745点	(新設)
ハ 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		ハ 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

項 目	改 正 後	改 正 前
	いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	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 2,554点	(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 1,450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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点	(3) (1)及び(2)以外の場合 780点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 578点	(新設)
ニ	月1回訪問診療を行っている場合	ニ 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 2,285点	(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 1,265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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点	(3) (1)及び(2)以外の場合 680点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 490点	(新設)
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	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
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,270点	(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 718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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点	(3) (1)及び(2)以外の場合 390点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 275点	(新設)
3	1及び2に掲げるもの以外の場合	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	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 3,435点	(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 2,820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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点	(新設)
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。）	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 2,735点	(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 1,460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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 555点	(新設)
ハ	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（イ及びロの場合を除く。）	ハ 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（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 2,014点	(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 1,165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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1669 255 1692">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="395 131 795 262">(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>645点</u> (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>573点</u> (5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>487点</u></p> <p data-bbox="395 266 795 529">ニ 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 <u>1,745点</u> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>980点</u> (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>545点</u> (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>455点</u> (5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>395点</u></p> <p data-bbox="395 533 795 846">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 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,000点</u> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>575点</u> (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>315点</u> (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>264点</u> (5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>225点</u></p> <p data-bbox="395 850 795 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（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 data-bbox="395 1352 795 1402">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 data-bbox="395 1406 795 1506">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 data-bbox="395 1510 795 1665">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 data-bbox="395 1669 795 1846">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、次に掲げる点数を所定点数に加算す</p>	<p data-bbox="847 131 1234 158">(3) (1)及び(2)以外の場合 <u>660点</u></p> <p data-bbox="847 181 1234 208">(新設)</p> <p data-bbox="847 231 1234 258">(新設)</p> <p data-bbox="847 262 1234 343">ニ 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 <u>1,760点</u></p> <p data-bbox="847 347 1234 397">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>995点</u></p> <p data-bbox="847 401 1234 428">(3) (1)及び(2)以外の場合 <u>560点</u></p> <p data-bbox="847 452 1234 479">(新設)</p> <p data-bbox="847 502 1234 529">(新設)</p> <p data-bbox="847 533 1234 614">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 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,015点</u></p> <p data-bbox="847 618 1234 668">(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>590点</u></p> <p data-bbox="847 672 1234 699">(3) (1)及び(2)以外の場合 <u>330点</u></p> <p data-bbox="847 722 1234 749">(新設)</p> <p data-bbox="847 772 1234 799">(新設)</p> <p data-bbox="847 1669 1234 1846">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、<u>600点</u>を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	る。	
	イ 初回の場合 800点	(新設)
	ロ 2回目以降の場合 300点	(新設)
	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。	
	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。	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。
	イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点	(1)・(2) (略)
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点	
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 100点	(3) (1)及び(2)以外の場合 100点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 85点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 75点	(新設)
ロ 在宅療養実績加算1	ロ 在宅療養実績加算1	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点	(1)・(2) (略)	
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点		
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 75点	(3) (1)及び(2)以外の場合 75点	
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点	(新設)	
(5) (1)から(4)まで以外の場合 56点	(新設)	
ハ 在宅療養実績加算2	ハ 在宅療養実績加算2	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合 200点	(1)・(2) (略)	
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 100点		
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 50点	(3) (1)及び(2)以外の場合 50点	
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 43点	(新設)	
(5) (1)から(4)まで以外の場合 38点	(新設)	
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、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。		
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。	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。	
イ 在宅療養移行加算1 316点	イ 在宅療養移行加算1 216点	
ロ 在宅療養移行加算2 216点	ロ 在宅療養移行加算2 116点	
ハ 在宅療養移行加算3 216点	(新設)	
ニ 在宅療養移行加算4 116点	(新設)	
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。		
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)		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>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>注14 1のイの(1)の③から⑤まで、1のイの(2)の③から⑤まで、1のイの(3)の③から⑤まで、1のイの(4)の③から⑤まで、1のイの(5)の③から⑤まで、1のロの(1)の③から⑤まで、1のロの(2)の③から⑤まで、1のロの(3)の③から⑤まで、1のロの(4)の③から⑤まで、1のロの(5)の③から⑤まで、2のイの(3)から(5)まで、2のロの(3)から(5)まで、2のハの(3)から(5)まで、2のニの(3)から(5)まで、2のホの(3)から(5)まで、3のイの(3)から(5)まで、3のロの(3)から(5)まで、3のハの(3)から(5)まで、3のニの(3)から(5)まで及び3のホの(3)から(5)までについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。</p>	(新設)
【注の追加】	<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同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。</p>	(新設)
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</p> <p style="text-align: right;">3,885点</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</p> <p style="text-align: right;">3,900点</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 <u>3,225点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>2,865点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>2,400点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>2,110点</u>	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>3,240点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>2,880点</u>
	(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 <u>3,185点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,685点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>1,185点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>1,065点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>905点</u>	(新設) (新設) (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 <u>3,200点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,700点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>1,200点</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。 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>2,234点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,250点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>865点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>780点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>660点</u>	(新設) (新設) (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。 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>2,249点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,265点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>880点</u>
	(4) 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 <u>1,965点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,065点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>765点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>670点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>575点</u>	(新設) (新設) (4) 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 <u>1,980点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,080点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>780点</u>
	(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 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,110点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>618点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>425点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>373点</u> ⑤ ①から④まで以外の場合 <u>317点</u>	(新設) (新設) (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 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,125点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>633点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>440点</u>
	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 <u>3,585点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,955点</u> ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>2,625点</u> ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>2,205点</u>	(新設) (新設) 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 <u>3,600点</u> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,970点</u> ③ ①及び②以外の場合 <u>2,640点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	⑤ ①から④まで以外の場合 1,935点	(新設)
(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。)	2,885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	2,885点	① 単一建物診療患者が1人の場合 2,900点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,535点	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	1,085点	③ ①及び②以外の場合 1,100点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	970点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	825点	(新設)
(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。)	825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。)
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,054点	① 単一建物診療患者が1人の場合 2,069点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,160点	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,175点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	805点	③ ①及び②以外の場合 820点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	720点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	611点	(新設)
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	611点	(4) 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	1,785点	① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	975点	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	705点	③ ①及び②以外の場合 720点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	615点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	525点	(新設)
(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	525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
① 単一建物診療患者が1人の場合	1,020点	① 単一建物診療患者が1人の場合 1,035点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	573点	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 588点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	395点	③ ①及び②以外の場合 410点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	344点	(新設)
⑤ ①から④まで以外の場合	292点	(新設)
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	292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	292点	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	3,285点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,685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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	2,385点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	2,010点	(新設)
(5) (1)から(4)まで以外の場合	1,765点	(新設)
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。)	1,765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	2,585点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,600点

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 <u>1,385点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,400点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>985点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>1,000点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>875点</u>	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>745点</u>	(新設)
ハ	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（イ及びロの場合を除く。）	ハ 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（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 <u>1,894点</u>	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,909点</u>
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,090点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,105点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>765点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>780点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>679点</u>	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>578点</u>	(新設)
ニ	月1回訪問診療を行っている場合	ニ 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 <u>1,625点</u>	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,640点</u>
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>905点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>920点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>665点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>680点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>570点</u>	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>490点</u>	(新設)
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	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
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>940点</u>	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>955点</u>
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>538点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>553点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>375点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>390点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>321点</u>	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>275点</u>	(新設)
3	1及び2に掲げるもの以外の場合	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	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 <u>2,435点</u>	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>2,450点</u>
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,010点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,025点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>1,785点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>1,800点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>1,500点</u>	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 <u>1,315点</u>	(新設)
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。）	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 <u>1,935点</u>	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <u>1,950点</u>
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,010点</u>	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>1,025点</u>
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <u>735点</u>	(3) <u>(1)及び(2)以外</u> の場合 <u>750点</u>
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <u>655点</u>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	(5) (1)から(4)まで以外の場合 555点	(新設)
	ハ 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（イ及びロの場合を除く。）	ハ 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（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 1,534点	(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 895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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点	(3) (1)及び(2)以外の場合 660点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 487点	(新設)
	ニ 月1回訪問診療を行っている場合	ニ 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 1,265点	(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 710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) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 545点	(3) (1)及び(2)以外の場合 560点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 395点	(新設)
	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	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
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 760点	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 775点
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 440点	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 455点
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 315点	(3) (1)及び(2)以外の場合 330点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 264点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 225点	(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（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。	
	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。	
	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。	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。
	イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点	(1)・(2) (略)
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点	
	(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 75点	(3) (1)及び(2)以外の場合 75点
	(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点	(新設)
	(5) (1)から(4)まで以外の場合 56点	(新設)
ロ 在宅療養実績加算1	ロ 在宅療養実績加算1	

項 目	改 正 後	改 正 前
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 225点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 110点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 56点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 47点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 42点 ハ 在宅療養実績加算2 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 150点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 75点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 40点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 33点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 30点 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。 注5 区分番号C002の注2から注5まで、注8から注10まで、注14及び注15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。 注6 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。 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。	(1)・(2) (略) (3) (1)及び(2)以外の場合 56点 (新設) (新設) ハ 在宅療養実績加算2 (1)・(2) (略) (3) (1)及び(2)以外の場合 40点 (新設) (新設)
【注の見直し】		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。
C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)	
	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 イ 病床を有する場合 (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 1,798点 (2) 処方箋を交付しない場合 2,000点 ロ 病床を有しない場合 (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 1,648点 (2) 処方箋を交付しない場合 1,850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 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 1,493点	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 イ 病床を有する場合 (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 (2) (略) ロ 病床を有しない場合 (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 (2) (略) 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 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
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1164 234 1190">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 1827 234 1852">【注の追加】</p>	<p data-bbox="378 131 795 164">ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点</p> <p data-bbox="378 164 795 396">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（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。</p> <p data-bbox="378 396 795 454">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 data-bbox="378 454 795 531">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 data-bbox="378 531 795 589">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 data-bbox="378 589 795 801">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。</p> <p data-bbox="378 801 795 956">注6 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。</p> <p data-bbox="378 956 795 1168">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。</p> <p data-bbox="378 1168 795 1825">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、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10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15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。</p> <p data-bbox="378 1825 795 1856">注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p data-bbox="831 131 913 156">ロ（略）</p> <p data-bbox="814 1164 872 1190">（新設）</p> <p data-bbox="814 1827 872 1852">（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																		
<p>【新設】</p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p>	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なもの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。</p> <p>C004 救急搬送診療料 1,300点</p> <p>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>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>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>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>C004-2 救急患者連携搬送料</p> <table border="0"> <tr> <td>1 入院中の患者以外の患者の場合</td> <td>1,800点</td> </tr> <tr> <td>2 入院初日の患者の場合</td> <td>1,200点</td> </tr> <tr> <td>3 入院2日目の患者の場合</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>4 入院3日目の患者の場合</td> <td>600点</td> </tr> </table> <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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。</p> <p>C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td>580点</td> </tr> <tr> <td>ロ 週4日目以降</td> <td>680点</td> </tr> <tr> <td>2 准看護師による場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 週3日目まで</td> <td>530点</td> </tr> </table>	1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点	2 入院初日の患者の場合	1,200点	3 入院2日目の患者の場合	800点	4 入院3日目の患者の場合	600点	1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合		イ 週3日目まで	580点	ロ 週4日目以降	680点	2 准看護師による場合		イ 週3日目まで	530点	<p>(新設)</p>
1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点																			
2 入院初日の患者の場合	1,200点																			
3 入院2日目の患者の場合	800点																			
4 入院3日目の患者の場合	600点																			
1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合																				
イ 週3日目まで	580点																			
ロ 週4日目以降	680点																			
2 准看護師による場合																				
イ 週3日目まで	530点																			

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>ロ 週4日目以降 630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専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p> <p>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>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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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、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 月14日目まで 265点 ロ 月15日目を以降 200点</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 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130点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあつては、180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つては週1日を、ハの場合にあつては週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 450点 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 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 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。） (1) 1日に1回の場合 300点 (2) 1日に2回の場合 600点 (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つ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</p>	<p>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>(新設) (新設)</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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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み、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、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。</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つ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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。)</p>	
【注の追加】	<p>注17 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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(准看護師を除く。)が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り5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15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の注13(区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8にそれぞれ規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療DX情報活用加算は算定できない。</p>	(新設)
【注の追加】	<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において、区分番号C001の注8(区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10(区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。)に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注19 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20 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	(新設)
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)	<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>注17 (略)</p> <p>注18 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>イ 同一日に2人 (1) 週3日目まで 580点 (2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 293点 (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 (1) 週3日目まで 530点 (2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上 (1) 週3日目まで 268点 (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専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点</p> <p>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>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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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>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</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</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 720点</p> <p>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つては週1日を、ハの場合にあつては週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</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</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</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</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</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</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18まで及び注20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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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及び同注18中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居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</p>	<p>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「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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。</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I 012-2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>	

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人につき月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>	

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
【新設】	<p>け出し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> <p>1 外来在宅共同指導料1 400点</p> <p>2 外来在宅共同指導料2 600点</p> <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、在宅での療養上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> <p>C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 (新設)</p> <p>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（区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号C002-2の注5の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、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、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で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>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>【通則の見直し】</p>	<p>通則</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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算定する。</p> <p>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（3を除く。）に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-4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>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</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>用は算定しない。</p> <p>C100 退院前在宅療養指導管理料 120点</p> <p>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>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>C101 在宅自己注射指導管理料</p> <p>1 複雑な場合 1,230点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 月27回以下の場合 650点</p> <p>ロ 月28回以上の場合 750点</p> <p>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>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月を限度として、580点を所定点数に加算する。</p> <p>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>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>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>C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点</p> <p>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>C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料</p> <p>1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 150点</p> <p>2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 150点</p> <p>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>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C102-2 在宅血液透析指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点</p> <p>注1 在宅自己連続携行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、在宅自己連続携行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>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>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も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>C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000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、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>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も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>C103 在宅酸素療法指導管理料</p> <p>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点</p> <p>2 その他の場合 2,400点</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C 107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料</p> <p>【注の追加】</p> <p>C 108 在宅麻薬等注射指導管理料 【名称の見直し】 【項目の見直し】</p>	<p>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>C 105-2 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>C 105-3 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>C 106 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。 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>C 107 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導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C 107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点 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。 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><u>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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218点を算定する。</p> <p>C 107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点 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>C 108 在宅麻薬等注射指導管理料 1 悪性腫瘍の場合 1,500点</p>	<p>(新設)</p> <p>C 108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点 (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点	(新設)
【注の見直し】	3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点	(新設)
【注の追加】	注1 1については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	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。
【注の追加】	注2 2については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	(新設)
【注の追加】	注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	(新設)
【新設】	C108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点	(新設)
【新設】	注 悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【新設】	C108-3 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点	(新設)
	注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	
C108-4 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料		
【区分番号の見直し】	C108-4 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点	C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点
【注の見直し】	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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の1又は区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射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麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	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。
	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点	
	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。	
	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。	
	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点	
	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。	
	C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点	
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>C110-3 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> <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> <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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>工心臓（非拍動流型）を使用している患者であっ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って、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って、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 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。</p> <p>注2 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。</p>	
<p>第2款 在宅療養指導管理材料加算</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に、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> <p>C150 血糖自己測定器加算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	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	
	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。	
	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降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降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。）	
	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。	
	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降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。）	
	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。	
	注4 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。	
	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。	
	C152 間歇注入シリンジポンプ加算	
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	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。	
	C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算	(新設)
	1 月5個以上10個未満の場合 2,330点	
	2 月10個以上15個未満の場合 3,160点	
	3 月15個以上20個未満の場合 3,990点	
	4 月20個以上の場合 4,820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、持続皮下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 在宅自己連続携帯行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 在宅自己連続携帯行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 酸素ポンペ加算		
1 携帯用酸素ポンペ 880点		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C161 注入ポンプ加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>2 1以外の酸素ポンベ 3,950点</p> <p>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、酸素ポンベを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C158 酸素濃縮装置加算 4,000点</p> <p>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に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。</p> <p>C159 液化酸素装置加算</p> <p>1 設置型液化酸素装置 3,970点</p> <p>2 携帯型液化酸素装置 880点</p> <p>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。</p> <p>C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291点</p> <p>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。</p> <p>C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点</p> <p>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。</p> <p>C161 注入ポンプ加算 1,250点</p> <p>注 次のいずれかに該当す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。</p> <p>イ <u>在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者</u></p> <p>ロ 次のいずれかに該当する患者</p> <p>(1) <u>悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者</u></p> <p>(2) <u>筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者</u></p> <p>(3) (1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者</p> <p>ハ <u>悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者</u></p> <p>ニ <u>在宅強心剤持続投与を行っている患者</u></p> <p>ホ <u>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患者</u></p> <p>C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点</p> <p>注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄</p>	<p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。</p> <p>C163 特殊カテーテル加算</p> <p>1 再利用型カテーテル 400点</p> <p>2 間歇導尿用ディスプレイカテーテル 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</p> <p>3 間歇バルーンカテーテル 1,000点</p> <p>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、間歇導尿用ディスプレイ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。</p> <p>C164 人工呼吸器加算</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算</p> <p>1 ASVを使用した場合 3,750点</p> <p>2 CPAPを使用した場合 960点</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、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。</p>	<p>2 CPAPを使用した場合 1,000点</p>
<p>C166 携帯型ディスプレイカテーテルポンプ加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>C166 携帯型ディスプレイカテーテルポンプ加算</p> <p>2,500点</p> <p>注 次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスプレイカテーテルポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者</p> <p>ロ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者</p> <p>ハ イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者</p> <p>C167 疼痛等管理用送信器加算 600点</p> <p>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</p>	<p>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カテーテルポンプを使用した場合に、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 【項目の見直し】	<p>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（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C168 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。</p> <p>C168-2 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。</p> <p>C169 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。</p> <p>C170 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。</p> <p>C171 在宅酸素療法材料加算 1 チアノーゼ型先天性疾患の場合 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。</p> <p>C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100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、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 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 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 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</p> <p><u>1</u> 自動給水加湿チャンバーを用いる場合 (新設) 3,500点</p> <p><u>2</u> 1以外の場合 (新設) 2,500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>C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>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 通則 (略)	第1節 検体検査料 通則 (略)
第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料 通則 (略) 区分	第1款 検体検査実施料 通則 (略) 区分
(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)
【点数の見直し】 【項目の見直し】	D000 (略) D001 尿中特殊物質定性定量検査 1～7 (略) 8 トランスフェリン (尿) 98点 9 アルブミン定量 (尿) 99点 10 (略) 11 δアミノレブリン酸 (δ-ALA) (尿) 106点 12～15 (略) 16 総ヨウ素 (尿)、ポルフォビリノゲン (尿) 186点 17 プロスタグランジンE主要代謝物(尿) 187点	D000 (略) D001 尿中特殊物質定性定量検査 1～7 (略) 8 アルブミン定量 (尿) 99点 9 トランスフェリン (尿) 101点 10 (略) 11 δアミノレブリン酸 (δ-ALA) (尿) 109点 12～15 (略) 16 総ヨウ素 (尿) 186点 (新設)
【点数の見直し】	18～21 (略) 注 (略) D002・D002-2 (略) D003 糞便検査 1～8 (略) 9 カルプロテクチン (糞便) 268点 D004 穿刺液・採取液検査 1～7 (略) 8 顆粒球エラストーゼ (子宮頸管粘液) 116点 9 (略) 10 IgGインデックス 390点 11～14 (略) 15 アミロイドβ42/40比 (髄液) 1,282点 16～18 (略) D004-2 (略)	17 ポルフォビリノゲン (尿) 191点 18～21 (略) 注 (略) D002・D002-2 (略) D003 糞便検査 1～8 (略) 9 カルプロテクチン (糞便) 270点 D004 穿刺液・採取液検査 1～7 (略) 8 顆粒球エラストーゼ (子宮頸管粘液) 119点 9 (略) 10 IgGインデックス 402点 11～14 (略) (新設) 15～17 (略) D004-2 (略)
(血液学的検査)	(血液学的検査) D005 血液形態・機能検査 1～5 (略) 6 末梢血液像 (鏡検法) 25点 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ37点を所定点数に加算する。 7～13 (略) 14 骨髓像 788点 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ60点を所定点数に加算する。 15 (略) D006 出血・凝固検査 1～7 (略) (削る) 8～12 (略) 13 Dダイマー定性 121点	(血液学的検査) D005 血液形態・機能検査 1～5 (略) 6 末梢血液像 (鏡検法) 25点 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。 7～13 (略) 14 骨髓像 788点 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。 15 (略) D006 出血・凝固検査 1～7 (略) 8 血小板凝集能 50点 9～13 (略) 14 Dダイマー定性 122点

