

診療報酬点数表 新旧対照表

(令和2年4月実施)

医科診療報酬点数表

第1章	基本診療料	2
第1部	初・再診料	2
第2部	入院料等	10
第1節	入院基本料	11
第2節	入院基本料等加算	35
第3節	特定入院料	57
第4節	短期滞在手術等基本料	81
第2章	特掲診療料	85
第1部	医学管理等	85
第2部	在宅医療	126
第3部	検査	159
第4部	画像診断	183
第5部	投薬	193
第6部	注射	199
第7部	リハビリテーション	204
第8部	精神科専門療法	215
第9部	処置	231
第10部	手術	249
第11部	麻酔	270
第12部	放射線治療	276
第13部	病理診断	281
第3章	介護老人保健施設入所者に係る診療料	284
第4章	経過措置	287
	改正告示(適用年月日)	289

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 【通則の見直し】	<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在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>	<p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在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、注6及び注16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、注9及び注11に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>
第1節 初診料 A000 初診料 【注の見直し】 【注の見直し】	<p>A000 初診料 288点</p> <p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床に係るものの数が200</p>	<p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p> <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医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p> <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3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の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。</p>	<p>患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定する場合にあっては、107点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。</p> <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に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定する場合にあっては、107点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注12までに規定する加算は算定しない。</p>
【注の見直し】	<p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、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っては、夜間であっ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っては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、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初診を</p>	<p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、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っては、夜間であっ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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を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>【注の削除】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあっては正午）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っては、この限りでない。</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p>	<p>注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、注8又は注11に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注11 産科又は産婦人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。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 (略)</p>
<p>第2節 再診料</p> <p>A001 再診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>A001 再診料 73点</p> <p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。</p> <p>注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、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14までに規定する加算は算定しない。</p> <p>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>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</p>	<p>← 注16</p> <p>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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合におい</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>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>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(土曜日においては正午)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>注8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算1 5点 ロ 時間外対応加算2 3点 ハ 時間外対応加算3 1点</p> <p>注11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者</p>	<p>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歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、250点)を所定点数に加算する。</p> <p>← 注5のただし書、注6又は注16</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 1188 248 1213">【注の削除】</p> <p data-bbox="148 1296 248 1321">【注の削除】</p> <p data-bbox="141 1561 299 1586">A 002 外来診療料</p> <p data-bbox="148 1692 268 1717">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 137 797 266">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 data-bbox="415 272 797 297">イ 地域包括診療加算 1 25点</p> <p data-bbox="415 303 797 328">ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p data-bbox="374 334 797 687">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 data-bbox="415 693 797 718">イ 認知症地域包括診療加算 1 35点</p> <p data-bbox="415 724 797 749">ロ 認知症地域包括診療加算 2 28点</p> <p data-bbox="374 755 797 1186">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 data-bbox="388 1192 445 1217">(削る)</p> <p data-bbox="388 1300 445 1325">(削る)</p> <p data-bbox="374 1590 797 1615">A 002 外来診療料 74点</p> <p data-bbox="374 1620 797 1690">注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="374 1696 797 1841">注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合に</p>	<p data-bbox="813 1192 1236 1294">注15 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注16に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p data-bbox="813 1300 1236 1561">注16 産科又は産婦人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。）において妊婦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="813 1696 1236 1841">注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>は、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。</p> <p>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37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。</p> <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A_{1c}（HbA_{1c}）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ホ 削除</p> <p>ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ト 膀胱洗浄</p> <p>チ 腔洗浄</p> <p>リ 眼処置</p> <p>ヌ 睫毛抜去</p> <p>ル 耳処置</p> <p>ラ 耳管処置</p> <p>ワ 鼻処置</p> <p>カ 口腔、咽頭処置</p> <p>ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置</p> <p>タ ネブライザー</p> <p>レ 超音波ネブライザー</p> <p>ソ 介達牽引</p> <p>ツ 消炎鎮痛等処置</p>	<p>者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注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37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は算定しない。</p> <p>← 9カルプロテクチン（糞便）</p> <p>← 9ヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13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）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 239 266 266">【注の見直し】</p> <p data-bbox="148 846 246 873">【注の削除】</p> <p data-bbox="148 954 246 981">【注の削除】</p> <p data-bbox="138 1213 358 1267">A 003 オンライン診療料 (月 1 回)</p>	<p data-bbox="375 131 798 235">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 data-bbox="375 239 798 552">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 A 000 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 data-bbox="375 583 798 842">注 9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号 A 000 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 data-bbox="375 846 444 873">(削る)</p> <p data-bbox="375 954 444 981">(削る)</p> <p data-bbox="375 1267 798 1294">A 003 オンライン診療料（月 1 回） 71点</p> <p data-bbox="375 1298 798 1503">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、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、連続する 3 月は算定できない。</p> <p data-bbox="375 1506 798 1661">注 2 区分番号 A 000 に掲げる初診料、区分番号 A 001 に掲げる再診料、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料、区分番号 C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号 C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する月は、別に算定できない。</p> <p data-bbox="375 1665 798 1846">注 3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の 4 第 2 項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注 1 に規定する施設基準に適合してい</p>	<p data-bbox="814 239 1237 579">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 歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、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 A 000 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 歳未満の乳幼児又は妊婦の場合においては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="814 846 1237 950">注 10 妊婦に対して再診を行った場合は、妊婦加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注 8 又は注 11 に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p data-bbox="814 954 1237 1213">注 11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（区分番号 A 000 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。）において妊婦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 data-bbox="814 1348 993 1375">← 対面による診察</p> <p data-bbox="814 1425 897 1452">← 診察</p> <p data-bbox="814 1665 883 1692">(新設)</p>