項 目	改 正 後	改 正 前
	14 von Willebrand因子 (VWF) 活性 126点	(新設)
	15 Dダイマー 127点	(新設)
	16 (略)	15 (略)
	(削る)	16 von Willebrand因子 (VWF) 活性 129点
	(削る)	17 Dダイマー 130点
	17~20 (略)	18~21 (略)
	21 プラスミン・プラスミンインヒビター複合 体 (P I C) 150点	22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合 体 (P I C) 154点
	22 プロテインS抗原 154点	23 プロテインS抗原 158点
	23 (略)	24 (略)
	24 β -トロンボグロブリン (β -T G)、トロ ンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T) 171点	25 β -トロンボグロブリン (β -T G)、トロ ンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T) 176点
	25 血小板第4因子 (P F ₄) 173点	26 血小板第4因子 (P F ₄) 178点
	26・27 (略)	27・28 (略)
	28 フィブリンモノマー複合体 215点	29 フィブリンモノマー複合体 221点
	29 (略)	30 (略)
	30 プロテインC抗原 226点	31 プロテインC抗原 232点
	31 プロテインC活性 227点	32 プロテインC活性 234点
	32・33 (略)	33・34 (略)
	34 血小板凝集能	(新設)
	イ 鑑別診断の補助に用いるもの 450点	
	ロ その他のもの 50点	
【注の見直し】	35 (略)	35 (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32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。
	イ・ロ (略)	イ・ロ (略)
	D006-2 (略)	D006-2 (略)
	D006-3 BCR-ABL1	D006-3 BCR-ABL1
	1 (略)	1 (略)
【項目の見直し】	2 Major BCR-ABL1 (m R N A 定量)	(新設)
	イ 診断の補助に用いるもの 2,520点	
	ロ モニタリングに用いるもの 2,520点	
	3 (略)	2 (略)
	D006-4 遺伝学的検査	D006-4 遺伝学的検査
	1~3 (略)	1~3 (略)
	注1 (略)	注 (略)
【注の追加】	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 け出した保険医療機関において、患者から1 回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾 患に対する検査を実施した場合は、主たる 検査の所定点数及び当該主たる検査の所定 点数の100分の50に相当する点数を合算し た点数により算定する。	(新設)
【点数の見直し】	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。)
【項目の見直し】	1 F I S H法を用いた場合 2,477点	1 F I S H法を用いた場合 2,553点
	2 流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った 場合 4,603点	(新設)
	3 その他の場合 2,477点	2 その他の場合 2,553点
	注1 (略)	注1 (略)
【注の見直し】	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 て行う場合に限り算定する。	注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。
	D006-6~D006-12 (略)	D006-6~D006-12 (略)
	D006-13 骨髄微小残存病変量測定	D006-13 骨髄微小残存病変量測定
【点数の見直し】	1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,395点	1 遺伝子再構成の同定に用いるもの 3,500点
	2 (略)	2 (略)
	注 (略)	注 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	D006-14～D006-23 (略) D006-24 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 12,500点	D006-14～D006-23 (略) D006-24 肺癌関連遺伝子多項目同時検査 10,000点
【項目の見直し】	D006-25・D006-26 (略) D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) 1～4 (略) 5 R A S 遺伝子検査 2,500点 6 B R A F 遺伝子検査 2,500点 7 H E R 2 遺伝子検査 (大腸癌に係るもの) 2,500点 8 H E R 2 遺伝子検査 (肺癌に係るもの) 5,000点 9 マイクロサテライト不安定性検査 2,500点	D006-25・D006-26 (略) D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) 1～4 (略) (新設) (新設) (新設) (新設)
【注の見直し】	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、2、5、6、7若しくは9に掲げる検査又は区分番号D006-12に掲げるE G F R 遺伝子検査(血漿)を2項目、3項目又は4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、6,000点又は8,000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、4又は8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8,000点又は12,000点を算定する。	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E G F R 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 (略)	D006-28 (略)
【新設】	D006-29 乳癌悪性度判定検査 43,500点 D006-30 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査 20,500点	(新設) (新設)
(生化学的検査 (I))	(生化学的検査 (I)) D007 血液化学検査 1～24 (略) 25 フェリチン半定量、フェリチン定量 102点 26 エタノール 105点 27 リポ蛋白 (a) 107点 28 ヘパリン、K L-6 108点 (削る) 29 心筋トロポニン I、心筋トロポニン T (T n T) 定性・定量、アルミニウム (A l) 109点 30 シスタチン C 112点 31～35 (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-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定量 131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 亜鉛 (Z n) 132点 38 アルブミン非結合型ビリルビン 135点 (削る) 39 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)、アンジオテンシン I 転換酵素 (A C E)、ビタミン B ₁₂ 136点 (削る) 40 (略)	(生化学的検査 (I)) D007 血液化学検査 1～24 (略) 25 フェリチン半定量、フェリチン定量 105点 (新設) 26 リポ蛋白 (a) 107点 27 ヘパリン、エタノール 108点 28 K L-6 111点 29 心筋トロポニン I、心筋トロポニン T (T n T) 定性・定量、アルミニウム (A l) 112点 30 シスタチン C 115点 31～35 (略) (新設) (新設) (新設) 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-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定量、アル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 38 アンジオテンシン I 転換酵素 (A C E)、ビタミン B ₁₂ 140点 39 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
	41 葉酸 146点	(新設)
	42 (略)	40 (略)
	43 ビルビン酸キナーゼ (PK) 150点	41 ビルビン酸キナーゼ (PK)、葉酸 150点
	44 レムナント様リポ蛋白コレステロール (R L P-C) 174点	(新設)
	45 (略)	42 (略)
	46 ヒアルロン酸 179点	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
	47 A L Pアインザイム (P A G電気泳動法)、アセトアミノフェン 180点	44 A L Pアインザイム (P A G電気泳動法) 180点
	48 (略)	45 (略)
	(削る)	46 アセトアミノフェン 185点
	49 (略)	47 (略)
	50 M a c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン、サイトケラチン18フラグメント (CK-18F)、E L Fスコア 194点	48 M a c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン 194点
	51 ~ 54 (略)	49 ~ 52 (略)
	(削る)	53 ビタミンB ₁ 239点
	55 ビタミンB ₂ 235点	54 ビタミンB ₂ 242点
	56 ビタミンB ₁ 239点	(新設)
	(削る)	55 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点
	57 ロイシンリッチ a ₂ グリコプロテイン 268点	(新設)
	58 (略)	56 (略)
	(削る)	57 ロイシンリッチ a ₂ グリコプロテイン 276点
	59 プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量 276点	58 プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量 284点
	60 ビタミンC 296点	(新設)
	61 (略)	59 (略)
	(削る)	60 ビタミンC 305点
	62 (略)	61 (略)
	63 (略)	62 (略)
	64 血管内皮増殖因子 (VEGF)、コクリントモプロテイン (CTP) 460点	63 血管内皮増殖因子 (VEGF) 460点
	65 (略)	64 (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。	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)	イ・ロ (略)
	ハ 10項目以上 103点	ハ 10項目以上 106点
	注 (略)	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 ~ 5 (略)	1 ~ 5 (略)
	6 プロラクチン (PRL)、甲状腺刺激ホルモン (TSH) 98点	6 プロラクチン (PRL) 98点
	7 (略)	7 (略)
	8 レニン活性、インスリン (IRI) 100点	8 レニン活性 100点
	9 ガストリン 101点	9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 101点
	(削る)	10 インスリン (IRI) 103点
	10 レニン定量 102点	11 レニン定量 105点
	11 サイロキシン (T ₄) 105点	12 サイロキシン (T ₄) 108点
	12 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) 105点	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) 108点
	13 テストステロン 119点	14 テストステロン 122点
	14 遊離サイロキシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール	15 遊離サイロキシン (FT ₄)、遊離トリヨードサイロニン (FT ₃)、コルチゾール

項 目	改 正 後	改 正 前
	121点	124点
15 アルドステロン	122点	125点
16 サイログロブリン	128点	(新設)
17 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	129点	(新設)
18 サイロキシン結合グロブリン (TBG)、 脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン、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	130点	17 サイロキシン結合グロブリン (TBG) 130点
(削る)		18 サイログロブリン 131点
(削る)		19 ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 132点
(削る)		20 脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン 133点
19 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体)	134点	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 134点
20・21 (略)		22・23 (略)
22 プロゲステロン	143点	24 プロゲステロン 147点
23～25 (略)		25～27 (略)
26 オステオカルシン (OC)、骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	157点	28 オステオカルシン (OC) 157点
27 (略)		29 (略)
28 I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP)	160点	(新設)
29 副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画	161点	(新設)
(削る)		30 骨型アルカリホスファターゼ (BAP) 161点
30 (略)		31 (略)
31 デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S)	164点	(新設)
(削る)		32 I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) 164点
32 低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、サイクリックAMP (cAMP)	165点	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 165点
33 エストラジオール (E ₂)	167点	(新設)
34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)	169点	34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S) 169点
35 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)	170点	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) 170点
(削除)		36 エストラジオール (E ₂) 172点
36 (略)		37 (略)
37 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン	184点	38 副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン 189点
38 副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)	186点	(新設)
39～46 (略)		39～46 (略)
47 抗利尿ホルモン (ADH)	224点	47 抗利尿ホルモン (ADH) 230点
48～50 (略)		48～50 (略)
51 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	450点	51 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 320点
52 抗ミューラー管ホルモン (AMH)	597点	52 抗ミューラー管ホルモン (AMH) 600点
53 (略)		53 (略)
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12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		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

【注の見直し】

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】 【項目の見直し】	する。 イ～ハ (略)	する。 イ～ハ (略)
	D009 腫瘍マーカー	D009 腫瘍マーカー
	1 (略)	1 (略)
	2 <u>a-フェトプロテイン (AFP)</u> 98点	(新設)
	3 (略)	2 (略)
	(削る)	3 <u>a-フェトプロテイン (AFP)</u> 101点
	4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 101点	4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 104点
	5 (略)	5 (略)
	6 NCC-ST-439、CA15-3 112点	6 NCC-ST-439、CA15-3 115点
	7 DUPAN-2 115点	7 DUPAN-2 118点
	8 エラスターゼ1 120点	8 エラスターゼ1 123点
	9 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 121点	9 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 124点
	10 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 131点	10 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 135点
	11 CA125 136点	11 CA125 140点
	12 <u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u> 139点	(新設)
	13 <u>シアルルL eX-i 抗原 (SLX)</u> 140点	12 (略)
	14 (略)	13 <u>核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿)</u> 143点
	(削る)	14 <u>S Pan-1、シアルルL eX-i 抗原 (SLX)</u> 144点
	15 S Pan-1 144点	15・16 (略)
	16・17 (略)	(新設)
	18 <u>サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u> 154点	(新設)
	19 <u>シアルルL eX抗原 (CSLEX)</u> 156点	17 <u>B CA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u> 158点
	20 B CA225 158点	18 <u>サイトケラチン8・18 (尿)、シアルルL eX抗原 (CSLEX)</u> 160点
	21 サイトケラチン8・18 (尿) 160点	19～21 (略)
	22～24 (略)	22 <u>CA54 / 61、癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT)</u> 184点
	25 CA54 / 61 184点	(新設)
	26 <u>a-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L 3%)</u> 185点	23 <u>CA602、a-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L 3%)、組織因子経路インヒビター2 (TFPI 2)</u> 190点
	27 <u>CA602、組織因子経路インヒビター2 (TFPI 2)</u> 190点	24 <u>γ-セミノプロテイン (γ-Sm)</u> 194点
	28 <u>γ-セミノプロテイン (γ-Sm)</u> 192点	25・26 (略)
	29・30 (略)	(新設)
	31 <u>S 2, 3 PSA%</u> 248点	27～29 (略)
	32～34 (略)	(新設)
	35 <u>アポリポ蛋白A 2 (APOA 2) アイソフォーム</u> 335点	30 (略)
	36 (略)	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36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)	ハ 4項目以上 396点	
ハ 4項目以上 385点	D010 特殊分析	
D010 特殊分析	1～3 (略)	
1～3 (略)	4 アミノ酸	
4 アミノ酸	イ (略)	
イ (略)	ロ 5種類以上 1,141点	
ロ 5種類以上 1,107点	5・6 (略)	
5・6 (略)	7 脂肪酸分画 405点	
7 脂肪酸分画 393点		

項 目	改 正 後	改 正 前
(免疫学的検査) 【点数の見直し】 【項目の見直し】 【点数の見直し】 【項目の見直し】	8 先天性代謝異常症検査 イ・ロ (略) ハ タンデムマス分析 1,107点 ニ その他 1,107点 注1・2 (略) (免疫学的検査) D011 免疫血液学的検査 1～5 (略) 6 血小板関連 I g G (P A - I g G) 190点 7・8 (略) 9 血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) 376点 10 (略) 11 血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体定性 420点 D012 感染症免疫学的検査 1～15 (略) 16 H I V - 1 , 2 抗体定性、H I V - 1 , 2 抗体半定量、H I V - 1 , 2 抗原・抗体同時測定定性 109点 17 H I V - 1 抗体 113点 18 抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性 116点 19 A 群 β 溶連菌迅速試験定性 121点 20 (略) 21 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) 129点 (削る) 22 インフルエンザウイルス抗原定性 132点 23 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 (F T A - A B S 試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S 試験) 半定量 134点 24～26 (略) 27 マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) 148点 28 ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性、S A R S - C o V - 2 抗原定性 150点 29 クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性 152点 (削る) 30 (略) 31 大腸菌 O157 抗体定性、H T L V - I 抗体 159点 32 D-アラビニトール 160点 33 大腸菌 O157 抗原定性 161点 34 クリプトコックス抗原半定量 166点 (削る) 35 クリプトコックス抗原定性 169点 36 マイコプラズマ抗原定性 (F A 法) 170点 37 大腸菌血清型別 175点 (削る) 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 179点 39 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性 (皮膚) 180点	8 先天性代謝異常症検査 イ・ロ (略) ハ タンデムマス分析 1,141点 ニ その他 1,141点 注1・2 (略) (免疫学的検査) D011 免疫血液学的検査 1～5 (略) 6 血小板関連 I g G (P A - I g G) 193点 7・8 (略) 9 血小板第 4 因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体) 378点 10 (略) (新設) D012 感染症免疫学的検査 1～15 (略) 16 H I V - 1 , 2 抗体定性、H I V - 1 , 2 抗体半定量、H I V - 1 , 2 抗原・抗体同時測定定性 112点 (新設) 17 抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性 116点 18 A 群 β 溶連菌迅速試験定性 124点 19 (略) 20 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) 132点 21 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 (F T A - A B S 試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S 試験) 半定量 134点 22 インフルエンザウイルス抗原定性 136点 (新設) 23～25 (略) (新設) 26 ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性、マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) 150点 27 クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体 152点 28 クラミジア・トラコマチス抗原定性 156点 29 (略) 30 D-アラビニトール 160点 31 大腸菌 O157 抗体定性、H T L V - I 抗体 163点 (新設) 32 大腸菌 O157 抗原定性 165点 33 クリプトコックス抗原半定量 169点 34 マイコプラズマ抗原定性 (F A 法) 170点 35 クリプトコックス抗原定性 174点 (新設) 36 大腸菌血清型別 175点 37 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性 180点 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 (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	40 カンピロバクター抗原定性(糞便) 184点	(新設)
	41 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 188点	39 肺炎球菌莢膜抗原定性(尿・髄液) 193点
	42 (1→3)-β-D-グルカン 195点	(新設)
	43 (略)	40 (略)
	(削る)	41 (1→3)-β-D-グルカン 201点
	44 グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり) 200点	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
	注(略)	注(略)
	45 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量 203点	43 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量 207点
	46 レジオネラ抗原定性(尿) 205点	(新設)
	47 (略)	44 (略)
	(削る)	45 レジオネラ抗原定性(尿) 211点
	48 (略)	46 (略)
	49 (略)	47 (略)
	50 SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性 225点	(新設)
	51 (略)	48 (略)
	52 エンドトキシン 229点	(新設)
	53 (略)	49 (略)
	(削る)	50 エンドトキシン 236点
	54～56 (略)	51～53 (略)
	57 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 356点	54 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 366点
	58 (略)	55 (略)
	59 SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性 420点	(新設)
	60 (略)	56 (略)
	61 SARS-CoV-2抗原定量 560点	(新設)
	62・63 (略)	57・58 (略)
	64 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 822点	59 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 847点
	65・66 (略)	60・61 (略)
	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 HBe抗原、HBe抗体 98点	4 HBe抗原、HBe抗体 101点
	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白 102点	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白 105点
	6 HbC抗体半定量・定量 130点	6 HbC抗体半定量・定量 133点
	7～10 (略)	7～10 (略)
	11 HCV血清群別判定 215点	11 HCV血清群別判定 221点
	12 HBVコア関連抗原(HBcrAg) 252点	12 HBVコア関連抗原(HBcrAg) 259点
	13・14 (略)	13・14 (略)
	注(略)	注(略)
	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 99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 102点
	6 抗インスリン抗体 107点	(新設)
	7 抗核抗体(蛍光抗体法を除く。) 110点	6 抗核抗体(蛍光抗体法を除く。)、抗インスリン抗体 110点
	8 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 111点	7 抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 114点
	9 (略)	8 (略)
	10 抗サイログロブリン抗体 136点	(新設)
	11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 138点	(新設)
	12 抗Jo-1抗体定性、抗Jo-1抗体半定量、抗Jo-1抗体定量 140点	9 抗Jo-1抗体定性、抗Jo-1抗体半定量、抗Jo-1抗体定量、抗サイログロブリン抗体 140点
	(削る)	10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 142点
	13 (略)	11 (略)
	14 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量 147点	12 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量 151点
	15 (略)	13 (略)

【点数の見直し】

【点数の見直し】
【項目の見直し】

項 目	改 正 後	改 正 前
	16 抗 Scl-70抗体定性、抗 Scl-70抗体半定量、抗 Scl-70抗体定量、抗 S S-B/La抗体定性、抗 S S-B/La抗体半定量、抗 S S-B/La抗体定量 157点 (削る) (削る)	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
	17 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 159点	15 抗 S S-B/La抗体定性、抗 S S-B/La抗体半定量、抗 S S-B/La抗体定量 158点
	18 抗 S S-A/Ro抗体定性、抗 S S-A/Ro抗体半定量、抗 S S-A/Ro抗体定量 161点	16 抗 S S-A/Ro抗体定性、抗 S S-A/Ro抗体半定量、抗 S S-A/Ro抗体定量 161点
	19～23 (略)	17 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 163点 (新設)
	24 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 193点	18～22 (略) (新設)
	25 (略)	23 (略)
	26 I g G型リウマトイド因子 198点	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 (新設)
	27 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 214点	25 (略)
	28 (略) (削る)	26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 220点
	29～31 (略)	27～29 (略)
	32 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 251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
	33 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA) 252点	31 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA) 259点
	34 (略) (削る)	32 (略)
	(削る)	33 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a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 265点	34 抗MDA5抗体、抗TIF1-γ抗体、抗M-i-2抗体 270点
	36 抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16a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 (新設)
	37 抗MDA5抗体、抗TIF1-γ抗体、抗M-i-2抗体 270点	(新設)
	38・39 (略)	36・37 (略)
	40 甲状腺刺激抗体 (TSA b) 330点	38 甲状腺刺激抗体 (TSA b) 340点
	41～44 (略)	39～42 (略)
	45 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗ACH R抗体) 775点	43 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗ACH R抗体) 798点
	46～49 (略)	44～49 (略)
【注の見直し】	注1 本区分の10から16まで、18、19、23及び37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。	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。
【注の見直し】	注2 本区分の48及び49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。
【点数の見直し】	D015 血漿蛋白免疫学的検査	D015 血漿蛋白免疫学的検査
【項目の見直し】	1～9 (略)	1～9 (略)
	10 β ₂ -ミクログロブリン 98点	(新設)
	11 (略) (削る)	10 (略)
	12 トランスサイレチン (プレアルブミン) 101点	11 β ₂ -ミクログロブリン 101点
	13 (略)	12 トランスサイレチン (プレアルブミン) 104点
	14 α ₁ -ミクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。) 129点	13 (略)
		14 α ₁ -ミクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。) 132点

項 目	改 正 後	改 正 前
	15 レチノール結合蛋白 (RBP) <u>132点</u>	15 レチノール結合蛋白 (RBP) <u>136点</u>
	16・17 (略)	16・17 (略)
	18 T A R C <u>179点</u>	(新設)
	19 (略)	18 (略)
	(削る)	19 T A R C <u>184点</u>
	20～24 (略)	20～24 (略)
	25 C ₁ インアクチペータ <u>253点</u>	25 C ₁ インアクチペータ <u>260点</u>
	26～29 (略)	26～29 (略)
	30 結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能 <u>593点</u>	30 結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能 <u>594点</u>
【点数の見直し】	D016 細胞機能検査	D016 細胞機能検査
【項目の見直し】	1 B細胞表面免疫グロブリン <u>155点</u>	1 B細胞表面免疫グロブリン <u>157点</u>
	2 (略)	2 (略)
	3 T細胞・B細胞百分率 <u>193点</u>	3 T細胞・B細胞百分率 <u>198点</u>
	4～7 (略)	4～7 (略)
(微生物学的検査)	8 顆粒球表面抗原検査 <u>640点</u>	(新設)
	(微生物学的検査)	(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	D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
【点数の見直し】	1・2 (略)	1・2 (略)
【点数の見直し】	3 その他のもの <u>67点</u>	3 その他のもの <u>64点</u>
	注 (略)	注 (略)
	D018 細菌培養同定検査	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>180点</u>	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>200点</u>	2 消化管からの検体 <u>190点</u>
	3 血液又は穿刺液 <u>225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>190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>180点</u>	5 その他の部位からの検体 <u>170点</u>
	6 (略)	6 (略)
	注1・2 (略)	注1・2 (略)
【点数の見直し】	D019 細菌薬剤感受性検査	D019 細菌薬剤感受性検査
	1 1菌種 <u>185点</u>	1 1菌種 <u>180点</u>
	2 2菌種 <u>240点</u>	2 2菌種 <u>230点</u>
	3 3菌種以上 <u>310点</u>	3 3菌種以上 <u>290点</u>
	4・5 (略)	4・5 (略)
	D019-2～D022 (略)	D019-2～D022 (略)
【点数の見直し】	D023 微生物核酸同定・定量検査	D023 微生物核酸同定・定量検査
【項目の見直し】	(削る)	1 細菌核酸検出 (白血球) (1菌種あたり) <u>130点</u>
	<u>1</u> クラミジア・トラコマチス核酸検出 <u>188点</u>	2 クラミジア・トラコマチス核酸検出 <u>193点</u>
	<u>2</u> 淋菌核酸検出 <u>198点</u>	3 淋菌核酸検出 <u>204点</u>
	<u>3</u> A群 β 溶血連鎖球菌核酸検出 <u>204点</u>	(新設)
	4 H B V核酸定量 <u>256点</u>	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>262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、インフルエンザ核酸検出 <u>291点</u>	6 マイコプラズマ核酸検出 <u>291点</u>
	7・8 (略)	7・8 (略)
	9 H C V核酸検出 <u>330点</u>	9 H C V核酸検出 <u>340点</u>
	10 H P V核酸検出 <u>347点</u>	10 H P V核酸検出 <u>350点</u>
	注 (略)	注 (略)
	11 H P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <u>347点</u>	11 H P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) <u>352点</u>
	注 (略)	注 (略)
	12 腫トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出 <u>350点</u>	(新設)
	13 百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出、百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出 <u>360点</u>	12 百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出 <u>360点</u>
	14 抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 <u>410点</u>	13 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 <u>410点</u>
	15 H C V核酸定量 <u>412点</u>	(新設)
	16 (略)	14 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
	(削る) 17 (略) 18 (略) 19 SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出 700点	15 HCV核酸定量 424点 16 (略) 17 (略) (新設)
【注の見直し】	20 サイトメガロウイルス核酸検出 801点 21 (略) 22 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出 963点 注 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)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、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。	18 サイトメガロウイルス核酸検出 825点 19 (略) 20 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 963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実施した場合に限り算定する。
【注の見直し】	23 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2核酸検出を含む) 1,350点 24 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (髄液) 1,700点	(新設) 21 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700点
【注の見直し】	注1 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、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実施した場合に算定する。	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実施した場合に算定する。
【注の追加】	注2 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (髄液)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。	(新設)
【注の見直し】	25・26 (略) 注 6 (マイコプラズマ核酸検出に限る。)、7、13 (百日咳菌核酸検出及び百日咳菌・バラ百日咳菌核酸同時検出に限る。)又は14 (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。	22・23 (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。
【点数の見直し】	D023-2 その他の微生物学的検査	D023-2 その他の微生物学的検査
【項目の見直し】	1・2 (略) 3 大腸菌ペロトキシン定性 184点 4 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PB P2')定性 (イムノクロマト法によるもの) 291点 5 (略)	1・2 (略) 3 大腸菌ペロトキシン定性 189点 (新設) 4 (略)
(基本的検体検査実施料)	D024 削除	D024 削除
	(基本的検体検査実施料) D025 基本的検体検査実施料 (1日につき) 1・2 (略) 注1・2 (略) 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、特定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。	(基本的検体検査実施料) D025 基本的検体検査実施料 (1日につき) 1・2 (略) 注1・2 (略) 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。
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>第2款 検体検査判断料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>第2款 検体検査判断料</p> <p>区分</p> <p>D026 検体検査判断料</p> <p>1～7 (略)</p> <p>注1・2 (略)</p> <p>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D006-30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。</p> <p>注4・5 (略)</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、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網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7～9 (略)</p> <p>D027 (略)</p> <p>第2節 (略)</p>	<p>第2款 検体検査判断料</p> <p>区分</p> <p>D026 検体検査判断料</p> <p>1～7 (略)</p> <p>注1・2 (略)</p> <p>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。</p> <p>注4・5 (略)</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7～9 (略)</p> <p>D027 (略)</p> <p>第2節 (略)</p>
<p>第3節 生体検査料</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>(超音波検査等)</p>	<p>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～ヨ (略)</p> <p>夕 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）</p> <p>レ (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>区分</p> <p>(呼吸循環機能検査等)</p> <p>通則 (略)</p> <p>D200～D214-2 (略)</p> <p>(超音波検査等)</p> <p>通則 (略)</p> <p>D215～D233 (略)</p>	<p>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <p>1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～ヨ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>夕 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>区分</p> <p>(呼吸循環機能検査等)</p> <p>通則 (略)</p> <p>D200～D214-2 (略)</p> <p>(超音波検査等)</p> <p>通則 (略)</p> <p>D215～D233 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】 (脳波検査等)	D234 胃・食道内24時間pH測定 3,000点	D234 胃・食道内24時間pH測定 2,000点
【通則の見直し】	(脳波検査等) 通則 区分番号D235からD237-3までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D238に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。	(脳波検査等) 通則 区分番号D235からD237-2までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D238に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
【新設】	D235～D237-2 (略) D237-3 覚醒維持検査 5,000点 D238 (略) (神経・筋検査) 通則 (略) D239～D254 (略)	D235～D237-2 (略) (新設) D238 (略) (神経・筋検査) 通則 (略) D239～D254 (略)
(眼科学的検査)	(眼科学的検査) 通則 (略) D255～D256 (略)	(眼科学的検査) 通則 (略) D255～D256 (略)
【点数の見直し】	D256-2 眼底三次元画像解析 190点 注 (略) D256-3 (略)	D256-2 眼底三次元画像解析 200点 注 (略) D256-3 (略)
【点数の見直し】	D257 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部) 110点 注 (略) D258～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)	D257 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部) 112点 注 (略) D258～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)
(負荷試験等)	(負荷試験等) D286～D290-2 (略) D291 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量 (MED) 測定 1 (略) 2 22箇所以上の場合 (1箇所につき) 12点	(負荷試験等) D286～D290-2 (略) D291 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量 (MED) 測定 1 (略) 2 22箇所以上の場合 (一連につき) 350点
【点数の見直し】 【項目の見直し】	D291-2・D291-3 (略) (ラジオアイソトープを用いた諸検査) 通則 (略) D292～D294 (略)	D291-2・D291-3 (略) (ラジオアイソトープを用いた諸検査) 通則 (略) D292～D294 (略)
(内視鏡検査)	(内視鏡検査) 通則 1～4 (略)	(内視鏡検査) 通則 1～4 (略)
【通則の見直し】	5 緊急のために休日に内視鏡検査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内視鏡検査 (区分番号D296-3、D324及びD325に掲げるものを除く。) を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、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。 イ～ニ (略)	5 緊急のために休日に内視鏡検査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内視鏡検査 (区分番号D324及びD325に掲げるものを除く。) を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、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。 イ～ニ (略)
【新設】	D295～D296-2 (略) D296-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析 (インフルエンザの診断の補助に用いるもの) 305点 注 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行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の	D295～D296-2 (略) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	加算は別に算定できない。 D297～D325 (略)	D297～D325 (略)
第4節 診断穿刺・検体採取料	第4節 診断穿刺・検体採取料	第4節 診断穿刺・検体採取料
	通則 (略)	通則 (略)
	区分	区分
	D400 血液採取 (1日につき)	D400 血液採取 (1日につき)
【点数の見直し】	1 静脈 <u>40点</u>	1 静脈 <u>37点</u>
	2 (略)	2 (略)
【注の見直し】	注1 (略)	注1 (略)
	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>35点</u> を所定点数に加算する。	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</u> を所定点数に加算する。
	注3 (略)	注3 (略)
【点数の見直し】	D401・D402 (略)	D401・D402 (略)
	D403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。) <u>260点</u>	D403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺 (脳脊髄圧測定を含む。) <u>220点</u>
	注 (略)	注 (略)
【点数の見直し】	D404 骨髄穿刺	D404 骨髄穿刺
	1 (略)	1 (略)
	2 その他 <u>300点</u>	2 その他 <u>280点</u>
	注 (略)	注 (略)
	D404-2～D409 (略)	D404-2～D409 (略)
	D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)	D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)
【注の見直し】	1・2 (略)	1・2 (略)
	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、乳癌の患者に対して、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。	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。
【新設】	D410～D412-2 (略)	D410～D412-2 (略)
	D412-3 経頸静脈的肝生検 <u>13,000点</u>	(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。	
	D413～D418 (略)	D413～D418 (略)
	D419 その他の検体採取	D419 その他の検体採取
【点数の見直し】	1 (略)	1 (略)
	2 胸水・腹水採取 (簡単な液検査を含む。) <u>220点</u>	2 胸水・腹水採取 (簡単な液検査を含む。) <u>180点</u>
【注の見直し】	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、 <u>60点</u> を所定点数に加算する。	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、 <u>40点</u> を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	3 動脈血採取 (1日につき) <u>60点</u>	3 動脈血採取 (1日につき) <u>55点</u>
【注の見直し】	注1 (略)	注1 (略)
	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>35点</u> を所定点数に加算する。	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</u> を所定点数に加算する。
	4～6 (略)	4～6 (略)
	D419-2 (略)	D419-2 (略)
	第5節・第6節 (略)	第5節・第6節 (略)

第2章 特掲診療料 第4部 画像診断

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<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>	
【通則の見直し】	<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、<u>画像診断管理加算3又は画像診断管理加算4</u>を算定する場合はこの限りでない。</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>
【通則の見直し】	<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、<u>画像診断管理加算2、画像診断管理加算3又は画像診断管理加算4</u>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175点、235点又は340点を所定点数に加算する。</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、<u>画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3</u>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340点を所定点数に加算する。</p>
【通則の見直し】	<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、<u>画像診断管理加算1</u>を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2、画像診断管理加算3又は画</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、<u>画像診断管理加算1</u>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前								
【通則の見直し】	<p>像診断管理加算4を算定する場合はこの限りでない。</p> <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つて、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、画像診断管理加算3又は画像診断管理加算4を算定することができる。</p>	<p>る場合はこの限りでない。</p> <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つて、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 data-bbox="395 1671 795 1773"> <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</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
E 002 撮影	<p>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> <p>E 000 透視診断 110点</p> <p>E 001 写真診断</p> <p>1 単純撮影</p> <p>イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎 85点</p> <p>ロ その他 43点</p> <p>2 特殊撮影（一連につき） 96点</p> <p>3 造影剤使用撮影 72点</p> <p>4 乳房撮影（一連につき） 306点</p> <p>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。</p>	
	<p>E 002 撮影</p> <p>1 単純撮影</p> <p>イ アナログ撮影 60点</p> <p>ロ デジタル撮影 68点</p> <p>2 特殊撮影（一連につき）</p> <p>イ アナログ撮影 260点</p> <p>ロ デジタル撮影 270点</p> <p>3 造影剤使用撮影</p> <p>イ アナログ撮影 144点</p> <p>ロ デジタル撮影 154点</p> <p>4 乳房撮影（一連につき）</p> <p>イ アナログ撮影 192点</p> <p>ロ デジタル撮影 202点</p> <p>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。</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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
【注の追加】	<p><u>注6 乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p> <p>E 003 造影剤注入手技</p> <p>1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数</p> <p>2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数</p> <p>3 動脈造影カテーテル法</p> <p>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</p> <p>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、</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>E004 基本的エックス線診断料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>400点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p> <p>ロ イ以外の場合 1,180点</p> <p>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、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H I V感染者療養環境特別加算、特定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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="127 131 367 193">E 101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p data-bbox="127 1561 367 1593">【項目の見直し】</p> <p data-bbox="127 1613 367 1646">【項目の見直し】</p> <p data-bbox="127 1748 367 1781">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="367 131 806 183">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 data-bbox="367 183 806 216">E 100 シンチグラム（画像を伴うもの）</p> <p data-bbox="367 216 806 249">1 部分（静態）（一連につき） 1,300点</p> <p data-bbox="367 249 806 282">2 部分（動態）（一連につき） 1,800点</p> <p data-bbox="367 282 806 314">3 全身（一連につき） 2,200点</p> <p data-bbox="367 314 806 396">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、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。</p> <p data-bbox="367 396 806 527">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 data-bbox="367 527 806 712">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 data-bbox="367 712 806 767">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 data-bbox="367 767 806 848">E 101 シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影（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 data-bbox="367 848 806 979">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 data-bbox="367 979 806 1164">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 data-bbox="367 1164 806 1269">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 data-bbox="367 1269 806 1323">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 data-bbox="367 1375 806 1408">E 101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p data-bbox="367 1408 806 1462">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 data-bbox="367 1462 806 1516">2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p data-bbox="367 1516 806 1570">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 data-bbox="367 1570 806 1624">4 <u>¹⁸F 標識フルシクロピンを用いた場合（一連の検査につき）</u> 2,500点</p> <p data-bbox="367 1624 806 1678">5 <u>アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）</u></p> <p data-bbox="367 1678 806 1733">イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点</p> <p data-bbox="367 1733 806 1787">ロ イ以外の場合 2,600点</p> <p data-bbox="367 1787 806 1850">注1 <u>¹⁵O 標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F D Gの合成及び注入、¹³N 標識アンモニア剤の合成及び注入、¹⁸F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージン</u></p>	<p data-bbox="806 1561 1238 1593">(新設)</p> <p data-bbox="806 1613 1238 1646">(新設)</p> <p data-bbox="806 1748 1238 1850">注1 <u>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。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>E101-3 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）</p>	<p>グ剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）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 1から4までについては、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>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>【項目の見直し】</p>	<p>E101-3 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）</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>（新設）</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>3 ¹⁸F 標識フルシクロピンをを用いた場合（一連の検査につき） 3,625点</p> <p>4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）</p> <p>イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点</p> <p>ロ イ以外の場合 3,725点</p>	<p>（新設）</p>
<p>【注の見直し】</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、¹⁸F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）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>【注の見直し】</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</p>	<p>注4 1から3までについては、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>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>の検査につき) 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>E 101-4 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）</p> <p>1 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 9,160点</p> <p>2 ¹⁸F 標識フルシクロピンをを用いた場合（一連の検査につき） 4,160点</p> <p>3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）</p> <p>イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点</p> <p>ロ イ以外の場合 4,260点</p> <p>注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入、¹⁸F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）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 1及び2については、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>E 101-5 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>E 102 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）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</p> <p>2 1以外の場合 370点</p> <p>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。</p>	<p>E 101-4 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）</p> <p>9,160点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p>	<p>通則</p> <p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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た保険医療機関において行われる場合に限って算定する。</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つては、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、冠動脈の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>E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影 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>E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 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>E202 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>1 3テスラ以上の機器による場合</p> <p>イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点</p> <p>ロ その他の場合 1,600点</p> <p>2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3 1又は2以外の場合 900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行われる場合に限り算定する。</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、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>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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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>(削る)</p>	
【注の削除】		<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>
【注の見直し】	<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として、月1回に限り、1処方につき56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（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 (略)</p>
【点数の見直し】	<p>注7 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</p>	<p>注8 (略)</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前										
<p>【注の削除】</p>	<p>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>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 8点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 7点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 5点</p> <p>注9 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>(削る)</p>	<p>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>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 (略)</p> <p>注11 注9の規定にかかわらず、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、注9に規定する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に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 7点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 6点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 4点</p>										
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>F 200 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 1159 713 1294"> <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</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>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 【点数の見直し】 【点数の見直し】</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 20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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	<p>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 32点</p> <p>3 1及び2以外の場合 60点</p> <p>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>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</p> <p>3 1及び2以外の場合 68点</p>
【注の削除】	<p>(削る)</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、<u>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。</u></p>
【注の見直し】	<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。）に対して薬剤の処方期間が28日以上 の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上 の処方を含む。）を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。</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（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、<u>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。</u></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 の処方を行った場合は、<u>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。</u></p> <p>注6 (略)</p>
【注の見直し】	<p>注6 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、<u>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。</u></p> <p>イ 一般名処方加算1 10点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 8点</p> <p>注7 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</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、<u>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。</u></p> <p>イ 一般名処方加算1 7点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>注8 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前						
<p data-bbox="138 426 234 450">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 639 234 662">【注の追加】</p>	<p data-bbox="415 131 797 421">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 data-bbox="385 426 444 450">(削る)</p> <p data-bbox="374 639 797 900"><u>注8 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</u></p>	<p data-bbox="813 426 1236 581"><u>注9 注7の規定にかかわらず、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、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。</u></p> <table data-bbox="854 585 1236 639"> <tr> <td data-bbox="854 585 875 608">イ</td> <td data-bbox="895 585 1053 608">一般名処方加算1</td> <td data-bbox="1197 585 1236 608">9点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="854 612 875 635">ロ</td> <td data-bbox="895 612 1053 635">一般名処方加算2</td> <td data-bbox="1197 612 1236 635">7点</td> </tr> </table> <p data-bbox="813 639 872 662">(新設)</p>	イ	一般名処方加算1	9点	ロ	一般名処方加算2	7点
イ	一般名処方加算1	9点						
ロ	一般名処方加算2	7点						
<p data-bbox="138 942 358 996">第6節 調剤技術基本料</p>	<p data-bbox="374 1010 577 1033">F500 調剤技術基本料</p> <p data-bbox="374 1037 797 1062">1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p data-bbox="374 1066 797 1091">2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p data-bbox="374 1095 797 1166">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 data-bbox="374 1170 797 1271">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 data-bbox="374 1275 797 1346">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 data-bbox="374 1350 797 1450">注4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008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
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<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> <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>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 670点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 640点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 370点</p> <p>7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、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>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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	点数を合算した点数により算定する。	
第1款 注射実施料		
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 【点数の見直し】	G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 25点 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。 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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C108-4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。	G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点 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。
【注の見直し】		
G001 静脈内注射（1回につき） 【点数の見直し】	G001 静脈内注射（1回につき） 37点 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。 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、52点を所定点数に加算する。 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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4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。	G001 静脈内注射（1回につき） 34点 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。 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。
【点数の見直し】		
【注の見直し】		
	G002 動脈注射（1日につき） 1 内臓の場合 155点 2 その他の場合 45点 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。 G003-2 削除 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	
G004 点滴注射（1日につき） 【点数の見直し】	G004 点滴注射（1日につき） 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） 105点 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） 102点 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 53点 注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。 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	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） 101点 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） 99点 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点 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、46点を所定点数に
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 320 255 343">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 664 351 712">G005 中心静脈注射（1日につき）</p> <p data-bbox="138 1085 255 1108">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 504 154">加算する。</p> <p data-bbox="374 160 799 314">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 data-bbox="374 320 799 658">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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4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 data-bbox="374 716 799 739">G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</p> <p data-bbox="374 745 799 900">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 data-bbox="374 906 799 977">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 data-bbox="374 983 799 1083">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 data-bbox="374 1089 799 1373">注4 区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4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 data-bbox="374 1379 799 1450">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 data-bbox="374 1456 799 1508">G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点</p> <p data-bbox="374 1514 799 1586">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 data-bbox="374 1591 799 1663">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 data-bbox="374 1669 799 1769">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 data-bbox="374 1775 799 1827">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 data-bbox="374 1833 799 1856">注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診</p>	<p data-bbox="854 131 943 154">加算する。</p> <p data-bbox="813 320 1238 604">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 data-bbox="813 1089 1238 1296">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>