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

第1章 基本診療料 第2部 入院料等

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

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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。</p> <p>注8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ 総合入院体制加算 ロ 地域医療支援病院入院診療加算 ハ 臨床研修病院入院診療加算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
A 101 療養病棟入院基本料（1日につき）	定点数に加算する。	
	A 101 療養病棟入院基本料（1日につき） 1 療養病棟入院料1 イ 入院料A 1,813点 （健康保険法第63条第2項第2号及び 高齢者医療確保法第64条第2項第2号の 療養（以下この表において「生活療養」 という。）を受ける場合にあつては、 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） 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） 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） 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） ト 入院料G 968点 （生活療養を受ける場合にあつては、 953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） リ 入院料I 815点 （生活療養を受ける場合にあつては、 801点） 2 療養病棟入院料2 イ 入院料A 1,748点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,734点） ロ 入院料B 1,694点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,680点） ハ 入院料C 1,406点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,392点） ニ 入院料D 1,349点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,335点） ホ 入院料E 1,322点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,307点） ヘ 入院料F 1,167点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,153点） ト 入院料G 903点 （生活療養を受ける場合にあつては、 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） リ 入院料I 751点 （生活療養を受ける場合にあつては、 736点） 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	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>床」という。)に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、577点(生活療養を受ける場合にあっては、563点)を算定できる。</p> <p>注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p>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 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、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ニ 診療録管理体制加算</p> <p>ホ 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>ヘ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ト 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>チ 地域加算</p> <p>リ 離島加算</p> <p>ヌ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ル 療養病棟療養環境加算</p> <p>ヲ 療養病棟療養環境改善加算</p> <p>ワ 重症皮膚潰瘍管理加算</p> <p>カ 栄養サポートチーム加算</p> <p>ヨ 医療安全対策加算</p> <p>タ 感染防止対策加算</p> <p>レ 患者サポート体制充実加算（削る）</p> <p>ソ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>ツ データ提出加算</p> <p>ネ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）</p> <p>ナ 認知症ケア加算</p> <p>ラ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ム 排尿自立支援加算</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p> <p>注9 当該病棟（療養病棟入院料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又は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。</p>	<p>← 及び</p> <p>ソ 総合評価加算</p> <p>ツ （略）</p> <p>ネ （略）</p> <p>ナ 入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）</p> <p>ラ （略）</p> <p>ム （略）</p> <p>（新設）</p> <p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるも</p>
【注の見直し】	<p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるも</p>	<p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるも</p>