項 目	改 正 後	改 正 前
G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）	<p>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に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4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>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>
【注の見直し】		
G007 腱鞘内注射 【点数の見直し】	<p>G007 腱鞘内注射 42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>G007 腱鞘内注射 27点</p>
G009 脳脊髄腔注射 【点数の見直し】	<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 160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>3 腰椎 140点</p>
G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 【点数の見直し】	<p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 100点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p>	<p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p>
G012 結膜下注射 【点数の見直し】	<p>G012 結膜下注射 42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>G012 結膜下注射 27点</p>
G014 球後注射 【点数の見直し】	<p>G014 球後注射 80点</p>	<p>G014 球後注射 60点</p>
G015 テノン氏嚢内注射 【点数の見直し】	<p>G015 テノン氏嚢内注射 80点</p>	<p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p>
G016 硝子体内注射 【点数の見直し】	<p>G016 硝子体内注射 600点</p>	<p>G016 硝子体内注射 580点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>注 未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点</p> <p>G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500点</p>	(新設)
<p>第2款 無菌製剤処理科</p> <p>G020 無菌製剤処理科</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>G020 無菌製剤処理科</p> <p>1 無菌製剤処理科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）</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>2 無菌製剤処理科2（1以外のもの） 40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、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、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、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、必要があつ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。</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、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、必要があつ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。</p>
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>G100 薬剤</p> <p>1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点</p> <p>2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合</p> <p>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つて入院期間が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。</p> <p>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つて、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。</p> <p>注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	定める。	
第3節 特定保険医療材料料	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。	

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
【項目の見直し】	1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (1単位) イ 理学療法士による場合 205点 ロ 作業療法士による場合 205点 ハ 医師による場合 205点 ニ 看護師による場合 205点 ホ 集団療法による場合 205点	1 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (1単位) <u>205点</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)
	2 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) (1単位) イ 理学療法士による場合 125点 ロ 作業療法士による場合 125点 ハ 医師による場合 125点 ニ 看護師による場合 125点 ホ 集団療法による場合 125点	2 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) (1単位) <u>125点</u> (新設) (新設) (新設) (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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団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。	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。
【点数の見直し】	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 <u>25点</u> を所定点数に加算する。	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 <u>30点</u> を所定点数に加算する。
【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。	
	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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(入院中のものに限る。)であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者である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、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。	(新設)
	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。	注4 (略)
	注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	注5 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</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、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。</p> <p>H001 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 245点 ロ 作業療法士による場合 245点 ハ 言語聴覚士による場合 245点 ニ 医師による場合 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 200点 ロ 作業療法士による場合 200点 ハ 言語聴覚士による場合 200点 ニ 医師による場合 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 100点 ロ 作業療法士による場合 100点 ハ 言語聴覚士による場合 100点 ニ 医師による場合 100点 ホ イからニまで以外の場合 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、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、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25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</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 245点 （新設） （新設） （新設） （新設）</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 200点 （新設） （新設） （新設） （新設）</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 100点 （新設） （新設） （新設） （新設）</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>【点数の見直し】</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前																										
【注の追加】	<p>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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。</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>(新設)</p> <p>注4 (略)</p>																										
【注の見直し】	<p>注6 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、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)</p> <table border="0" data-bbox="432 1139 795 1246"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>147点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>147点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>147点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>147点</td></tr> </table> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1単位)</p> <table border="0" data-bbox="432 1304 795 1410"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>120点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>120点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>120点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>120点</td></tr> </table> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1単位)</p> <table border="0" data-bbox="432 1458 795 1593"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>60点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>60点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>60点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>60点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>60点</td></tr> </table> <p>注7 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>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	(1) 理学療法士による場合	147点	(2) 作業療法士による場合	147点	(3) 言語聴覚士による場合	147点	(4) 医師による場合	147点	(1) 理学療法士による場合	120点	(2) 作業療法士による場合	120点	(3) 言語聴覚士による場合	120点	(4) 医師による場合	120点	(1) 理学療法士による場合	60点	(2) 作業療法士による場合	60点	(3) 言語聴覚士による場合	60点	(4) 医師による場合	60点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	60点	<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) <u>147点</u> (新設) (新設) (新設) (新設)</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1単位) <u>120点</u> (新設) (新設) (新設) (新設)</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1単位) <u>60点</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)</p> <p>注6 (略)</p> <p>注7 (略)</p> <p>注8 (略)</p>
(1) 理学療法士による場合	147点																											
(2) 作業療法士による場合	147点																											
(3) 言語聴覚士による場合	147点																											
(4) 医師による場合	147点																											
(1) 理学療法士による場合	120点																											
(2) 作業療法士による場合	120点																											
(3) 言語聴覚士による場合	120点																											
(4) 医師による場合	120点																											
(1) 理学療法士による場合	60点																											
(2) 作業療法士による場合	60点																											
(3) 言語聴覚士による場合	60点																											
(4) 医師による場合	60点																											
(5) (1)から(4)まで以外の場合	60点																											

項 目	改 正 後	改 正 前																																							
<p>H001-2 廃用症候群リハビリテーション料</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、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。</p>																																								
<p>【項目の見直し】</p>	<p>H001-2 廃用症候群リハビリテーション料</p> <p>1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位）</p> <table border="0"> <tr><td>イ</td><td>理学療法士による場合</td><td>180点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>作業療法士による場合</td><td>180点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>言語聴覚士による場合</td><td>180点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>医師による場合</td><td>180点</td></tr> </table> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位）</p> <table border="0"> <tr><td>イ</td><td>理学療法士による場合</td><td>146点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>作業療法士による場合</td><td>146点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>言語聴覚士による場合</td><td>146点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>医師による場合</td><td>146点</td></tr> </table> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位）</p> <table border="0"> <tr><td>イ</td><td>理学療法士による場合</td><td>77点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>作業療法士による場合</td><td>77点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>言語聴覚士による場合</td><td>77点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>医師による場合</td><td>77点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>イからニまで以外の場合</td><td>77点</td></tr> </table> <p>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。</p>	イ	理学療法士による場合	180点	ロ	作業療法士による場合	180点	ハ	言語聴覚士による場合	180点	ニ	医師による場合	180点	イ	理学療法士による場合	146点	ロ	作業療法士による場合	146点	ハ	言語聴覚士による場合	146点	ニ	医師による場合	146点	イ	理学療法士による場合	77点	ロ	作業療法士による場合	77点	ハ	言語聴覚士による場合	77点	ニ	医師による場合	77点	ホ	イからニまで以外の場合	77点	<p>1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)（1単位） （新設） 180点 （新設） （新設） （新設）</p> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位） （新設） 146点 （新設） （新設） （新設）</p> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)（1単位） （新設） 77点 （新設） （新設） （新設）</p>
イ	理学療法士による場合	180点																																							
ロ	作業療法士による場合	180点																																							
ハ	言語聴覚士による場合	180点																																							
ニ	医師による場合	180点																																							
イ	理学療法士による場合	146点																																							
ロ	作業療法士による場合	146点																																							
ハ	言語聴覚士による場合	146点																																							
ニ	医師による場合	146点																																							
イ	理学療法士による場合	77点																																							
ロ	作業療法士による場合	77点																																							
ハ	言語聴覚士による場合	77点																																							
ニ	医師による場合	77点																																							
ホ	イからニまで以外の場合	77点																																							
<p>【点数の見直し】</p>	<p>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25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。</p>	<p>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。</p>																																							

項 目	改 正 後	改 正 前																										
【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、注1本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者である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、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。</p>	(新設)																										
	<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。</p>	注4 (略)																										
【注の見直し】	<p>注6 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、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。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料 (I) (1単位)</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>108点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>108点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>108点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>108点</td></tr> </table> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料 (II) (1単位)</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>88点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>88点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>88点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>88点</td></tr> </table> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料 (III) (1単位)</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 理学療法士による場合</td><td>46点</td></tr> <tr><td>(2) 作業療法士による場合</td><td>46点</td></tr> <tr><td>(3) 言語聴覚士による場合</td><td>46点</td></tr> <tr><td>(4) 医師による場合</td><td>46点</td></tr> <tr><td>(5) (1)から(4)まで以外の場合</td><td>46点</td></tr> </table>	(1) 理学療法士による場合	108点	(2) 作業療法士による場合	108点	(3) 言語聴覚士による場合	108点	(4) 医師による場合	108点	(1) 理学療法士による場合	88点	(2) 作業療法士による場合	88点	(3) 言語聴覚士による場合	88点	(4) 医師による場合	88点	(1) 理学療法士による場合	46点	(2) 作業療法士による場合	46点	(3) 言語聴覚士による場合	46点	(4) 医師による場合	46点	(5) (1)から(4)まで以外の場合	46点	<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。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料 (I) (1単位) <u>108点</u> (新設)</p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料 (II) (1単位) <u>88点</u> (新設)</p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料 (III) (1単位) <u>46点</u> (新設)</p>
(1) 理学療法士による場合	108点																											
(2) 作業療法士による場合	108点																											
(3) 言語聴覚士による場合	108点																											
(4) 医師による場合	108点																											
(1) 理学療法士による場合	88点																											
(2) 作業療法士による場合	88点																											
(3) 言語聴覚士による場合	88点																											
(4) 医師による場合	88点																											
(1) 理学療法士による場合	46点																											
(2) 作業療法士による場合	46点																											
(3) 言語聴覚士による場合	46点																											
(4) 医師による場合	46点																											
(5) (1)から(4)まで以外の場合	46点																											
	<p>注7 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>	注6 (略)																										
	<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、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</p>	注7 (略)																										

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>に加算する。</p> <p>H002 運動器リハビリテーション料</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 185点</p> <p>ロ 作業療法士による場合 185点</p> <p>ハ 医師による場合 185点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 170点</p> <p>ロ 作業療法士による場合 170点</p> <p>ハ 医師による場合 170点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <p>イ 理学療法士による場合 85点</p> <p>ロ 作業療法士による場合 85点</p> <p>ハ 医師による場合 85点</p> <p>ニ イからハまで以外の場合 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、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>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（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25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（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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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（入院中のものに限る。）であって、リハビ</p>	<p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 185点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 170点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 85点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</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（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>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 533 255 556">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1727 353 1773">H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p data-bbox="138 1804 275 1827">【項目の見直し】</p>	<p data-bbox="415 137 797 316">リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 322 797 527">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、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="375 533 797 768">注6 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="415 774 797 821">イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位）</p> <p data-bbox="433 826 797 850">(1) 理学療法士による場合 111点</p> <p data-bbox="433 855 797 879">(2) 作業療法士による場合 111点</p> <p data-bbox="433 884 797 908">(3) 医師による場合 111点</p> <p data-bbox="415 913 797 960">ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位）</p> <p data-bbox="433 964 797 987">(1) 理学療法士による場合 102点</p> <p data-bbox="433 993 797 1016">(2) 作業療法士による場合 102点</p> <p data-bbox="433 1022 797 1045">(3) 医師による場合 102点</p> <p data-bbox="415 1051 797 1097">ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位）</p> <p data-bbox="433 1101 797 1124">(1) 理学療法士による場合 51点</p> <p data-bbox="433 1130 797 1153">(2) 作業療法士による場合 51点</p> <p data-bbox="433 1159 797 1182">(3) 医師による場合 51点</p> <p data-bbox="433 1188 797 1211">(4) (1)から(3)まで以外の場合 51点</p> <p data-bbox="375 1217 797 1431">注7 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="375 1437 797 1721">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、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="375 1779 797 1802">H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p data-bbox="375 1808 797 1850">1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p>	<p data-bbox="817 322 913 345">注4 （略）</p> <p data-bbox="817 533 1238 768">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="857 774 1238 821">イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 111点 （新設）</p> <p data-bbox="857 826 1238 873">（新設）</p> <p data-bbox="857 879 1238 925">（新設）</p> <p data-bbox="857 931 1238 977">ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 102点 （新設）</p> <p data-bbox="857 983 1238 1029">（新設）</p> <p data-bbox="857 1035 1238 1081">（新設）</p> <p data-bbox="857 1087 1238 1134">ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 51点 （新設）</p> <p data-bbox="857 1139 1238 1186">（新設）</p> <p data-bbox="857 1192 1238 1238">（新設）</p> <p data-bbox="817 1244 913 1267">注6 （略）</p> <p data-bbox="817 1437 913 1460">注7 （略）</p> <p data-bbox="817 1808 1238 1850">1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 175点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 741 275 768">【点数の見直し】</p> <p data-bbox="138 1219 234 1246">【注の追加】</p>	<p data-bbox="374 131 799 239"> <u>イ</u> 理学療法士による場合 175点 <u>ロ</u> 作業療法士による場合 175点 <u>ハ</u> 言語聴覚士による場合 175点 <u>ニ</u> 医師による場合 175点 </p> <p data-bbox="374 239 799 291">2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p data-bbox="374 291 799 399"> <u>イ</u> 理学療法士による場合 85点 <u>ロ</u> 作業療法士による場合 85点 <u>ハ</u> 言語聴覚士による場合 85点 <u>ニ</u> 医師による場合 85点 </p> <p data-bbox="374 399 799 741">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 data-bbox="374 741 799 954">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25点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 954 799 1219">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="374 1219 799 1561">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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から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、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 1561 799 1721">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 data-bbox="374 1721 799 1850">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、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</p>	<p data-bbox="827 131 1218 239"> （新設） （新設） （新設） （新設） </p> <p data-bbox="827 239 1218 291">2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） <u>85点</u></p> <p data-bbox="827 291 1218 399"> （新設） （新設） （新設） （新設） </p> <p data-bbox="827 741 1218 954">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<u>30点</u>を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="827 1219 1218 1246">（新設）</p> <p data-bbox="827 1561 1218 1588">注4 （略）</p> <p data-bbox="827 1721 1218 1748">注5 （略）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H003-2 リハビリテーション総合計画評価料</p>	<p>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。</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の削除】</p>	<p>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>(削る)</p> <p>注4 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 削除</p>	<p>注4 <u>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。</u></p> <p>注5 (略)</p> <p>H003-3 リハビリテーション計画提供料</p> <p>1 <u>リハビリテーション計画提供料1 275点</u> 2 <u>リハビリテーション計画提供料2 100点</u></p> <p>注1 <u>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つて、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。</u></p> <p>注2 <u>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。</u></p> <p>注3 <u>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り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。</u></p> <p>注4 <u>1について、指定リハビリテーション事</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>H003-4 目標設定等支援・管理料</p> <p>1 初回の場合 250点</p> <p>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</p> <p>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> <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、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。</p> <p>イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点</p> <p>ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>単位)</p> <p>1 6歳未満の患者の場合 225点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点</p> <p>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しているものと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</p> <p>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>	

第2章 特掲診療料 第8部 精神科専門療法

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、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 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する保険医療機関において算定する。</p>	
第1節 精神科専門療法料 1 000-2 経頭蓋磁気刺激療法 【点数の見直し】 1 002 通院・在宅精神療法（1回につき）	<p>1 000 精神科電気痙攣療法</p> <p>1 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 2,800点</p> <p>2 1以外の場合 150点</p> <p>注1 1日に1回に限り算定する。</p> <p>注2 1については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 1については、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。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。</p> <p>1 000-2 経頭蓋磁気刺激療法 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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。</p> <p>1 001 入院精神療法（1回につき）</p> <p>1 入院精神療法（Ⅰ） 400点</p> <p>2 入院精神療法（Ⅱ）</p> <p>イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点</p> <p>ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点</p> <p>注1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、入院中の患者について、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は週2回を、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は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回に限り算定する。</p> <p>1 002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>1 通院精神療法</p>	<p>1 000-2 経頭蓋磁気刺激療法 1,200点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	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	
【点数の見直し】	ロ 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 (1) 精神保健指定医による場合 600点 (2) (1)以外の場合 550点	(1) 精神保健指定医による場合 560点 (2) (1)以外の場合 540点
【点数の見直し】	ハ イ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 410点 ② ①以外の場合 390点 (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 315点 ② ①以外の場合 290点	① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点
	2 在宅精神療法	
	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	
【点数の見直し】	ロ 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 (1) 精神保健指定医による場合 640点 (2) (1)以外の場合 600点	(1) 精神保健指定医による場合 620点
【点数の見直し】	ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 590点 ② ①以外の場合 540点 (2) 30分以上60分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 410点 ② ①以外の場合 390点	① 精神保健指定医による場合 550点 ② ①以外の場合 530点
【点数の見直し】	(3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 315点 ② ①以外の場合 290点	① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点
	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。	
	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。	
【注の見直し】	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、320点を所定点数に加算する。ただし、注4又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。	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。
【注の見直し】	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	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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1271 234 1296">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 1591 255 1617">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 394">該保険医療機関以外の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、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、ロについては、1回に限り算定する。また、注3又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p data-bbox="415 397 797 446">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 data-bbox="433 450 797 527">(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 data-bbox="433 531 797 556">(2) (1)以外の場合 300点</p> <p data-bbox="415 560 797 687">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 data-bbox="374 691 797 923">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 data-bbox="374 927 797 1081">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 data-bbox="374 1085 797 1269">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 data-bbox="374 1273 433 1298">(削る)</p> <p data-bbox="374 1591 797 1846">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、重点的な支援を要する患者に対して、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、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、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度とし</p>	<p data-bbox="854 131 1236 343">該保険医療機関以外の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、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、ロについては、1回に限り算定する。</p> <p data-bbox="813 1271 1236 1586">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 data-bbox="813 1590 1236 1846">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、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>て、月1回に限り、<u>いずれかを所定点数に</u>加算する。</p> <p><u>イ 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を算定した患者の場合</u> 500点</p> <p><u>ロ イ以外の患者の場合</u> 350点</p>	<p>月1回に限り350点を所定点数に加算する。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>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注9 <u>心理に関する支援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、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り250点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注10 <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、1を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、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、イについては、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p> <p><u>イ 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。）</u> 1,000点</p> <p><u>ロ イ以外の場合</u></p> <p>(1) <u>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</u> 450点</p> <p>(2) <u>(1)以外の場合</u> 250点</p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注11 <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、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 病院の場合</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合</u> 20点</p> <p>(2) <u>(1)以外の場合</u> 15点</p> <p><u>ロ 診療所の場合</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合</u> 50点</p> <p>(2) <u>(1)以外の場合</u> 15点</p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注12 <u>1のハの(1)の①又は(2)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、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、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には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できな</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>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>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月以内の期間に週1回に限り算定する。</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24週を限度として、週1回に限り算定する。</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>I 003-2 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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</p> <p>2 入院中の患者以外の患者</p> <p>イ 初診時 110点</p> <p>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 ギャンブル依存症の場合 300点</p> <p>3 アルコール依存症の場合 300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、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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> <p>注4 依存症集団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>I 007 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>I 008 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>I 008-2 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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 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、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>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>I 009 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・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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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つては、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には、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つて、週3日を超えて算定する</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>I 012 精神科訪問看護・指導料</p>	<p>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>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> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>ロ 准看護師による場合</p> <p>(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点</p> <p>(2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ハ 作業療法士による場合</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> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>ニ 精神保健福祉士による場合</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> <p>(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p>2 削除</p> <p>3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)</p> <p>イ 保健師又は看護師による場合</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日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>④ 週4日目以降 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日目以降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 268点</p> <p>ロ 准看護師による場合</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 530点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 490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 268点</p> <p>② 週3日目まで 30分未満の場合 205点</p> <p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 318点</p> <p>④ 週4日目以降 30分未満の場合 248点</p> <p>ハ 作業療法士による場合</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日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>④ 週4日目以降 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>③ 週4日目以降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目以降 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日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p>④ 週4日目以降 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日目以降 30分以上の場合 343点</p> <p>④ 週4日目以降 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、ハの場合にあつては週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</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</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</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</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</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</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</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 270点</p> <p>注5 注1及び注2に規定する場合であつて、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つて、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前																				
<p>【注の見直し】</p>	<p>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、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> <table border="0"> <tr> <td>イ 月14日目まで</td> <td>265点</td> </tr> <tr> <td>ロ 月15日目以降</td> <td>200点</td> </tr> </table> <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> <table border="0"> <tr> <td>イ 1日に2回の場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td> (1) 同一建物内1人又は2人</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td> (2) 同一建物内3人以上</td> <td>400点</td> </tr> <tr> <td>ロ 1日に3回以上の場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td> (1) 同一建物内1人又は2人</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td> (2) 同一建物内3人以上</td> <td>720点</td> </tr> </table> <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る。</p> <table border="0"> <tr> <td>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</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合</td> <td></td> </tr> </table> <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</p>	イ 月14日目まで	265点	ロ 月15日目以降	200点	イ 1日に2回の場合		(1) 同一建物内1人又は2人	450点	(2) 同一建物内3人以上	400点	ロ 1日に3回以上の場合		(1) 同一建物内1人又は2人	800点	(2) 同一建物内3人以上	720点	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		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家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合		<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>(新設)</p> <p>(新設)</p>
イ 月14日目まで	265点																					
ロ 月15日目以降	200点																					
イ 1日に2回の場合																						
(1) 同一建物内1人又は2人	450点																					
(2) 同一建物内3人以上	400点																					
ロ 1日に3回以上の場合																						
(1) 同一建物内1人又は2人	800点																					
(2) 同一建物内3人以上	720点																					
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																						
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家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合																						
<p>【注の見直し】</p>	<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</p>	<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</p>																				

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、精神科訪問看護・指導を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20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> <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> <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> <p>注16 抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18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、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注17 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り5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15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8にそれぞれ規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指</p>	<p>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> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】	注16	(新設)
【注の追加】	注17	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療DX情報活用加算は算定できない。</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的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>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注2 1の口については、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>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6第1項の規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>I 015 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき） 1,040点</p> <p>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>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>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>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>I 016 精神科在宅患者支援管理料（月1回）</p> <p>1 精神科在宅患者支援管理料1</p> <p>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>(1) 単一建物診療患者1人 3,000点</p> <p>(2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者1人 2,500点</p> <p>(2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、</p>	<p>← 第33条の7</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>集中的な支援を必要とする者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者1人 2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者1人 2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点</p> <p>3 精神科在宅患者支援管理料3</p> <p>イ 単一建物診療患者1人 2,030点</p> <p>ロ 単一建物診療患者2人以上 1,248点</p> <p>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>注2 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>注3 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>注4 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p> 理科、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示料は算定しない。 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、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。 注6 精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患者の負担とする。 </p>	
<p>第2節 薬剤料</p>	<p> I100 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>	

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>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>第1節 処置料</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 337点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方セ</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>【点数の見直し】</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
	ンチメートル未満 630点	ンチメートル未満 504点
5	6,000平方センチメートル以上 1,875点	5 6,000平方センチメートル以上 1,500点
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。	
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。	
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。	
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。	
	J001-2 絆創膏固定術 500点	
	J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術 500点	
	J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)	
1	100平方センチメートル未満 90点	
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	
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	
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	
5	6,000平方センチメートル以上 500点	
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。	
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。	
	J001-5 長期療養患者褥瘡等処置(1日につき) 24点	
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。	
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。	
	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	
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。	
	イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。)	
	(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	
	(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	
	ロ 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	
	(2) 500平方センチメートル以上3,000平方	

項 目	改 正 後	改 正 前
J 001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） 【点数の見直し】	<p>方センチメートル未満 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）70点 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 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 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。 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） 1 持続的吸引を行うもの 50点 2 その他のもの 25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>	J 001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） <u>60点</u>
J 003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき） 【点数の見直し】	<p>J 003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき） 1 100平方センチメートル未満 1,040点 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 3 200平方センチメートル以上 1,375点 注1 初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。 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。 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。</p> <p>J 003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき） 1 100平方センチメートル未満 240点 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 3 200平方センチメートル以上 330点 注 初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては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>	3 200平方センチメートル以上 <u>1,100点</u>
J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき） 【点数の見直し】	<p>J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき） 1,375点 J 003-4 多血小板血漿処置 4,190点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき） <u>1,100点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	合しているものと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 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。	
J 005 脳室穿刺 【点数の見直し】	J 004 流注膿瘍穿刺 190点 J 005 脳室穿刺 750点 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。 J 006 後頭下穿刺 300点 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。 J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 317点 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。	J 005 脳室穿刺 600点
J 007-2 硬膜外自家血注入 【点数の見直し】	J 007-2 硬膜外自家血注入 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行われる場合に限り算定する。 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。	J 007-2 硬膜外自家血注入 800点
J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 【点数の見直し】	J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 275点 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。	J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 220点
J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 【点数の見直し】	J 009 削除 J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 287点 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。 J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点 J 011 骨髄穿刺 1 胸骨 310点 2 その他 330点 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。	J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 230点
J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 【点数の見直し】	J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 350点 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。 J 013 ダグラス窩穿刺 240点 J 014 乳腺穿刺 200点 J 015 甲状腺穿刺 150点 J 016 リンパ節等穿刺 200点 J 017 エタノールの局所注入 1,200点 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。 J 017-2 リンパ管腫局所注入 1,020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 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 280点

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日） 【点数の見直し】</p>	<p>J 018 喀痰吸引（1日につき） 48点 注1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に 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。 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。 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喀 痰吸引の費用は算定しない。</p>	
	<p>J 018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につ ぎ） 120点</p>	
	<p>J 018-3 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。 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>J 019 持続的胸腔ドレナージ（開始日） 825点</p>	<p>J 019 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>J 019-2 削除</p>	
	<p>J 020 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>J 021 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>J 022 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>J 022-2 排便 100点</p>		
<p>J 022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去 45点</p>		
<p>J 022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後） 45点</p>		
<p>J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始 日） 50点</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
J 023 気管支カテーテル薬液注入法 【点数の見直し】	<p>J 023 気管支カテーテル薬液注入法 150点</p> <p>J 024 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。</p> <p>J 024-2 突発性難聴に対する酸素療法（1日につき） 65点</p> <p>J 025 酸素テント（1日につき） 65点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>J 026 間歇的陽圧吸入法（1日につき） 160点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>J 026-2 鼻マスク式補助換気法（1日につき） 160点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>J 026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（1日につき） 160点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき）</p> <p>1 15歳未満の患者の場合 282点</p> <p>2 15歳以上の患者の場合 192点</p> <p>J 027 高気圧酸素治療（1日につき）</p> <p>1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点</p>	J 023 気管支カテーテル薬液注入法 120点

項 目	改 正 後	改 正 前
	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点を限度として加算する。	
J 030 食道ブジー法 【点数の見直し】	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 031 直腸ブジー法 【点数の見直し】	J 030 食道ブジー法 150点 J 031 直腸ブジー法 150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 030 食道ブジー法 120点 J 031 直腸ブジー法 120点
J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 【点数の見直し】	J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 912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 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 730点
J 038 人工腎臓（1日につき） 【点数の見直し】	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 イ 4時間未満の場合 1,876点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,036点 ハ 5時間以上の場合 2,171点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 1,836点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,996点 ハ 5時間以上の場合 2,126点 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合 1,796点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,951点 ハ 5時間以上の場合 2,081点 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、380点を所定点数に加算する。 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。 イ 導入期加算 1 200点 ロ 導入期加算 2 410点	1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 1,885点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点 ハ 5時間以上の場合 2,180点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 1,845点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点 ハ 5時間以上の場合 2,135点 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合 1,805点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点 ハ 5時間以上の場合 2,090点 ロ 導入期加算 2 400点
【点数の見直し】	イ 導入期加算 1 200点 ロ 導入期加算 2 410点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ハ 導入期加算 3 810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 カニューレー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 通常的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時間以上的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14 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。</p> <p>J038-2 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は又は休日に行った場合</p>	<p>ハ 導入期加算 3 800点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>J 043-3 ストーマ処置 (1日につき)</p>	<p>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>注2 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LD L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。</p> <p>注3 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。</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 連続携帯式腹膜灌流 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 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C 102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J 038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>J 043 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>J 043-2 瀉血療法 250点</p> <p>J 043-3 ストーマ処置（1日につき）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</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>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保険医療機関において、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合は、ストーマ合併症加算として、65点を加算する。</u></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>(新設)</p>
<p>J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき） 【点数の見直し】</p> <p>J045 人工呼吸 【点数の見直し】 【点数の見直し】</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 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき） 600点</p> <p>J045 人工呼吸</p> <p>1 30分までの場合 302点</p> <p>2 30分を超えて5時間までの場合 302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき）</p> <p>イ 14日目まで 950点</p> <p>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行う呼吸心拍監視、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>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>J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき） 480点</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点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>J 048 心膜穿刺 【点数の見直し】</p> <p>J 050 気管内洗浄（1日につき） 【点数の見直し】</p>	<p>注3 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。</p> <p>注4 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。</p> <p>注5 3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、連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合に、腹臥位療法加算として、1回につき900点を所定点数に加算する。</p> <p>J 045-2 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>J 046 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>J 047 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>J 047-2 心腔内除細動 3,500点</p> <p>J 047-3 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>J 048 心膜穿刺 625点</p> <p>J 049 食道圧迫止血チューブ挿入法 3,240点</p> <p>J 050 気管内洗浄（1日につき） 425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痰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>(新設)</p> <p>J 048 心膜穿刺 500点</p> <p>J 050 気管内洗浄（1日につき） 340点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
J 051 胃洗浄 【点数の見直し】	J 051 胃洗浄 375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。	J 051 胃洗浄 300点
J 052-2 熱傷温浴療法 (1日につき) 【点数の見直し】	J 052 ショックパンツ (1日につき) 150点 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。 J 052-2 熱傷温浴療法 (1日につき) 2,175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。	J 052-2 熱傷温浴療法 (1日につき) 1,740点
J 054-2 皮膚レーザー照射療法 (一連につき) 【点数の見直し】	(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 2,712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 イオントフォレーゼ 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	1 色素レーザー照射療法 2,170点

項 目	改 正 後	改 正 前
	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	
J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 【点数の見直し】	(泌尿器科処置) J 058 膀胱穿刺 80点 J 059 陰嚢水腫穿刺 80点 J 059-2 血腫、膿腫穿刺 80点 J 060 膀胱洗浄（1日につき） 60点 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。 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。 J 060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点 J 061 腎盂洗浄（片側） 60点 J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,612点 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。 J 063 留置カテーテル設置 40点 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。 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。 J 064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点 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。 J 065 間歇的導尿（1日につき） 150点 J 066 尿道拡張法 216点 J 066-2 タイダル自動膀胱洗浄（1日につき） 180点	J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） <u>1,290点</u>
J 067 誘導ブジー法 【点数の見直し】	J 067 誘導ブジー法 270点 J 068 嵌頓包茎整復法（陰莖絞扼等） 290点 J 068-2 陰唇癒合剥離 290点 J 069 前立腺液圧出法 50点 J 070 前立腺冷温湯 50点 J 070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点 注 入院中の患者以外の患者について算定する。 J 070-3 冷却痔処置（1日につき） 50点 J 070-4 磁気による膀胱等刺激法 70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	J 067 誘導ブジー法 <u>216点</u>

項 目	改 正 後	改 正 前
	た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
J 077 子宮出血止血法	(産婦人科処置) J 071 羊水穿刺 (羊水過多症の場合) 144点 J 072 腔洗浄 (熱性洗浄を含む。) 56点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J 073 子宮腔洗浄 (薬液注入を含む。) 56点 J 074 卵管内薬液注入法 60点 J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法 408点 J 076 子宮頸管内への薬物挿入法 45点	
【点数の見直し】	J 077 子宮出血止血法 1 分娩時のもの 780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	1 分娩時のもの 624点
J 082-2 薬物放出子宮内システム処置	J 082-2 薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 300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	1 挿入術 240点
	(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	

項 目	改 正 後	改 正 前
J 095-2 鼓室処置(片側) 【点数の見直し】	(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) 62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 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 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 095-2 鼓室処置 (片側) 55点
	J 109 鼻咽腔止血法 (ベロック止血法) 【点数の見直し】	
	J 109 鼻咽腔止血法 (ベロック止血法) 550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	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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）</p> <p>1 マッサージ等の手技による療法 35点</p> <p>2 器具等による療法 35点</p> <p>3 湿布処置 35点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注4 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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 治療用装具採寸法 (1肢につき) 200点</p> <p>J 129-4 治療用装具採型法</p> <p>1 体幹装具 700点</p> <p>2 四肢装具 (1肢につき) 700点</p> <p>3 その他 (1肢につき) 200点</p>	
<p>第2節 処置医療機器等加算</p>	<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>	
<p>第3節 薬剤料</p>	<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>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<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
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</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、K019-2、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。）、<u>K053-2</u>、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。）、<u>K082-7</u>、<u>K133-2</u>、<u>K134-4</u>、<u>K136-2</u>、<u>K147-3</u>、<u>K169</u>（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>、<u>K178-4</u>（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K180の3</u>、<u>K181</u>、<u>K181-2</u>、<u>K181-6の2の口</u>、<u>K188-3</u>、<u>K190</u>、<u>K190-2</u>、<u>K190-6からK190-8まで</u>、<u>K225-4</u>、<u>K254の1</u>、<u>K259</u>（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K260-2</u>、<u>K268の2のイ及び5から7まで</u>、<u>K271の1</u>、<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からK328-3まで</u>、<u>K340-7</u>、<u>K343-2の1</u>、<u>K374-2</u>、<u>K388-3</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>K470-2</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>K476-5</u>、<u>K508-4</u>、<u>K514の10</u>、<u>K514-2の4</u>、<u>K514-4</u>、<u>K514-6</u>、<u>K514-7</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>K574-4</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からK600まで</u>、<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</u>、<u>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>K645-3</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>K656-2</u>、<u>K657-2の4</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>K695-2</u>、<u>K697-4の1</u>、<u>K697-5</u>、<u>K697-7</u>、<u>K699-2</u>、<u>K700-3</u>、<u>K700-4</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>K754-3</u>、<u>K755-3</u>、<u>K768</u>、<u>K769-3</u>、<u>K772-3</u>、<u>K773-3からK773-7まで</u>、<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>K809-4</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>K821-4</u>、<u>K823-5</u>、<u>K823-7</u>、<u>K825</u>（別に厚生労働大臣が定める患</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、K019-2、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。）、K169-2、K169-3、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2の口、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、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、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K374-2、K388-3、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、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。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4の口及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K754-3、K754-4、K755-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（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。）、K819（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。）、K819-2（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。）、K823-5、K823-7、K825（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。）、K828-3、K830（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。）、K835の1、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>者に対して行う場合に限る。)、K828-3、K830(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。)、K830-3、K835の1、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K850(注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K851(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。)、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。)、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K917-5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、K721-5、K773-4、K823-7、K828-3、K835の1、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-5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>【通則の見直し】</p> <p>5 区分番号K011、K020、K053、K076からK076-3まで、K079、K079-2、K080-2、K082、K082-7、K106、K107、K109、K136、K147-3、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、K343-2の2、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K508-4、K511、K514、K514-2の4、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K529-5、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の4の口、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、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、K821-4、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>6 (略)</p> <p>7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K147-3、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K</p>	<p>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。)、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。)、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>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、K343-2の2、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、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> <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、K</p>	<p>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。)、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。)、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>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の口、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、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> <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、K</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>163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からK587まで、K589からK591まで、K601、K601-2、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、<u>K635-3からK636まで</u>、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>8～11（略）</p>	<p>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からK587まで、K589からK591まで、K601、K601-2、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、<u>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。</u></p> <p>8～11（略）</p>
【通則の見直し】	<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K917-5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>イ・ロ（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>イ・ロ（略）</p>
【通則の見直し】	<p>13～17（略）</p> <p>18 区分番号K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K513の3及び4、K513-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、<u>K555-3、K655-2の1、K655-5の1、K657-2の1、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、<u>K740-2</u>、K754-2、K755-2、K778-2、K803-2、K860-3、K865-2、K877-2並びにK879-2（子宮体がんに限る。）</u>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>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、K655-2の1、K655-5の1、K657-2の1、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、<u>K719-3、<u>K740-2</u>の1、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。）</u>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>
【通則の見直し】	<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、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。この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算並びに<u>区分番号A300</u>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</p>	<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、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。この場合において、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<u>区分番号A300</u>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【通則の追加】	<p>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。</p> <p>21 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として、当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。</p>	<p>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。</p> <p>(新設)</p>
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)	区分	区分
	(皮膚、皮下組織)	(皮膚、皮下組織)
	K000 創傷処理	K000 創傷処理
	1・2 (略)	1・2 (略)
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
【点数の見直し】	イ (略)	イ (略)
	ロ その他のもの 3,090点	ロ その他のもの 2,690点
	4～6 (略)	4～6 (略)
【点数の見直し】	注1～3 (略)	注1～3 (略)
	K000-2 小児創傷処理（6歳未満）	K000-2 小児創傷処理（6歳未満）
	1・2 (略)	1・2 (略)
	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） 2,860点	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） 2,490点
	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 4,410点	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 3,840点
	5～8 (略)	5～8 (略)
	注1～3 (略)	注1～3 (略)
【点数の見直し】	K001 皮膚切開術	K001 皮膚切開術
	1・2 (略)	1・2 (略)
	3 長径20センチメートル以上 2,270点	3 長径20センチメートル以上 1,980点
【点数の見直し】	K002 デブリードマン	K002 デブリードマン
	1 100平方センチメートル未満 1,620点	1 100平方センチメートル未満 1,410点
	2・3 (略)	2・3 (略)
	注1～5 (略)	注1～5 (略)
	K003・K004 (略)	K003・K004 (略)
【点数の見直し】	K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）	K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）
	1・2 (略)	1・2 (略)
	3 長径4センチメートル以上 5,010点	3 長径4センチメートル以上 4,360点
	K006～K006-4 (略)	K006～K006-4 (略)
【注の見直し】	K007 皮膚悪性腫瘍切除術	K007 皮膚悪性腫瘍切除術
	1・2 (略)	1・2 (略)
	注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。
(形成)	K007-2～K008 (略)	K007-2～K008 (略)
【新設】	(形成)	(形成)
	K009～K013-2 (略)	K009～K013-2 (略)
	K013-3 自家皮膚非培養細胞移植術	(新設)
	1 25平方センチメートル未満 3,520点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点	
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点	
	4 200平方センチメートル以上 25,820点	
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。	
【点数の見直し】	K014・K014-2（略） K015 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K014・K014-2（略） K015 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
	1 25平方センチメートル未満 5,180点	1 25平方センチメートル未満 4,510点
	2・3（略）	2・3（略）
【新設】	K016～K022-2（略） K022-3 慢性膿皮症手術	K016～K022-2（略） (新設)
	1 単純なもの 4,820点	
	2 複雑なもの 8,320点	
第2款 筋骨格系・四肢・体幹 (筋膜、筋、腱、腱鞘)	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分 (筋膜、筋、腱、腱鞘) K023～K027（略） K028 腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。） 2,350点 K029（略） K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 8,490点 2（略） K031 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 27,740点 2 手、足 14,800点 注（略） K032～K041（略） (四肢骨) K042～K043-3（略） K044 骨折非観血的整復術 1 肩甲骨、上腕、大腿 1,840点 2 前腕、下腿 2,040点 3（略） K045（略） K046 骨折観血的手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 21,630点 2 前腕、下腿、手舟状骨 18,370点 3（略） 注（略） K046-2～K051（略） K051-2 中手骨又は中足骨摘除術（2本以上） 5,930点 注（略） K052～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 36,600点 2 前腕、下腿 35,000点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 25,310点 注（略） K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1 2センチメートル以内のもの 15,000点	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分 (筋膜、筋、腱、腱鞘) K023～K027（略） K028 腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。） 2,050点 K029（略） K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 7,390点 2（略） K031 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹 24,130点 2 手、足 12,870点 注（略） K032～K041（略） (四肢骨) K042～K043-3（略） K044 骨折非観血的整復術 1 肩甲骨、上腕、大腿 1,600点 2 前腕、下腿 1,780点 3（略） K045（略） K046 骨折観血的手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 18,810点 2 前腕、下腿、手舟状骨 15,980点 3（略） 注（略） K046-2～K051（略） K051-2 中手骨又は中足骨摘除術（2本以上） 5,160点 注（略） K052～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 36,460点 2 前腕、下腿 32,040点 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 22,010点 注（略） (新設)
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【点数の見直し】		
【新設】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	2 <u>2センチメートルを超えるもの</u> 21,960点 注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>	
【新設】 (四肢関節、靱帯)	K054～K055-3 (略) K055-4 <u>大腿骨遠位骨切り術</u> 33,830点 K056～K059-2 (略)	K054～K055-3 (略) (新設) K056～K059-2 (略)
【点数の見直し】	(四肢関節、靱帯) K060 <u>関節切開術</u> 1 (略) 2 胸鎖、肘、手、足 1,470点 3 肩鎖、指(手、足) 780点 K060-2～K061 (略) K062 <u>先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)</u> 1 (略) 2 その他 3,390点	(四肢関節、靱帯) K060 <u>関節切開術</u> 1 (略) 2 胸鎖、肘、手、足 1,280点 3 肩鎖、指(手、足) 680点 K060-2～K061 (略) K062 <u>先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)</u> 1 (略) 2 その他 2,950点
【新設】	K063～K069-3 (略) K069-4 <u>関節鏡下半月板制動術</u> 21,700点	K063～K069-3 (略) (新設)
【新設】	K070～K076-2 (略) K076-3 <u>関節鏡下肩関節授動術(関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの)</u> 54,810点	K070～K076-2 (略) (新設)
【新設】	K077 (略) K077-2 <u>肩甲骨烏口突起移行術</u> 27,380点	K077 (略) (新設)
【項目の見直し】	K078～K080-4 (略) K080-5 <u>関節鏡下肩関節唇形成術</u> 1・2 (略) 3 <u>関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの</u> 46,370点	K078～K080-4 (略) K080-5 <u>関節鏡下肩関節唇形成術</u> 1・2 (略) (新設)
【新設】	K080-6～K082-6 (略) K082-7 <u>人工股関節置換術(手術支援装置を用いるもの)</u> 43,260点	K080-6～K082-6 (略) (新設)
【点数の見直し】	K083 (略) K083-2 <u>内反足足板挺子固定</u> 2,330点 注 (略) (四肢切断、離断、再接合)	K083 (略) K083-2 <u>内反足足板挺子固定</u> 2,030点 注 (略) (四肢切断、離断、再接合)
(手、足)	K084～K088 (略)	K084～K088 (略)
【点数の見直し】	(手、足) K089 (略) K090 <u>ひょう疽手術</u> 1 (略) 2 骨、関節のもの 1,470点 K090-2～K097 (略)	(手、足) K089 (略) K090 <u>ひょう疽手術</u> 1 (略) 2 骨、関節のもの 1,280点 K090-2～K097 (略)
(脊柱、骨盤)	K098 <u>削除</u> K099～K111 (略)	K098 <u>手掌屈筋腱縫合術</u> 13,300点 K099～K111 (略)
【点数の見直し】	(脊柱、骨盤) K112～K116 (略) K117 <u>脊椎脱臼非観血的整復術</u> 2,950点	(脊柱、骨盤) K112～K116 (略) K117 <u>脊椎脱臼非観血的整復術</u> 2,570点
【点数の見直し】	K117-2 <u>頸椎非観血的整復術</u> 2,950点	K117-2 <u>頸椎非観血的整復術</u> 2,570点
【点数の見直し】	K117-3～K120 (略) K120-2 <u>恥骨結合離開非観血的整復固定術</u> 1,810点	K117-3～K120 (略) K120-2 <u>恥骨結合離開非観血的整復固定術</u> 1,580点
【点数の見直し】	K121 <u>骨盤骨折非観血的整復術</u> 2,950点	K121 <u>骨盤骨折非観血的整復術</u> 2,570点
【点数の見直し】	K122及びK123～K125 (略) K126 <u>脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)</u> 1 棘突起、腸骨翼 3,620点 2 (略) K126-2～K142-4 (略) K142-5 <u>内視鏡下椎弓形成術</u> 30,390点	K122及びK123～K125 (略) K126 <u>脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)</u> 1 棘突起、腸骨翼 3,150点 2 (略) K126-2～K142-4 (略) K142-5 <u>内視鏡下椎弓形成術</u> 30,390点
【注の追加】	注 <u>椎弓が2以上の場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当す</u>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	る点数を加算する。ただし、加算は4椎弓を 超えないものとする。 K 142-6～K 144 (略)	K 142-6～K 144 (略)
第3款 神経系・頭蓋	第3款 神経系・頭蓋 通則 (略) 区分	第3款 神経系・頭蓋 通則 (略) 区分
(頭蓋、脳)	(頭蓋、脳)	(頭蓋、脳)
【新設】	K 145～K 147-2 (略) K 147-3 緊急穿頭血腫除去術 10,900点 K 148～K 176 (略)	K 145～K 147-2 (略) (新設) K 148～K 176 (略)
【新設】	K 176-2 脳硬膜血管結紮術 82,730点 K 177～K 178-3 (略)	(新設) K 177～K 178-3 (略)
【注の追加】	K 178-4 経皮的脳血栓回収術 33,150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、当該保険医療機関 との連携体制の確保により区分番号A205-2 に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行って いる他の保険医療機関の救急患者について、 経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言 を行った上で、当該他の保険医療機関から搬 送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回 収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携 加算として、5,000点を所定点数に加算する。 ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する 場合は、区分番号A205-2に掲げる超急性期 脳卒中加算は算定できない。	K 178-4 経皮的脳血栓回収術 33,150点 (新設)
【点数の見直し】	K 178-5・K 179 (略) K 180 頭蓋骨形成手術 1・2 (略) 3 骨移動を伴うもの 47,090点 注 (略) K 181～K 181-6 (略)	K 178-5・K 179 (略) K 180 頭蓋骨形成手術 1・2 (略) 3 骨移動を伴うもの 40,950点 注 (略) K 181～K 181-6 (略)
(脊髄、末梢神経、交感神経)	(脊髄、末梢神経、交感神経)	(脊髄、末梢神経、交感神経)
【点数の見直し】	K 182～K 189 (略) K 190 脊髄刺激装置植込術 1 脊髄刺激電極を留置した場合 27,830点 2 (略) 注 (略)	K 182～K 189 (略) K 190 脊髄刺激装置植込術 1 脊髄刺激電極を留置した場合 24,200点 2 (略) 注 (略)
【点数の見直し】	K 190-2・K 190-3 (略) K 190-4 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用 植込型ポンプ交換術 8,380点 K 190-5～K 193 (略)	K 190-2・K 190-3 (略) K 190-4 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用 植込型ポンプ交換術 7,290点 K 190-5～K 193 (略)
【点数の見直し】	K 193-2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除 術(露出部) 1・2 (略) 3 長径4センチメートル以上 5,010点 K 193-3～K 196-5 (略)	K 193-2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除 術(露出部) 1・2 (略) 3 長径4センチメートル以上 4,360点 K 193-3～K 196-5 (略)
【新設】	K 196-6 末梢神経ラジオ波焼灼療法(一連とし て) 15,000点 K 197・K 198 (略)	(新設) K 197・K 198 (略)
第4款 眼	第4款 眼 区分 (涙道) K 199～K 206 (略) (眼瞼) K 207～K 219 (略) (結膜)	第4款 眼 区分 (涙道) K 199～K 206 (略) (眼瞼) K 207～K 219 (略) (結膜)