項 目	改 正 後	改 正 前																		
<p>【注の削除】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>のみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する（削る）</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、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。</p>	<p>のみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>注12 注1に規定する病棟以外の病棟であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。</p> <p>注13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき35点を所定点数に加算する。</p>																		
<p>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>7対1入院基本料</td><td>1,654点</td></tr> <tr><td>2</td><td>10対1入院基本料</td><td>1,385点</td></tr> <tr><td>3</td><td>13対1入院基本料</td><td>1,165点</td></tr> <tr><td>4</td><td>15対1入院基本料</td><td>998点</td></tr> <tr><td>5</td><td>18対1入院基本料</td><td>854点</td></tr> <tr><td>6</td><td>20対1入院基本料</td><td>806点</td></tr> </table> <p>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。）であつて、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p> <p>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つて、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</p>	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	
1	7対1入院基本料	1,654点																		
2	10対1入院基本料	1,385点																		
3	13対1入院基本料	1,165点																		
4	15対1入院基本料	998点																		
5	18対1入院基本料	854点																		
6	20対1入院基本料	806点																		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。</p> <p>注4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 400点 (特別入院基本料等については、320点)</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 300点 (特別入院基本料等については、240点)</p> <p>ハ 31日以上60日以内の期間 200点 (特別入院基本料等については、160点)</p> <p>ニ 61日以上90日以内の期間 100点</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 地域医療支援病院入院診療加算</p> <p>ロ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ハ 救急医療管理加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 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>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>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。)</p> <p>ヌ 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>ル 看護配置加算</p> <p>ロ 看護補助加算</p> <p>ワ 地域加算</p> <p>カ 離島加算</p> <p>ヨ 療養環境加算</p> <p>タ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>レ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ソ 栄養サポートチーム加算</p> <p>ツ 医療安全対策加算</p> <p>ネ 感染防止対策加算</p> <p>ナ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ラ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>ム ハイリスク妊娠管理加算(削る)</p> <p>ウ 後発医薬品使用体制加算</p> <p>キ 病棟薬剤業務実施加算1</p> <p>ノ データ提出加算</p> <p>オ 入院支援加算(1のロ又は2のロに限る。)</p> <p>ク 認知症ケア加算</p> <p>ヤ 精神疾患診療体制加算</p> <p>マ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ケ 排尿自立支援加算</p> <p>フ 地域医療体制確保加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)</p> <p>注6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該</p>	<p>(新設)</p> <p>ト (略)</p> <p>チ (略)</p> <p>リ (略)</p> <p>ヌ (略)</p> <p>ル (略)</p> <p>ワ (略)</p> <p>カ (略)</p> <p>ヨ (略)</p> <p>タ (略)</p> <p>レ (新設)</p> <p>ソ (略)</p> <p>ツ (略)</p> <p>ネ (略)</p> <p>ナ (略)</p> <p>ラ 総合評価加算</p> <p>ム (略)</p> <p>ウ (略)</p> <p>キ (略)</p> <p>ノ 入院支援加算(1のロ及び2のロに限る。)</p> <p>オ (略)</p> <p>ク (略)</p> <p>ヤ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前															
<p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>	<p>基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。</p> <p>注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟（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のみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>A 103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>10対1入院基本料</td><td>1,287点</td></tr> <tr><td>2</td><td>13対1入院基本料</td><td>958点</td></tr> <tr><td>3</td><td>15対1入院基本料</td><td>830点</td></tr> <tr><td>4</td><td>18対1入院基本料</td><td>740点</td></tr> <tr><td>5</td><td>20対1入院基本料</td><td>685点</td></tr> </table> <p>注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が</p>	1	10対1入院基本料	1,287点	2	13対1入院基本料	958点	3	15対1入院基本料	830点	4	18対1入院基本料	740点	5	20対1入院基本料	685点	
1	10対1入院基本料	1,287点															
2	13対1入院基本料	958点															
3	15対1入院基本料	830点															
4	18対1入院基本料	740点															
5	20対1入院基本料	685点															