項 目	改 正 後	改 正 前
(眼球、眼筋)	K 220 ～ K 225-4 (略) (眼窩、涙腺) K 226 ～ K 237 (略)	K 220 ～ K 225-4 (略) (眼窩、涙腺) K 226 ～ K 237 (略)
【点数の見直し】	(眼球、眼筋) K 238 (略) K 239 眼球内容除去術 7,040点 K 240 (略)	(眼球、眼筋) K 238 (略) K 239 眼球内容除去術 6,130点 K 240 (略)
【点数の見直し】	K 241 眼球摘出術 4,220点 K 242 ～ K 245 (略)	K 241 眼球摘出術 3,670点 K 242 ～ K 245 (略)
(角膜、強膜)	(角膜、強膜) K 246 ～ K 255 (略)	(角膜、強膜) K 246 ～ K 255 (略)
【点数の見直し】	K 256 角膜潰瘍結膜被覆術 3,040点	K 256 角膜潰瘍結膜被覆術 2,650点
【点数の見直し】	K 257 角膜表層除去併用結膜被覆術 9,540点 K 258 ～ K 259-2 (略)	K 257 角膜表層除去併用結膜被覆術 8,300点 K 258 ～ K 259-2 (略)
【新設】	K 259-3 ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術 52,600点	(新設)
【点数の見直し】	K 260・K 260-2 (略) K 261 角膜形成手術 3,510点 K 262 (略)	K 260・K 260-2 (略) K 261 角膜形成手術 3,060点 K 262 (略)
(ぶどう膜)	(ぶどう膜) K 263及びK 264～K 270 (略)	(ぶどう膜) K 263～及びK 264～K 270 (略)
【項目の見直し】	K 271 毛様体光凝固術 1 眼内内視鏡を用いるもの 41,000点 2 その他のもの 5,600点	K 271 毛様体光凝固術 5,600点 (新設) (新設)
(水晶体、硝子体)	K 272・K 273 (略) (眼房、網膜) K 274～K 277-2 (略)	K 272・K 273 (略) (眼房、網膜) K 274～K 277-2 (略)
【点数の見直し】	(水晶体、硝子体) K 278 硝子体注入・吸引術 2,620点	(水晶体、硝子体) K 278 硝子体注入・吸引術 2,280点
【点数の見直し】	K 279～K 283 (略) K 284 硝子体置換術 7,920点	K 279～K 283 (略) K 284 硝子体置換術 6,890点
第5款 耳鼻咽喉	第5款 耳鼻咽喉 区分	第5款 耳鼻咽喉 区分
(外耳)	(外耳) K 285～K 288 (略)	(外耳) K 285～K 288 (略)
【点数の見直し】	K 289 耳茸摘出術 1,150点 K 290～K 299 (略)	K 289 耳茸摘出術 1,000点 K 290～K 299 (略)
(中耳)	(中耳) K 300 (略)	(中耳) K 300 (略)
【点数の見直し】	K 301 鼓室開放術 8,370点	K 301 鼓室開放術 7,280点
【点数の見直し】	K 302 上鼓室開放術 15,110点 K 303 (略)	K 302 上鼓室開放術 13,140点 K 303 (略)
【点数の見直し】	K 304 乳突洞開放術 (アントロトミー) 15,500点	K 304 乳突洞開放術 (アントロトミー) 13,480点
【点数の見直し】	K 305～K 309 (略) K 310 乳突充填術 8,590点	K 305～K 309 (略) K 310 乳突充填術 7,470点
【点数の見直し】	K 311 (略) K 312 鼓膜鼓室肉芽切除術 3,470点 K 313～K 320-2 (略) (内耳) K 321～K 328-3 (略)	K 311 (略) K 312 鼓膜鼓室肉芽切除術 3,020点 K 313～K 320-2 (略) (内耳) K 321～K 328-3 (略)
(鼻)	(鼻) K 329～K 337 (略)	(鼻) K 329～K 337 (略)
【点数の見直し】	K 338 鼻甲介切除術 1 高周波電気凝固法によるもの 1,240点 2 その他のもの 3,810点	K 338 鼻甲介切除術 1 高周波電気凝固法によるもの 1,080点 2 その他のもの 3,320点

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	K 338-2 (略)	K 338-2 (略)
【点数の見直し】	K 339 粘膜下鼻甲介骨切除術 4,890点	K 339 粘膜下鼻甲介骨切除術 4,260点
【点数の見直し】	K 340 鼻茸摘出術 1,500点	K 340 鼻茸摘出術 1,310点
【点数の見直し】	K 340-2 ～ K 340-7 (略)	K 340-2 ～ K 340-7 (略)
【名称の見直し】	K 341 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術 1,730点	K 341 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術 1,510点
【項目の見直し】	K 342・K 343 (略)	K 342・K 343 (略)
【新設】	K 343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	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 (新設)
【新設】	1 頭蓋底郭清、再建を伴うもの 110,950点 2 その他のもの 60,000点	(新設)
(副鼻腔)	K 344 ～ K 347-7 (略)	K 344 ～ K 347-7 (略)
【点数の見直し】	K 347-8 内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型(前彎矯正術) 29,680点	(新設)
【新設】	K 347-9 内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型(外鼻形成術) 46,070点	(新設)
(副鼻腔)	(副鼻腔)	(副鼻腔)
【点数の見直し】	K 348及びK 349 ～ K 351 (略)	K 348及びK 349 ～ K 351 (略)
【点数の見直し】	K 352 上顎洞根治手術 9,180点	K 352 上顎洞根治手術 7,990点
【点数の見直し】	K 352-2 鼻内上顎洞根治手術 3,820点	K 352-2 鼻内上顎洞根治手術 3,330点
【点数の見直し】	K 352-3 (略)	K 352-3 (略)
【点数の見直し】	K 353 鼻内篩骨洞根治手術 5,750点	K 353 鼻内篩骨洞根治手術 5,000点
【点数の見直し】	K 354からK 356まで・K 356-2 (略)	K 354からK 356まで・K 356-2 (略)
	K 357 鼻内蝶形洞根治手術 4,390点	K 357 鼻内蝶形洞根治手術 3,820点
	K 358からK 362まで 削除	K 358 上顎洞篩骨洞根治手術 11,310点 K 359 前頭洞篩骨洞根治手術 11,290点 K 360 篩骨洞蝶形洞根治手術 11,290点 K 361 上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術 12,630点 K 362 上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術 14,110点
	K 362-2 (略)	K 362-2 (略)
	K 363 削除	K 363 前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術 13,440点
	K 364 ～ K 366 (略)	K 364 ～ K 366 (略)
	(咽頭、扁桃)	(咽頭、扁桃)
(喉頭、気管)	K 367 ～ K 382-2 (略)	K 367 ～ K 382-2 (略)
	(喉頭、気管)	(喉頭、気管)
【点数の見直し】	K 383 (略)	K 383 (略)
【点数の見直し】	K 384 喉頭膿瘍切開術 2,460点	K 384 喉頭膿瘍切開術 2,140点
【点数の見直し】	K 384-2 深頸部膿瘍切開術 5,520点	K 384-2 深頸部膿瘍切開術 4,800点
【点数の見直し】	K 385 ～ K 391 (略)	K 385 ～ K 391 (略)
【点数の見直し】	K 392 喉頭蓋切除術 3,660点	K 392 喉頭蓋切除術 3,190点
【点数の見直し】	K 392-2 ～ K 400 (略)	K 392-2 ～ K 400 (略)
	K 401 気管口狭窄拡大術 3,090点	K 401 気管口狭窄拡大術 2,690点
	K 402 ～ K 403-2 (略)	K 402 ～ K 403-2 (略)
第6款 顔面・口腔・頸部	第6款 顔面・口腔・頸部 区分 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) K 404 ～ K 407-2 (略) (口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌) K 408 ～ K 420 (略) (顔面) K 421 ～ K 426-2 (略)	第6款 顔面・口腔・頸部 区分 (歯、歯肉、歯槽部、口蓋) K 404 ～ K 407-2 (略) (口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌) K 408 ～ K 420 (略) (顔面) K 421 ～ K 426-2 (略)
(顔面骨、顎関節)	(顔面骨、顎関節)	(顔面骨、顎関節)
【点数の見直し】	K 427 ～ K 431 (略)	K 427 ～ K 431 (略)
【点数の見直し】	K 432 上顎骨折非観血的整復術 1,800点	K 432 上顎骨折非観血的整復術 1,570点
	K 433 ～ K 441 (略)	K 433 ～ K 441 (略)
【点数の見直し】	K 442 上顎骨悪性腫瘍手術	K 442 上顎骨悪性腫瘍手術
	1 搔爬 10,530点	1 搔爬 9,160点
	2・3 (略)	2・3 (略)
	K 443 ～ K 445-2 (略)	K 443 ～ K 445-2 (略)
	K 446 顎関節授動術	K 446 顎関節授動術

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>(唾液腺)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 徒手の授動術 イ・ロ (略) ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,760点</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 12,090点</p> <p>3 (略)</p> <p>K 447 (略)</p> <p>(唾液腺)</p> <p>K 448・K 449 (略)</p> <p>K 450 嚥石摘出術 (一連につき)</p> <p>1 (略)</p> <p>2 深在性のもの 4,330点</p> <p>3 (略)</p> <p>注 (略)</p> <p>K 451～K 460 (略)</p> <p>(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))</p> <p>K 461～K 465 (略)</p> <p>(その他の頸部)</p> <p>K 466～K 471 (略)</p>	<p>1 徒手の授動術 イ・ロ (略) ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,400点</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 10,520点</p> <p>3 (略)</p> <p>K 447 (略)</p> <p>(唾液腺)</p> <p>K 448・K 449 (略)</p> <p>K 450 嚥石摘出術 (一連につき)</p> <p>1 (略)</p> <p>2 深在性のもの 3,770点</p> <p>3 (略)</p> <p>注 (略)</p> <p>K 451～K 460 (略)</p> <p>(甲状腺、副甲状腺 (上皮小体))</p> <p>K 461～K 465 (略)</p> <p>(その他の頸部)</p> <p>K 466～K 471 (略)</p>
<p>第7款 胸部</p> <p>(乳腺)</p> <p>【注の追加】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>第7款 胸部 区分</p> <p>(乳腺)</p> <p>K 472～K 474-3 (略)</p> <p>K 475 乳房切除術 6,040点</p> <p>注 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う場合は、遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算として、8,780点を所定点数に加算する。</p> <p>K 475-2 (略)</p> <p>K 476 乳腺悪性腫瘍手術</p> <p>1 単純乳房切除術 (乳腺全摘術) 17,040点</p> <p>2～9 (略)</p> <p>注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>注2 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>K 476-2～K 476-4 (略)</p> <p>K 476-5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として) 15,000点</p> <p>注1 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニンググリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>注3 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p>	<p>第7款 胸部 区分</p> <p>(乳腺)</p> <p>K 472～K 474-3 (略)</p> <p>K 475 乳房切除術 6,040点 (新設)</p> <p>K 475-2 (略)</p> <p>K 476 乳腺悪性腫瘍手術</p> <p>1 単純乳房切除術 (乳腺全摘術) 14,820点</p> <p>2～9 (略)</p> <p>注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニンググリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>注2 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>K 476-2～K 476-4 (略)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
(胸壁)	い。 (胸壁) K 477～K 486 (略) K 487 漏斗胸手術 1～3 (略) 4 胸骨挙上用固定具抜去術 (胸腔、胸膜) K 488～K 501-3 (略) (縦隔) K 502～K 504-2 (略)	(胸壁) K 477～K 486 (略) K 487 漏斗胸手術 1～3 (略) 4 胸骨挙上用固定具抜去術 (胸腔、胸膜) K 488～K 501-3 (略) (縦隔) K 502～K 504-2 (略)
【点数の見直し】	6,530点	5,680点
(気管支、肺)	(気管支、肺) K 505及び506～K 508-3 (略) K 508-4 気管支バルブ留置術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K 509 (略) K 509-2 気管支肺胞洗浄術 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) 4 気管支形成を伴う肺切除 5 肺全摘 K 514-3 移植用肺採取術 (死体) (両側) 注 (略) K 514-4～K 514-6 (略) K 514-7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として) 1 2センチメートル以内のもの 15,000点 2 2センチメートルを超えるもの 21,960点 注 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。 K 515～K 519 (略)	(気管支、肺) K 505及び506～K 508-3 (略) (新設) K 509 (略) K 509-2 気管支肺胞洗浄術 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) 4 気管支形成を伴う肺切除 (新設) K 514-3 移植用肺採取術 (死体) (両側) 注 (略) K 514-4～K 514-6 (略) (新設) K 515～K 519 (略)
【新設】	8,960点	
【点数の見直し】	6,090点	5,300点
【点数の見直し】	107,800点	81,420点
【項目の見直し】	93,000点	
【点数の見直し】	80,460点	63,200点
【新設】		
(食道)	(食道) K 520・K 521 (略) K 522 食道狭窄拡張術 1～3 (略) 注1 1及び2については、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。 注2 3については、短期間又は同一入院期間中、2回に限り算定する。 K 522-2～K 529-4 (略) K 529-5 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの) 153,330点 K 530・K 530-2 (略) K 530-3 内視鏡下筋層切開術 K 531～K 533-2 (略) K 533-3 内視鏡的胃静脈腫瘍組織接着剤注入術 (横隔膜) K 534～K 537-2 (略)	(食道) K 520・K 521 (略) K 522 食道狭窄拡張術 1～3 (略) 注 短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。 (新設) K 522-2～K 529-4 (略) (新設) K 530・K 530-2 (略) K 530-3 内視鏡下筋層切開術 K 531～K 533-2 (略) K 533-3 内視鏡的胃静脈腫瘍組織接着剤注入術 (横隔膜) K 534～K 537-2 (略)
【注の見直し】		
【注の追加】		
【新設】		
【点数の見直し】	22,100点	12,470点
【点数の見直し】	3,250点	8,990点
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) K 538～K 543 (略)	第8款 心・脈管 区分 (心、心膜、肺動静脈、冠血管等) K 538～K 543 (略)
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)		

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	K 544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 1 単独のもの イ 胸腔鏡下によるもの 90,600点 ロ その他のもの 60,600点 2・3 (略)	K 544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 1 単独のもの 60,600点 (新設) (新設) 2・3 (略)
【項目の見直し】	K 545～K 547 (略) K 548 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの) 1・2 (略) 3 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの 24,720点 注 (略)	K 545～K 547 (略) K 548 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの) 1・2 (略) (新設) 注 (略)
【項目の見直し】	K 549～K 572 (略) K 573 心房中隔欠損作成術 1 経皮的心房中隔欠損作成術 イ ラッシュキンド法 16,090点 ロ スタティック法 16,090点 2 (略) 注 (略)	K 549～K 572 (略) K 573 心房中隔欠損作成術 1 経皮的心房中隔欠損作成術 (ラッシュキンド法) 16,090点 (新設) (新設) 2 (略) 注 (略)
【新設】	K 574～K 574-3 (略) K 574-4 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術 69,130点 K 575～K 599-5 (略)	K 574～K 574-3 (略) (新設) K 575～K 599-5 (略)
【点数の見直し】	K 600 大動脈バルーンパンピング法 (I A B P 法) (1日につき) 1 (略) 2 2日目以降 4,230点 注 (略)	K 600 大動脈バルーンパンピング法 (I A B P 法) (1日につき) 1 (略) 2 2日目以降 3,680点 注 (略)
【点数の見直し】	K 601～K 604-2 (略) K 605 移植用心採取術 68,490点 注 (略)	K 601～K 604-2 (略) K 605 移植用心採取術 62,720点 注 (略)
【点数の見直し】	K 605-2 同種心移植術 212,210点 注 1・2 (略) K 605-3～K 605-5 (略)	K 605-2 同種心移植術 192,920点 注 1・2 (略) K 605-3～K 605-5 (略)
(動脈)	(動脈) K 606・K 607 (略) K 607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 4,840点 K 607-3～K 608-2 (略)	(動脈) K 606・K 607 (略) K 607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 4,210点 K 607-3～K 608-2 (略)
【点数の見直し】	K 608-3 内シャント血栓除去術 3,590点 K 609～K 614 (略)	K 608-3 内シャント血栓除去術 3,130点 K 609～K 614 (略)
【点数の見直し】	K 615 血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) 1 止血術 26,570点 2 (略)	K 615 血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) 1 止血術 23,110点 2 (略)
【項目の見直し】	3 門脈塞栓術 (開腹によるもの) 27,140点 4 その他のもの 20,480点 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) 3 その他のもの 20,480点 (新設)
【注の追加】	K 615-2～K 616-8 (略) (静脈) K 617～K 623-2 (略) (リンパ管、リンパ節) K 624～K 628 (略)	K 615-2～K 616-8 (略) (静脈) K 617～K 623-2 (略) (リンパ管、リンパ節) K 624～K 628 (略)
第9款 腹部	第9款 腹部	第9款 腹部
(腹壁、ヘルニア)	区分 (腹壁、ヘルニア) K 629～K 633 (略) K 633-2 腹腔鏡下ヘルニア手術 1～3 (略)	区分 (腹壁、ヘルニア) K 629～K 633 (略) K 633-2 腹腔鏡下ヘルニア手術 1～3 (略)
【点数の見直し】	4 臍ヘルニア 13,130点	4 臍ヘルニア 11,420点