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。</p> <p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 465点 (特別入院基本料等については、300点)</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 250点 (特別入院基本料等については、155点)</p> <p>ハ 31日以上90日以内の期間 125点 (特別入院基本料等については、100点)</p> <p>ニ 91日以上180日以内の期間 10点</p> <p>ホ 181日以上1年以内の期間 3点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神科初期加算として、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 救急医療管理加算</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 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。） ← 及び</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>リ 難病等特別入院診療加算</p> <p>ヌ 特殊疾患入院施設管理加算</p> <p>ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算</p> <p>ヲ 看護配置加算</p> <p>ヾ 看護補助加算</p> <p>カ 地域加算</p> <p>ヨ 離島加算</p> <p>タ 療養環境加算</p> <p>レ H I V感染者療養環境特別加算</p> <p>ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ツ 精神科措置入院診療加算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	ネ 精神科措置入院退院支援加算	
	ナ 精神科応急入院施設管理加算	
	ラ 精神科隔離室管理加算	
	ム 精神科棟入院時医学管理加算	
	ウ 精神科地域移行実施加算	
	キ 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。）	
	ノ 強度行動障害入院医療管理加算	
	オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算	
	ク 摂食障害入院医療管理加算	
	ヤ 栄養サポートチーム加算	(新設)
	マ 医療安全対策加算	ヤ (略)
	ケ 感染防止対策加算	マ (略)
	フ 患者サポート体制充実加算	ケ (略)
	コ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	フ (略)
	エ ハイリスク妊娠管理加算	コ (略)
	テ ハイリスク分娩管理加算	(新設)
	ア 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	エ (略)
	サ 後発医薬品使用体制加算	テ (略)
	キ 病棟薬剤業務実施加算1	ア (略)
	ユ データ提出加算	サ (略)
	メ 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。）	キ (略)
	ミ 薬剤総合評価調整加算	ユ (略)
	シ 排尿自立支援加算	(新設)
	エ 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。）	(新設)
	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。	
	注8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。	
	注9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生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、571点を算定できる。	
	注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（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。	

項 目	改 正 後	改 正 前
A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき）	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。	
	A 104 特定機能病院入院基本料（1日につき） 1 一般病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,718点 ロ 10対1入院基本料 1,438点 2 結核病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,718点 ロ 10対1入院基本料 1,438点 ハ 13対1入院基本料 1,210点 ニ 15対1入院基本料 1,037点 3 精神病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,450点 ロ 10対1入院基本料 1,373点 ハ 13対1入院基本料 1,022点 ニ 15対1入院基本料 933点 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。 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。 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。 イ 一般病棟の場合 (1) 14日以内の期間 712点 (2) 15日以上30日以内の期間 207点 ロ 結核病棟の場合 (1) 30日以内の期間 330点 (2) 31日以上90日以内の期間 200点 ハ 精神病棟の場合 (1) 14日以内の期間 505点 (2) 15日以上30日以内の期間 250点 (3) 31日以上90日以内の期間 125点 (4) 91日以上180日以内の期間 30点 (5) 181日以上1年以内の期間 15点 注4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。 注5 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 看護必要度加算1 55点 ロ 看護必要度加算2 45点 ハ 看護必要度加算3 25点	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 救急医療管理加算</p> <p>ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ニ 妊産婦緊急搬送入院加算</p> <p>ホ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ヘ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 医師事務作業補助体制加算1</p> <p>チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）</p> <p>リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ヌ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）</p> <p>ヲ 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>ワ 看護補助加算</p> <p>カ 地域加算</p> <p>ヨ 離島加算</p> <p>タ 療養環境加算</p> <p>レ HIV感染者療養環境特別加算</p> <p>ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>ツ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）</p> <p>ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）</p> <p>キ 精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ク 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>オ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ク 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ヤ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）</p> <p>マ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）</p> <p>ケ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</p>	<p>フ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。） コ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。） エ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。） テ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。） ア 栄養サポートチーム加算</p>	<p>← 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）</p>