項 目	改 正 後	改 正 前
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	5 (略) K 634 (略)	5 (略) K 634 (略)
【新設】	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K 635 ～ K 635-3 (略) K 635-4 腹腔鏡下連続携帯式腹膜灌流用カテ テル腹腔内留置術 16,660点	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K 635 ～ K 635-3 (略) (新設)
【新設】	K 636 ～ K 645 (略)	K 636 ～ K 645 (略)
【新設】	K 645-2 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術 168,110点	(新設)
	K 645-3 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラ ジオ波焼灼療法 (一連として)	(新設)
	1 2センチメートル以内のもの 15,000点	
	2 2センチメートルを超えるもの 21,960点	
	注 フェージョンイメージングを用いて行った 場合は、フェージョンイメージング加算とし て、200点を所定点数に加算する。	
(胃、十二指腸)	(胃、十二指腸) K 646 ～ K 652 (略)	(胃、十二指腸) K 646 ～ K 652 (略)
	K 653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切 除術	K 653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切 除術
	1～3 (略)	1～3 (略)
【点数の見直し】	4 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 7,160点	4 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 6,230点
	5 (略)	5 (略)
【名称の見直し】	K 653-2 ～ K 656 (略)	K 653-2 ～ K 656 (略)
	K 656-2 腹腔鏡下胃縮小術	K 656-2 腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除に よるもの) 40,050点
【項目の見直し】	1 スリーブ状切除によるもの 40,050点	(新設)
	2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を 併施するもの) 50,290点	(新設)
	K 657 ～ K 668-2 (略)	K 657 ～ K 668-2 (略)
	(胆嚢、胆道)	(胆嚢、胆道)
	K 669 ～ K 689-2 (略)	K 669 ～ K 689-2 (略)
(肝)	(肝) K 690 ～ K 697 (略)	(肝) K 690 ～ K 697 (略)
	K 697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連と して)	K 697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連と して)
	1・2 (略)	1・2 (略)
【注の追加】	注 フェージョンイメージングを用いて行った 場合は、フェージョンイメージング加算とし て、200点を所定点数に加算する。	(新設)
	K 697-3 ～ K 697-7 (略)	K 697-3 ～ K 697-7 (略)
(膵)	(膵) K 698 ～ K 700-3 (略)	(膵) K 698 ～ K 700-3 (略)
【新設】	K 700-4 腹腔鏡下膵中央切除術 88,050点	(新設)
	K 701 ～ K 709-6 (略)	K 701 ～ K 709-6 (略)
	(脾)	(脾)
	K 710 ～ K 711-2 (略)	K 710 ～ K 711-2 (略)
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、 結腸)	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸) K 712 ～ K 720 (略)	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸) K 712 ～ K 720 (略)
	K 721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	K 721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
	1・2 (略)	1・2 (略)
	注 1・2 (略)	注 1・2 (略)
【注の追加】	注 3 病変検出支援プログラムを用いて実施し た場合は、病変検出支援プログラム加算と して、60点を所定点数に加算する。	(新設)
	K 721-2 ～ K 736 (略)	K 721-2 ～ K 736 (略)
(直腸)	(直腸) K 737 ～ K 741 (略)	(直腸) K 737 ～ K 741 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	K741-2 直腸瘤手術 6,620点 K742・K742-2 (略) (肛門、その周辺) K743～K753 (略)	K741-2 直腸瘤手術 5,760点 K742・K742-2 (略) (肛門、その周辺) K743～K753 (略)
第10款 尿路系・副腎 (腎、腎盂) 【新設】	第10款 尿路系・副腎 区分 (副腎) K754～K756-2 (略) (腎、腎盂) K757～K773-6 (略) K773-7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として) 1 2センチメートル以内のもの 15,000点 2 2センチメートルを超えるもの 21,960点 注 フェュージョンイメージングを用いて行った場合は、フェュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。 K774 (略) K775 経皮的腎(腎盂)瘻造設術 13,860点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K775-2～K780-2 (略) (尿管) K781～K794-2 (略)	第10款 尿路系・副腎 区分 (副腎) K754～K756-2 (略) (腎、腎盂) K757～K773-6 (略) (新設)
【注の追加】	K774 (略) K775 経皮的腎(腎盂)瘻造設術 13,860点 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K775-2～K780-2 (略) (尿管) K781～K794-2 (略)	K774 (略) K775 経皮的腎(腎盂)瘻造設術 13,860点 (新設)
(膀胱)	(膀胱) K795～K797 (略) K798 膀胱結石、異物摘出術 1・2 (略)	(膀胱) K795～K797 (略) K798 膀胱結石、異物摘出術 1・2 (略) (新設)
【項目の見直し】	3 レーザーによるもの 11,980点 K798-2～K802-3 (略)	K798-2～K802-3 (略) (新設)
【点数の見直し】	K802-4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 14,610点	K802-4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 12,710点
【新設】	K802-5～K809-3 (略) K809-4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術(膀胱外アプローチ) 39,280点 K810～K812-2 (略)	K802-5～K809-3 (略) (新設)
(尿道)	(尿道) K813～K819 (略) K819-2 陰茎形成術 60,610点 K820～K821-3 (略) K821-4 尿道狭窄グラフト再建術 50,890点 K822～K823-7 (略)	(尿道) K813～K819 (略) K819-2 陰茎形成術 52,710点 K820～K821-3 (略) (新設) K822～K823-7 (略)
【点数の見直し】	K813～K819 (略) K819-2 陰茎形成術 60,610点 K820～K821-3 (略) K821-4 尿道狭窄グラフト再建術 50,890点 K822～K823-7 (略)	K813～K819 (略) K819-2 陰茎形成術 52,710点 K820～K821-3 (略) (新設) K822～K823-7 (略)
【新設】	K821-4 尿道狭窄グラフト再建術 50,890点 K822～K823-7 (略)	(新設) K822～K823-7 (略)
第11款 性器 (陰茎)	第11款 性器 区分 (陰茎) K824～K826-2 (略) K826-3 陰茎様陰核形成手術 8,070点 K827～K828-2 (略)	第11款 性器 区分 (陰茎) K824～K826-2 (略) K826-3 陰茎様陰核形成手術 7,020点 K827～K828-2 (略)
【点数の見直し】	K824～K826-2 (略) K826-3 陰茎様陰核形成手術 8,070点 K827～K828-2 (略)	K824～K826-2 (略) K826-3 陰茎様陰核形成手術 7,020点 K827～K828-2 (略)
(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 8,920点 K829 (略) K830 精巣摘出術 3,180点 K830-2 (略) K830-3 精巣温存手術 3,400点 K831及びK831-2～K833 (略)	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索) K828-3 埋没陰茎手術 7,760点 K829 (略) K830 精巣摘出術 2,770点 K830-2 (略) (新設) K831及びK831-2～K833 (略)
【点数の見直し】	K828-3 埋没陰茎手術 8,920点 K829 (略)	K828-3 埋没陰茎手術 7,760点 K829 (略)
【点数の見直し】	K830 精巣摘出術 3,180点 K830-2 (略)	K830 精巣摘出術 2,770点 K830-2 (略)
【新設】	K830-3 精巣温存手術 3,400点 K831及びK831-2～K833 (略)	(新設) K831及びK831-2～K833 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	K834 精索静脈瘤手術 3,410点 K834-2・K834-3 (略)	K834 精索静脈瘤手術 2,970点 K834-2・K834-3 (略)
【点数の見直し】	K835 陰嚢水腫手術 1 (略)	K835 陰嚢水腫手術 1 (略)
【点数の見直し】	2 その他 2,630点	2 その他 2,290点
【新設】	K836 停留精巣固定術 11,200点 K836-2 (略)	K836 停留精巣固定術 9,740点 K836-2 (略)
(精嚢、前立腺)	K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動脈結紮術 20,500点 K837～K838-2 (略)	(新設) K837～K838-2 (略)
	(精嚢、前立腺) K839～K841 (略)	(精嚢、前立腺) K839～K841 (略)
【点数の見直し】	K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 (略)	K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 (略)
【新設】	2 ツリウムレーザーを用いるもの 20,470点	2 ツリウムレーザーを用いるもの 18,190点
【新設】	3 (略)	3 (略)
	K841-3～K841-6 (略)	K841-3～K841-6 (略)
(外陰、会陰)	K841-7 経尿道的前立腺水蒸気治療 12,300点 K841-8 経尿道的前立腺切除術(高圧水噴射システムを用いるもの) 18,500点 K842～K843-4 (略)	(新設) (新設) K842～K843-4 (略)
	(外陰、会陰) K844～K849 (略)	(外陰、会陰) K844～K849 (略)
【注の追加】	K850 女子外性器悪性腫瘍手術 1・2 (略)	K850 女子外性器悪性腫瘍手術 1・2 (略)
	注 放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、女子外性器悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。	(新設)
【点数の見直し】	K850-2～K851-2 (略) K851-3 癒合陰唇形成手術 1 筋層に及ばないもの 2,670点 2 (略)	K850-2～K851-2 (略) K851-3 癒合陰唇形成手術 1 筋層に及ばないもの 2,330点 2 (略)
(子宮)	(子宮) K852～K860-3 (略)	(子宮) K852～K860-3 (略)
	(子宮) K861～K872-2 (略)	(子宮) K861～K872-2 (略)
【項目の見直し】	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 (略) 2 組織切除回収システム利用によるもの 6,630点 3 (略)	K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 (略) (新設) 2 (略)
(子宮付属器)	K872-4～K884-3 (略)	K872-4～K884-3 (略)
	(子宮付属器) K885 (略)	(子宮付属器) K885 (略)
【点数の見直し】	K885-2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,860点 K886～K890-4 (略)	K885-2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,620点 K886～K890-4 (略)
(産科手術)	(産科手術) K891～K904 (略)	(産科手術) K891～K904 (略)
【点数の見直し】	K905 子宮内反症整復手術(腔式、腹式) 1 非観血的 390点 2 (略)	K905 子宮内反症整復手術(腔式、腹式) 1 非観血的 340点 2 (略)
	K906～K913 (略)	K906～K913 (略)
	(その他) K913-2 (略)	(その他) K913-2 (略)
	第12款 (略)	第12款 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>第13款 手術等管理料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p> <p>【新設】</p>	<p>第13款 手術等管理料</p> <p>区分</p> <p>K914～K916 (略)</p> <p>K917 体外受精・顕微授精管理料</p> <p>1 体外受精 3,200点</p> <p>2 顕微授精</p> <p>イ 1個の場合 3,800点</p> <p>ロ 2個から5個までの場合 5,800点</p> <p>ハ 6個から9個までの場合 9,000点</p> <p>ニ 10個以上の場合 11,800点</p> <p>注1 (略)</p> <p>(削る)</p> <p>注2 (略)</p> <p>注3 新鮮精子を使用して体外受精又は顕微授精を実施した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>K917-2 (略)</p> <p>K917-3 胚凍結保存管理料</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注 1については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。</p> <p>K917-4 採取精子調整管理料 5,000点</p> <p>K917-5 精子凍結保存管理料</p> <p>1 精子凍結保存管理料(導入時)</p> <p>イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500点</p> <p>ロ イ以外の場合 1,000点</p> <p>2 精子凍結保存維持管理料 700点</p> <p>注 1については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、2については、精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。</p>	<p>第13款 手術等管理料</p> <p>区分</p> <p>K914～K916 (略)</p> <p>K917 体外受精・顕微授精管理料</p> <p>1 体外受精 4,200点</p> <p>2 顕微授精</p> <p>イ 1個の場合 4,800点</p> <p>ロ 2個から5個までの場合 6,800点</p> <p>ハ 6個から9個までの場合 10,000点</p> <p>ニ 10個以上の場合 12,800点</p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 区分番号K838-2に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>K917-2 (略)</p> <p>K917-3 胚凍結保存管理料</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>第2節 輸血料</p>	<p>第2節 輸血料</p> <p>区分</p> <p>K920～K924-3 (略)</p>	<p>第2節 輸血料</p> <p>区分</p> <p>K920～K924-3 (略)</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>区分</p> <p>K930～K935 (略)</p> <p>K936 自動縫合器加算 2,500点</p> <p>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、K529-5、K531からK532-2まで、K594の3及び4(ハを除く。)、K645、K645-2、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、</p>	<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>区分</p> <p>K930～K935 (略)</p> <p>K936 自動縫合器加算 2,500点</p> <p>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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>K 677、K 677-2、K 680、K 684-2、K 695の4からK 695の7まで、K 695-2の4からK 695-2の6まで、K 696、K 697-4、K 700からK 700-4まで、K 702からK 703-2まで、K 704、K 705の2、K 706、K 709-2からK 709-5まで、K 711-2、K 716からK 716-6まで、K 719からK 719-3まで、K 719-5、K 732の2、K 735、K 735-3、K 735-5、K 739、K 739-3、K 740、K 740-2、K 779-3、K 803からK 803-3まで並びにK 817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。</p> <p>注2 (略)</p> <p>K 936-2 自動吻合器加算 5,500点</p> <p>注 区分番号 K 522-3、K 525、K 529からK 529-3まで、K 529-5、K 531からK 532-2まで、K 645、K 645-2、K 655、K 655-2、K 655-4、K 655-5、K 657、K 657-2、K 702、K 703、K 719の3、K 719-2の2、K 719-3、K 732の2のイ、K 732-2、K 739、K 740、K 740-2、K 803からK 803-3まで及びK 817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。</p>	<p>の4からK 695の7まで、K 695-2の4からK 695-2の6まで、K 696、K 697-4、K 700からK 700-3まで、K 702からK 703-2まで、K 704、K 705の2、K 706、K 709-2からK 709-5まで、K 711-2、K 716からK 716-6まで、K 719からK 719-3まで、K 719-5、K 732の2、K 735、K 735-3、K 735-5、K 739、K 739-3、K 740、K 740-2、K 779-3、K 803からK 803-3まで及びK 817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。</p> <p>注2 (略)</p> <p>K 936-2 自動吻合器加算 5,500点</p> <p>注 区分番号 K 522-3、K 525、K 529からK 529-3まで、K 531からK 532-2まで、K 645、K 655、K 655-2、K 655-4、K 655-5、K 657、K 657-2、K 702、K 703、K 719の3、K 719-2の2、K 719-3、K 739、K 740、K 740-2、K 803からK 803-3まで及びK 817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。</p>
【注の見直し】	<p>K 936-3 ～ K 938 (略)</p> <p>K 939 画像等手術支援加算</p> <p>1 ナビゲーションによるもの 2,000点</p> <p>注 区分番号 K 055-2、K 055-3、K 080の1、K 081の1、K 082の1、K 082-3の1、K 131-2、K 134-2、K 136、K 140からK 141-2まで、K 142 (6を除く。)、K 142-2の1及び2のイ、K 142-3、K 151-2、K 154-2、K 158、K 161、K 167、K 169からK 172まで、K 174の1、K 191からK 193まで、K 235、K 236、K 313、K 314、K 340-3からK 340-7まで、K 342、K 343、K 343-2の2、K 350からK 365まで、K 511の2、K 513の2からK 513の4まで、K 514の2、K 514-2の2、K 695、K 695-2並びにK 697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>K 939-2 ～ K 939-9 (略)</p> <p>第4節・第5節 (略)</p>	<p>K 936-3 ～ K 938 (略)</p> <p>K 939 画像等手術支援加算</p> <p>1 ナビゲーションによるもの 2,000点</p> <p>注 区分番号 K 055-2、K 055-3、K 080の1、K 081の1、K 082の1、K 082-3の1、K 131-2、K 134-2、K 136、K 140からK 141-2まで、K 142 (6を除く。)、K 142-2の1及び2のイ、K 142-3、K 151-2、K 154-2、K 158、K 161、K 167、K 169からK 172まで、K 174の1、K 191からK 193まで、K 235、K 236、K 313、K 314、K 340-3からK 340-7まで、K 342、K 343、K 350からK 365まで、K 511の2、K 513の2からK 513の4まで、K 514の2、K 514-2の2、K 695、K 695-2並びにK 697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>K 939-2 ～ K 939-9 (略)</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
L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	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。 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。	
	L 002 硬膜外麻酔	
	1 頸・胸部 1,500点	
	2 腰部 800点	
	3 仙骨部 340点	
	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。	
	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	
	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。	
	L 004 脊椎麻酔 850点	
	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。	
L 005 上・下肢伝達麻酔 170点		
L 006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）		
	150点	
L 007 開放点滴式全身麻酔	310点	
	L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
	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 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 ロ イ以外の場合 18,200点	
【項目の見直し】 【点数の見直し】	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。） 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 16,720点 ロ イ以外の場合 12,190点	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。） 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 ロ イ以外の場合 12,100点
【点数の見直し】	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。） 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 12,610点 ロ イ以外の場合 9,170点	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。） 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 ロ イ以外の場合 9,050点
	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。） 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 ロ イ以外の場合 6,610点	
	5 その他の場合	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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> <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K</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="138 794 333 819">L 009 麻酔管理料 (I)</p> <p data-bbox="138 1271 255 1296">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 291">672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK 718-2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、術中に非侵襲的血管動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血管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 data-bbox="374 291 797 556">注11 区分番号K561に掲げるステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。)、K609に掲げる動脈血拴内膜摘出術(内頸動脈に限る。)、K609-2に掲げる経皮的頸動脈ステント留置術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 data-bbox="374 556 797 581">L 008-2 体温維持療法(1日につき) 12,200点</p> <p data-bbox="374 581 797 633">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 data-bbox="374 633 797 741">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、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="374 741 797 794">L 008-3 経皮的体温調節療法(一連につき) 5,000点</p> <p data-bbox="374 819 573 844">L 009 麻酔管理料 (I)</p> <p data-bbox="374 844 797 896">1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p data-bbox="374 896 797 948">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 data-bbox="374 948 797 1136">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 data-bbox="374 1136 797 1219">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 data-bbox="374 1219 797 1271">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 data-bbox="374 1271 797 1850">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のハマまで、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、K645-2、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</p>	<p data-bbox="817 291 1238 452">注11 区分番号K609に掲げる動脈血拴内膜摘出術(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 data-bbox="817 1271 1238 1850">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のハマまで、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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>時間を越えた場合は、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>L010 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>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った場合に算定する。</p> <p>注2 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>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>第2節 神経ブロック料</p>	<p>L100 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、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>L 104 トリガーポイント注射 【点数の見直し】</p>	<p>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、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。 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） 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 2 胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊髄神経ブロック、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 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 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 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。 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 70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 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 104 トリガーポイント注射 80点</p>
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>L 200 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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>L300 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>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集積陽性の治療不能な褐色細胞腫（パラガングリオマを含む。）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>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> <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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>射を行った場合 1,800点</p> <p>ロ 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、ロ及びハの場合は、2のイの(3)若しくはロの(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>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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）</p> <p>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 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。</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、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、</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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
<p>第2節 特定保険医療材料料</p>	<p>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。</p>	