	<p>サ 医療安全対策加算 キ 感染防止対策加算 ユ 患者サポート体制充実加算 メ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ミ ハイリスク妊娠管理加算 シ <u>ハイリスク分娩管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）</u> （削る） エ <u>呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）</u> ヒ 後発医薬品使用体制加算 モ 病棟薬剤業務実加算1 セ データ提出加算 ス 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。） シ <u>認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）</u> イイ <u>せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）</u> イロ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。） イハ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。） イニ 薬剤総合評価調整加算 イホ 排尿自立支援加算 イヘ <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></p>	<p>シ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。） エ <u>総合評価加算（精神病棟を除く。）</u> ビ （略） モ （略） セ （略） ス （略） シ 入退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ及び3に限り、結核病棟は1のロ及び2のロに限る。） イイ （略）</p>
	<p>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。</p>	<p>（新設）</p>
	<p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>	<p>（新設）</p>
	<p>A 105 専門病院入院基本料（1日につき）</p> <p>1 7対1入院基本料 1,667点 2 10対1入院基本料 1,396点 3 13対1入院基本料 1,174点</p>	<p>（新設）</p>
	<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、</p>	<p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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> <p>イ 14日以内の期間 512点 ロ 15日以上30日以内の期間 207点</p> <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> <p>イ 看護必要度加算1 55点 ロ 看護必要度加算2 45点 ハ 看護必要度加算3 25点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算 ロ 救急医療管理加算 ハ 超急性期脳卒中加算 ニ 妊産婦緊急搬送入院加算 ホ 在宅患者緊急入院診療加算 ヘ 診療録管理体制加算 ト 医師事務作業補助体制加算 チ 急性期看護補助体制加算 リ 看護職員夜間配置加算 ヌ 乳幼児加算・幼児加算 ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。） ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ワ 看護補助加算 カ 地域加算 ヨ 離島加算 タ 療養環境加算 レ H I V感染者療養環境特別加算 ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</p>	<p>ツ 重症者等療養環境特別加算 ネ 小児療養環境特別加算 ナ 無菌治療室管理加算 ラ 放射線治療病室管理加算 ム 緩和ケア診療加算 ウ 精神科リエゾンチーム加算 ヰ 強度行動障害入院医療管理加算 ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 オ 摂食障害入院医療管理加算 ク がん拠点病院加算 ヤ 栄養サポートチーム加算 マ 医療安全対策加算 ケ 感染防止対策加算 フ 患者サポート体制充実加算 コ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 エ ハイリスク妊娠管理加算 （削る） テ 呼吸ケアチーム加算 ア 後発医薬品使用体制加算 サ 病棟薬剤業務実施加算1 キ データ提出加算 ユ 入退院支援加算（1のイ、2のイ又は3に限る。） メ 認知症ケア加算 ミ 精神疾患診療体制加算 シ 薬剤総合評価調整加算 エ 排尿自立支援加算 ヒ 地域医療体制確保加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>注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>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> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。 イ 年6日以内であること。 ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>A 106 障害者施設等入院基本料（1日につき）</p> <p>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</p> <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</p>	<p>テ 総合評価加算 ア (略) サ (略) キ (略) ユ (略) メ 入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。） ミ (略) シ (略) エ (略) （新設） （新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前				
	<p>法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)を入所させるものに限る。)及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</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、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> <table data-bbox="411 1000 795 1058"> <tr> <td>イ 14日以内の期間</td> <td>312点</td> </tr> <tr> <td>ロ 15日以上30日以内の期間</td> <td>167点</td> </tr> </table> <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までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 当該病棟に入院する重度の意識障害(脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相</p>	イ 14日以内の期間	312点	ロ 15日以上30日以内の期間	167点	
イ 14日以内の期間	312点					
ロ 15日以上30日以内の期間	167点					