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
	N000 病理組織標本作製	
	1 組織切片によるもの（1臓器につき）	860点
	2 セルブロック法によるもの（1部位につき）	860点
	N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき）	2,000点
	N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	
	1 エストロジェンレセプター	720点
	2 プロゲステロンレセプター	690点
	3 H E R 2 タンパク	690点
	4 E G F R タンパク	690点
	5 C C R 4 タンパク	10,000点
6 A L K 融合タンパク	2,700点	
7 C D 30	400点	
8 その他（1臓器につき）	400点	
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。		
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。		
N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）	1,990点	
N003-2 迅速細胞診		
1 手術中の場合（1手術につき）	450点	
2 検査中の場合（1検査につき）	450点	
N004 細胞診（1部位につき）		
1 婦人科材料等によるもの	150点	
2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの	190点	
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、 <u>45点</u> を所定点数に加算する。		
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、 <u>85点</u> を所定点数に加算する。		
N005 H E R 2 遺伝子標本作製		
1 単独の場合	2,700点	
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	
N005-2 A L K 融合遺伝子標本作製	6,520点	
N005-3 P D - L 1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	2,700点	
N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	2,700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、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、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、 <u>1,000点</u> を所定点数に加算する。		
N005-5 B R A F V 600 E 変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	1,600点	
N004 細胞診（1部位につき）		
1 婦人科材料等によるもの	150点	
2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの	190点	
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、 <u>36点</u> を所定点数に加算する。		
【点数の見直し】		
【新設】		
【新設】		

項 目	改 正 後	改 正 前
第 2 節 病理診断・判断料	<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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 130点</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に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。</p>	

第2章 特掲診療料 第14部 その他【新設】

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第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 処遇改善に当たって、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、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。</p>	
第1節 看護職員処遇改善評価料	<p>〇〇〇 看護職員処遇改善評価料（1日につき）</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料1 1点</p> <p>2 看護職員処遇改善評価料2 2点</p> <p>3 看護職員処遇改善評価料3 3点</p> <p>4 看護職員処遇改善評価料4 4点</p> <p>5 看護職員処遇改善評価料5 5点</p> <p>6 看護職員処遇改善評価料6 6点</p> <p>7 看護職員処遇改善評価料7 7点</p> <p>8 看護職員処遇改善評価料8 8点</p> <p>9 看護職員処遇改善評価料9 9点</p> <p>10 看護職員処遇改善評価料10 10点</p> <p>11 看護職員処遇改善評価料11 11点</p> <p>12 看護職員処遇改善評価料12 12点</p> <p>13 看護職員処遇改善評価料13 13点</p> <p>14 看護職員処遇改善評価料14 14点</p> <p>15 看護職員処遇改善評価料15 15点</p> <p>16 看護職員処遇改善評価料16 16点</p> <p>17 看護職員処遇改善評価料17 17点</p> <p>18 看護職員処遇改善評価料18 18点</p> <p>19 看護職員処遇改善評価料19 19点</p> <p>20 看護職員処遇改善評価料20 20点</p> <p>21 看護職員処遇改善評価料21 21点</p> <p>22 看護職員処遇改善評価料22 22点</p> <p>23 看護職員処遇改善評価料23 23点</p> <p>24 看護職員処遇改善評価料24 24点</p> <p>25 看護職員処遇改善評価料25 25点</p> <p>26 看護職員処遇改善評価料26 26点</p> <p>27 看護職員処遇改善評価料27 27点</p> <p>28 看護職員処遇改善評価料28 28点</p> <p>29 看護職員処遇改善評価料29 29点</p> <p>30 看護職員処遇改善評価料30 30点</p> <p>31 看護職員処遇改善評価料31 31点</p> <p>32 看護職員処遇改善評価料32 32点</p> <p>33 看護職員処遇改善評価料33 33点</p> <p>34 看護職員処遇改善評価料34 34点</p> <p>35 看護職員処遇改善評価料35 35点</p> <p>36 看護職員処遇改善評価料36 36点</p> <p>37 看護職員処遇改善評価料37 37点</p> <p>38 看護職員処遇改善評価料38 38点</p> <p>39 看護職員処遇改善評価料39 39点</p> <p>40 看護職員処遇改善評価料40 40点</p> <p>41 看護職員処遇改善評価料41 41点</p> <p>42 看護職員処遇改善評価料42 42点</p> <p>43 看護職員処遇改善評価料43 43点</p> <p>44 看護職員処遇改善評価料44 44点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	45 看護職員処遇改善評価料45	45点
	46 看護職員処遇改善評価料46	46点
	47 看護職員処遇改善評価料47	47点
	48 看護職員処遇改善評価料48	48点
	49 看護職員処遇改善評価料49	49点
	50 看護職員処遇改善評価料50	50点
	51 看護職員処遇改善評価料51	51点
	52 看護職員処遇改善評価料52	52点
	53 看護職員処遇改善評価料53	53点
	54 看護職員処遇改善評価料54	54点
	55 看護職員処遇改善評価料55	55点
	56 看護職員処遇改善評価料56	56点
	57 看護職員処遇改善評価料57	57点
	58 看護職員処遇改善評価料58	58点
	59 看護職員処遇改善評価料59	59点
	60 看護職員処遇改善評価料60	60点
	61 看護職員処遇改善評価料61	61点
	62 看護職員処遇改善評価料62	62点
	63 看護職員処遇改善評価料63	63点
	64 看護職員処遇改善評価料64	64点
	65 看護職員処遇改善評価料65	65点
	66 看護職員処遇改善評価料66	66点
	67 看護職員処遇改善評価料67	67点
	68 看護職員処遇改善評価料68	68点
	69 看護職員処遇改善評価料69	69点
	70 看護職員処遇改善評価料70	70点
	71 看護職員処遇改善評価料71	71点
	72 看護職員処遇改善評価料72	72点
	73 看護職員処遇改善評価料73	73点
	74 看護職員処遇改善評価料74	74点
	75 看護職員処遇改善評価料75	75点
	76 看護職員処遇改善評価料76	76点
	77 看護職員処遇改善評価料77	77点
	78 看護職員処遇改善評価料78	78点
	79 看護職員処遇改善評価料79	79点
	80 看護職員処遇改善評価料80	80点
	81 看護職員処遇改善評価料81	81点
	82 看護職員処遇改善評価料82	82点
	83 看護職員処遇改善評価料83	83点
	84 看護職員処遇改善評価料84	84点
	85 看護職員処遇改善評価料85	85点
	86 看護職員処遇改善評価料86	86点
	87 看護職員処遇改善評価料87	87点
	88 看護職員処遇改善評価料88	88点
	89 看護職員処遇改善評価料89	89点
	90 看護職員処遇改善評価料90	90点
	91 看護職員処遇改善評価料91	91点
	92 看護職員処遇改善評価料92	92点
	93 看護職員処遇改善評価料93	93点
	94 看護職員処遇改善評価料94	94点
	95 看護職員処遇改善評価料95	95点
	96 看護職員処遇改善評価料96	96点
	97 看護職員処遇改善評価料97	97点
	98 看護職員処遇改善評価料98	98点
	99 看護職員処遇改善評価料99	99点
	100 看護職員処遇改善評価料100	100点
	101 看護職員処遇改善評価料101	101点
	102 看護職員処遇改善評価料102	102点
	103 看護職員処遇改善評価料103	103点
	104 看護職員処遇改善評価料104	104点
	105 看護職員処遇改善評価料105	105点
	106 看護職員処遇改善評価料106	106点
	107 看護職員処遇改善評価料107	107点
	108 看護職員処遇改善評価料108	108点
	109 看護職員処遇改善評価料109	109点

項 目	改 正 後	改 正 前
110	看護職員処遇改善評価料110	110点
111	看護職員処遇改善評価料111	111点
112	看護職員処遇改善評価料112	112点
113	看護職員処遇改善評価料113	113点
114	看護職員処遇改善評価料114	114点
115	看護職員処遇改善評価料115	115点
116	看護職員処遇改善評価料116	116点
117	看護職員処遇改善評価料117	117点
118	看護職員処遇改善評価料118	118点
119	看護職員処遇改善評価料119	119点
120	看護職員処遇改善評価料120	120点
121	看護職員処遇改善評価料121	121点
122	看護職員処遇改善評価料122	122点
123	看護職員処遇改善評価料123	123点
124	看護職員処遇改善評価料124	124点
125	看護職員処遇改善評価料125	125点
126	看護職員処遇改善評価料126	126点
127	看護職員処遇改善評価料127	127点
128	看護職員処遇改善評価料128	128点
129	看護職員処遇改善評価料129	129点
130	看護職員処遇改善評価料130	130点
131	看護職員処遇改善評価料131	131点
132	看護職員処遇改善評価料132	132点
133	看護職員処遇改善評価料133	133点
134	看護職員処遇改善評価料134	134点
135	看護職員処遇改善評価料135	135点
136	看護職員処遇改善評価料136	136点
137	看護職員処遇改善評価料137	137点
138	看護職員処遇改善評価料138	138点
139	看護職員処遇改善評価料139	139点
140	看護職員処遇改善評価料140	140点
141	看護職員処遇改善評価料141	141点
142	看護職員処遇改善評価料142	142点
143	看護職員処遇改善評価料143	143点
144	看護職員処遇改善評価料144	144点
145	看護職員処遇改善評価料145	145点
146	看護職員処遇改善評価料146	150点
147	看護職員処遇改善評価料147	160点
148	看護職員処遇改善評価料148	170点
149	看護職員処遇改善評価料149	180点
150	看護職員処遇改善評価料150	190点
151	看護職員処遇改善評価料151	200点
152	看護職員処遇改善評価料152	210点
153	看護職員処遇改善評価料153	220点
154	看護職員処遇改善評価料154	230点
155	看護職員処遇改善評価料155	240点
156	看護職員処遇改善評価料156	250点
157	看護職員処遇改善評価料157	260点
158	看護職員処遇改善評価料158	270点
159	看護職員処遇改善評価料159	280点
160	看護職員処遇改善評価料160	290点
161	看護職員処遇改善評価料161	300点
162	看護職員処遇改善評価料162	310点
163	看護職員処遇改善評価料163	320点
164	看護職員処遇改善評価料164	330点
165	看護職員処遇改善評価料165	340点
注	看護職員の処遇の改善を図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であって、第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定しているものについて、当該基準に係	

項 目	改 正 後	改 正 前															
	る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。																
第2節 ベースアップ評価料	<p>〇100 外来・在宅ベースアップ評価料（I） （1日につき）</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>初診時</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>再診時等</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>同一建物居住者等以外の場合</td> <td>28点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>イ以外の場合</td> <td>7点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図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、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>注2 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図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、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>注3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図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、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、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。</p> <p>イ 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。）であって、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</p> <p>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（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。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合</p> <p>ハ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に</p>	1	初診時	6点	2	再診時等	2点	3	訪問診療時		イ	同一建物居住者等以外の場合	28点	ロ	イ以外の場合	7点	
1	初診時	6点															
2	再診時等	2点															
3	訪問診療時																
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点															
ロ	イ以外の場合	7点															

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>適合してい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（訪問診療を行った場合に限る。）</p> <p>注4 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図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、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、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。</p> <p>イ 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。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</p> <p>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（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。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</p> <p>ハ 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訪問診療を行った場合</p> <p>○101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） （1日につき）</p> <p>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点 ロ 再診時等 1点</p> <p>2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2 イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点 ロ 再診時等 2点</p> <p>3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3 イ 初診又は訪問診療を行った場合 24点 ロ 再診時等 3点</p> <p>4 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 4 イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点 ロ 再診時等 4点</p> <p>5 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 5 イ 初診又は訪問診療を行った場合 40点 ロ 再診時等 5点</p> <p>6 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 6 イ 初診又は訪問診療を行った場合 48点 ロ 再診時等 6点</p> <p>7 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 7 イ 初診又は訪問診療を行った場合 56点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	ロ 再診時等 7点	
8	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点	
	ロ 再診時等 8点	
注1	主として医療に従事する職員の賃金の改善を図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、入院中の患者以外の患者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、それぞれ所定点数を算定する。	
注2	1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	
注3	1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	
	〇102 入院ベースアップ評価料(1日につき)	
1	入院ベースアップ評価料1 1点	
2	入院ベースアップ評価料2 2点	
3	入院ベースアップ評価料3 3点	
4	入院ベースアップ評価料4 4点	
5	入院ベースアップ評価料5 5点	
6	入院ベースアップ評価料6 6点	
7	入院ベースアップ評価料7 7点	
8	入院ベースアップ評価料8 8点	
9	入院ベースアップ評価料9 9点	
10	入院ベースアップ評価料10 10点	
11	入院ベースアップ評価料11 11点	
12	入院ベースアップ評価料12 12点	
13	入院ベースアップ評価料13 13点	
14	入院ベースアップ評価料14 14点	
15	入院ベースアップ評価料15 15点	
16	入院ベースアップ評価料16 16点	
17	入院ベースアップ評価料17 17点	
18	入院ベースアップ評価料18 18点	
19	入院ベースアップ評価料19 19点	
20	入院ベースアップ評価料20 20点	
21	入院ベースアップ評価料21 21点	
22	入院ベースアップ評価料22 22点	
23	入院ベースアップ評価料23 23点	
24	入院ベースアップ評価料24 24点	
25	入院ベースアップ評価料25 25点	
26	入院ベースアップ評価料26 26点	
27	入院ベースアップ評価料27 27点	
28	入院ベースアップ評価料28 28点	
29	入院ベースアップ評価料29 29点	
30	入院ベースアップ評価料30 30点	
31	入院ベースアップ評価料31 31点	
32	入院ベースアップ評価料32 32点	
33	入院ベースアップ評価料33 33点	
34	入院ベースアップ評価料34 34点	
35	入院ベースアップ評価料35 35点	
36	入院ベースアップ評価料36 36点	
37	入院ベースアップ評価料37 37点	
38	入院ベースアップ評価料38 38点	
39	入院ベースアップ評価料39 39点	
40	入院ベースアップ評価料40 40点	
41	入院ベースアップ評価料41 41点	
42	入院ベースアップ評価料42 42点	
43	入院ベースアップ評価料43 43点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	44 入院ベースアップ評価料44	44点
	45 入院ベースアップ評価料45	45点
	46 入院ベースアップ評価料46	46点
	47 入院ベースアップ評価料47	47点
	48 入院ベースアップ評価料48	48点
	49 入院ベースアップ評価料49	49点
	50 入院ベースアップ評価料50	50点
	51 入院ベースアップ評価料51	51点
	52 入院ベースアップ評価料52	52点
	53 入院ベースアップ評価料53	53点
	54 入院ベースアップ評価料54	54点
	55 入院ベースアップ評価料55	55点
	56 入院ベースアップ評価料56	56点
	57 入院ベースアップ評価料57	57点
	58 入院ベースアップ評価料58	58点
	59 入院ベースアップ評価料59	59点
	60 入院ベースアップ評価料60	60点
	61 入院ベースアップ評価料61	61点
	62 入院ベースアップ評価料62	62点
	63 入院ベースアップ評価料63	63点
	64 入院ベースアップ評価料64	64点
	65 入院ベースアップ評価料65	65点
	66 入院ベースアップ評価料66	66点
	67 入院ベースアップ評価料67	67点
	68 入院ベースアップ評価料68	68点
	69 入院ベースアップ評価料69	69点
	70 入院ベースアップ評価料70	70点
	71 入院ベースアップ評価料71	71点
	72 入院ベースアップ評価料72	72点
	73 入院ベースアップ評価料73	73点
	74 入院ベースアップ評価料74	74点
	75 入院ベースアップ評価料75	75点
	76 入院ベースアップ評価料76	76点
	77 入院ベースアップ評価料77	77点
	78 入院ベースアップ評価料78	78点
	79 入院ベースアップ評価料79	79点
	80 入院ベースアップ評価料80	80点
	81 入院ベースアップ評価料81	81点
	82 入院ベースアップ評価料82	82点
	83 入院ベースアップ評価料83	83点
	84 入院ベースアップ評価料84	84点
	85 入院ベースアップ評価料85	85点
	86 入院ベースアップ評価料86	86点
	87 入院ベースアップ評価料87	87点
	88 入院ベースアップ評価料88	88点
	89 入院ベースアップ評価料89	89点
	90 入院ベースアップ評価料90	90点
	91 入院ベースアップ評価料91	91点
	92 入院ベースアップ評価料92	92点
	93 入院ベースアップ評価料93	93点
	94 入院ベースアップ評価料94	94点
	95 入院ベースアップ評価料95	95点
	96 入院ベースアップ評価料96	96点
	97 入院ベースアップ評価料97	97点
	98 入院ベースアップ評価料98	98点
	99 入院ベースアップ評価料99	99点
	100 入院ベースアップ評価料100	100点
	101 入院ベースアップ評価料101	101点
	102 入院ベースアップ評価料102	102点
	103 入院ベースアップ評価料103	103点
	104 入院ベースアップ評価料104	104点
	105 入院ベースアップ評価料105	105点
	106 入院ベースアップ評価料106	106点
	107 入院ベースアップ評価料107	107点
	108 入院ベースアップ評価料108	108点

項 目	改 正 後	改 正 前
	109 入院ベースアップ評価料109	109点
	110 入院ベースアップ評価料110	110点
	111 入院ベースアップ評価料111	111点
	112 入院ベースアップ評価料112	112点
	113 入院ベースアップ評価料113	113点
	114 入院ベースアップ評価料114	114点
	115 入院ベースアップ評価料115	115点
	116 入院ベースアップ評価料116	116点
	117 入院ベースアップ評価料117	117点
	118 入院ベースアップ評価料118	118点
	119 入院ベースアップ評価料119	119点
	120 入院ベースアップ評価料120	120点
	121 入院ベースアップ評価料121	121点
	122 入院ベースアップ評価料122	122点
	123 入院ベースアップ評価料123	123点
	124 入院ベースアップ評価料124	124点
	125 入院ベースアップ評価料125	125点
	126 入院ベースアップ評価料126	126点
	127 入院ベースアップ評価料127	127点
	128 入院ベースアップ評価料128	128点
	129 入院ベースアップ評価料129	129点
	130 入院ベースアップ評価料130	130点
	131 入院ベースアップ評価料131	131点
	132 入院ベースアップ評価料132	132点
	133 入院ベースアップ評価料133	133点
	134 入院ベースアップ評価料134	134点
	135 入院ベースアップ評価料135	135点
	136 入院ベースアップ評価料136	136点
	137 入院ベースアップ評価料137	137点
	138 入院ベースアップ評価料138	138点
	139 入院ベースアップ評価料139	139点
	140 入院ベースアップ評価料140	140点
	141 入院ベースアップ評価料141	141点
	142 入院ベースアップ評価料142	142点
	143 入院ベースアップ評価料143	143点
	144 入院ベースアップ評価料144	144点
	145 入院ベースアップ評価料145	145点
	146 入院ベースアップ評価料146	146点
	147 入院ベースアップ評価料147	147点
	148 入院ベースアップ評価料148	148点
	149 入院ベースアップ評価料149	149点
	150 入院ベースアップ評価料150	150点
	151 入院ベースアップ評価料151	151点
	152 入院ベースアップ評価料152	152点
	153 入院ベースアップ評価料153	153点
	154 入院ベースアップ評価料154	154点
	155 入院ベースアップ評価料155	155点
	156 入院ベースアップ評価料156	156点
	157 入院ベースアップ評価料157	157点
	158 入院ベースアップ評価料158	158点
	159 入院ベースアップ評価料159	159点
	160 入院ベースアップ評価料160	160点
	161 入院ベースアップ評価料161	161点
	162 入院ベースアップ評価料162	162点
	163 入院ベースアップ評価料163	163点
	164 入院ベースアップ評価料164	164点
	165 入院ベースアップ評価料165	165点
	注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図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であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞入手術等基本料1を除	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>く。)を算定しているものについて、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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【項目の見直し】</p>	<p>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> <p>ホ 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>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>ヌ 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料</p>	<p>(新設)</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>4 その他の診療料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</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（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料Ⅰ、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（往診料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）</p> <p>ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療</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Ⅰ、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	<p>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>ヘ 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> <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> <p><u>ヲ 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（いずれも初診時及び再診時に限る。）を除く。）</u></p>	(新設)

第4章 経過措置（改正部分）

※ 二重下線部分については、令和6年3月5日厚生労働省告示第57号第1条により、令和6年4月1日適用。

改 正 後	改 正 前
1 (略) (削る)	1 (略)
(削る)	2 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54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の規定については、 <u>令和4年3月31日</u> 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、 <u>同年9月30日</u> までの間に限り、なお従前の例による。
2 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、 <u>令和8年5月31日</u> までの間に限り、算定できるものとする。 (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、 <u>令和6年3月31日</u> 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、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、 <u>令和6年3月31日</u> までの間に限り、算定できるものとする。
3 第2章の規定にかかわらず、区分番号K371-2の4、区分番号K862及び区分番号K864の1については、 <u>令和8年5月31日</u> までの間に限り、算定できるものとする。	5 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、 <u>令和5年12月31日</u> までの間に限り、算定できるものとする。
	6 第1章の規定にかかわらず、 <u>令和5年12月31日</u> までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制と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を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。 (新設)

改正告示 附則

この告示は、令和6年6月1日から適用する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から適用する。

- 一 第1条の規定 令和6年4月1日
- 二 第2条による改正後の別表第一区分番号A101の注13のただし書、区分番号A106の注10のただし書、区分番号A207-3の注4のただし書、区分番号A214の注4のただし書、区分番号A304の注8のただし書及び区分番号A308-3の注5のただし書に係る規定 令和7年6月1日