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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> <p>(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,343点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,206点</p> <p>ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出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 1,244点</p> <p>(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,107点</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ 臨床研修病院入院診療加算</p> <p>ロ 在宅患者緊急入院診療加算</p> <p>ハ 診療録管理体制加算</p> <p>ニ 医師事務作業補助体制加算</p> <p>ホ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）</p> <p>ト 特殊疾患入院施設管理加算</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 看護配置加算</p> <p>ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ル 地域加算</p> <p>ヲ 離島加算</p> <p>ワ 療養環境加算</p> <p>カ HIV感染者療養環境特別加算</p> <p>ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算</p> <p>タ 重症者等療養環境特別加算</p> <p>レ 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ソ 医療安全対策加算</p> <p>ツ 感染防止対策加算</p> <p>ネ 患者サポート体制充実加算</p> <p>ナ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算</p> <p>ラ 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。）</p> <p>ム データ提出加算</p> <p>ウ 入院支援加算（1のロ又は2のロに限る。） ← 及び</p> <p>キ 認知症ケア加算</p> <p>ク 排尿自立支援加算 (新設)</p> <p>注8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含ま</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>れるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点</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、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。</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。</p> <p>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>イ 14日以内の期間 129点 ロ 15日以上30日以内の期間 104点</p>
<p>A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p>	<p>A 107 削除</p> <p>A 108 有床診療所入院基本料（1日につき）</p> <p>1 有床診療所入院基本料1</p> <p>イ 14日以内の期間 917点 ロ 15日以上30日以内の期間 712点 ハ 31日以上期間 604点</p> <p>2 有床診療所入院基本料2</p> <p>イ 14日以内の期間 821点 ロ 15日以上30日以内の期間 616点 ハ 31日以上期間 555点</p> <p>3 有床診療所入院基本料3</p> <p>イ 14日以内の期間 605点 ロ 15日以上30日以内の期間 567点 ハ 31日以上期間 534点</p> <p>4 有床診療所入院基本料4</p> <p>イ 14日以内の期間 824点 ロ 15日以上30日以内の期間 640点 ハ 31日以上期間 542点</p> <p>5 有床診療所入院基本料5</p> <p>イ 14日以内の期間 737点 ロ 15日以上30日以内の期間 553点 ハ 31日以上期間 499点</p> <p>6 有床診療所入院基本料6</p> <p>イ 14日以内の期間 543点 ロ 15日以上30日以内の期間 509点 ハ 31日以上期間 480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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<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、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</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3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<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 ロ 医師配置加算2 90点</p>	<p>イ 医師配置加算1 88点 ロ 医師配置加算2 60点</p>
【注の見直し】	<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 ロ 看護配置加算2 35点 ハ 夜間看護配置加算1 100点 ニ 夜間看護配置加算2 50点 ホ 看護補助配置加算1 25点 ヘ 看護補助配置加算2 15点</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、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 看護配置加算1 40点 ロ 看護配置加算2 20点 ハ 夜間看護配置加算1 85点 ニ 夜間看護配置加算2 35点 ホ 看護補助配置加算1 10点 ヘ 看護補助配置加算2 5点</p>
【注の見直し】	<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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	イ 救急医療管理加算	
	ロ 超急性期脳卒中加算	
	ハ 妊産婦緊急搬送入院加算	
	ニ 在宅患者緊急入院診療加算	
	ホ 診療録管理体制加算	
	ヘ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）	（新設）
	ト 乳幼児加算・幼児加算	ヘ（略）
	チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）	ト（略）
	リ 特殊疾患入院施設管理加算	チ（略）
	ヌ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	リ（略）
	ル 地域加算	ヌ（略）
	ロ 離島加算	ル（略）
	ワ H I V感染者療養環境特別加算	ロ（略）
	カ 二類感染症患者療養環境特別加算	ワ（略）
	コ 小児療養環境特別加算	カ（略）
	ク 無菌治療室管理加算	コ（略）
	ケ 放射線治療病室管理加算	ク（略）
	コ 重症皮膚潰瘍管理加算	ケ（略）
	ソ 有床診療所緩和ケア診療加算	コ（略）
	ネ 医療安全対策加算	ソ（略）
	ナ 感染防止対策加算	ネ（略）
	ラ 患者サポート体制充実加算	ナ（略）
	ム ハイリスク妊娠管理加算（削る）	ラ（略）
	ウ 後発医薬品使用体制加算	ム 総合評価加算
	キ 入退院支援加算（1のイ又は2のイに限る。）	← 及び
	ク 薬剤総合評価調整加算	
	コ 排尿自立支援加算	（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。	
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
A 109 有床診療所療養病 床入院基本料（1日につ き）	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。 イ 介護連携加算1 192点 ロ 介護連携加算2 38点	
	A 109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につ き） 1 入院基本料A 1,057点 （生活療養を受ける場合にあつては、 1,042点） 2 入院基本料B 945点 （生活療養を受ける場合にあつては、 929点） 3 入院基本料C 827点 （生活療養を受ける場合にあつては、 813点） 4 入院基本料D 653点 （生活療養を受ける場合にあつては、 638点） 5 入院基本料E 564点 （生活療養を受ける場合にあつては、 549点） 注1 有床診療所（療養病床に係るものに限 る。）であつて、看護配置その他の事項に つき別に厚生労働大臣が定める施設基準に 適合しているものとして地方厚生局長等に 届け出た診療所である保険医療機関に入院 している患者について、当該患者の疾患、 状態、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。 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つては、473 点）を算定できる。 注3 有床診療所療養病床入院基本料を算定し ている患者に対して行った第3部検査、第 5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断 並びに第4部画像診断及び第9部処置のう ち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び 処置の費用（フィルムの費用を含み、除外 薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入 院基本料に含まれるものとする。ただし、 患者の急性増悪により、同一の保険医療機 関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療 機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養 病床以外の病室へ転院する場合には、その 日から起算して3日前までの当該費用につ いては、この限りでない。 注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状 態にあり、必要な褥瘡対策を行った場合 は、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につ き次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 褥瘡対策加算1 15点 ロ 褥瘡対策加算2 5点 注5 当該患者が他の保険医療機関から転院し てきた者であつて、当該他の保険医療機関 において区分番号A 246に掲げる入退院支	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</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。）にあっては、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>レ 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p>ワ 医療安全対策加算</p> <p>カ 感染防止対策加算</p> <p>ク 患者サポート体制充実加算（削る）</p> <p>タ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）</p> <p>レ 薬剤総合評価調整加算</p> <p>ソ 排尿自立支援加算</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。</p> <p>注10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この</p>	<p>（新設）</p> <p>ハ （略）</p> <p>ニ （略）</p> <p>ホ （略）</p> <p>ヘ （略）</p> <p>ト （略）</p> <p>チ （略）</p> <p>リ （略）</p> <p>ヌ （略）</p> <p>ル （略）</p> <p>ワ （略）</p> <p>カ （略）</p> <p>ク 総合評価加算及び</p> <p>←</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
第2節 入院基本料等加算	<p>A200 総合入院体制加算（1日につき）</p> <p>1 総合入院体制加算1 240点</p> <p>2 総合入院体制加算2 180点</p> <p>3 総合入院体制加算3 120点</p> <p>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。</p> <p>A201 削除</p> <p>A202 削除</p> <p>A203 削除</p> <p>A204 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。</p> <p>A204-2 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項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A205 救急医療管理加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>A205 救急医療管理加算（1日につき）</p> <p>1 救急医療管理加算1 950点</p> <p>2 救急医療管理加算2 350点</p> <p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として</p>	<p>1 救急医療管理加算1 900点</p> <p>2 救急医療管理加算2 300点</p> <p>← を満たす</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>A205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000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に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）</p>	<p>させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>注2 1について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 207 診療録管理体制加算（入院初日）</p> <p>1 診療録管理体制加算 1 100点</p> <p>2 診療録管理体制加算 2 30点</p> <p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <p>イ 15対1補助体制加算 970点</p> <p>ロ 20対1補助体制加算 758点</p> <p>ハ 25対1補助体制加算 630点</p> <p>ニ 30対1補助体制加算 545点</p> <p>ホ 40対1補助体制加算 455点</p> <p>ヘ 50対1補助体制加算 375点</p> <p>ト 75対1補助体制加算 295点</p> <p>チ 100対1補助体制加算 248点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <p>イ 15対1補助体制加算 910点</p> <p>ロ 20対1補助体制加算 710点</p> <p>ハ 25対1補助体制加算 590点</p> <p>ニ 30対1補助体制加算 510点</p> <p>ホ 40対1補助体制加算 430点</p> <p>ヘ 50対1補助体制加算 355点</p> <p>ト 75対1補助体制加算 280点</p> <p>チ 100対1補助体制加算 238点</p> <p>注 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）</p>	<p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <p>イ 15対1補助体制加算 920点</p> <p>ロ 20対1補助体制加算 708点</p> <p>ハ 25対1補助体制加算 580点</p> <p>ニ 30対1補助体制加算 495点</p> <p>ホ 40対1補助体制加算 405点</p> <p>ヘ 50対1補助体制加算 325点</p> <p>ト 75対1補助体制加算 245点</p> <p>チ 100対1補助体制加算 198点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <p>イ 15対1補助体制加算 860点</p> <p>ロ 20対1補助体制加算 660点</p> <p>ハ 25対1補助体制加算 540点</p> <p>ニ 30対1補助体制加算 460点</p> <p>ホ 40対1補助体制加算 380点</p> <p>ヘ 50対1補助体制加算 305点</p> <p>ト 75対1補助体制加算 230点</p> <p>チ 100対1補助体制加算 188点</p> <p>注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>240点</u> 2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>220点</u> 3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>200点</u> 4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>160点</u> 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。	1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>210点</u> 2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>190点</u> 3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>170点</u> 4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>130点</u>
【注の見直し】	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。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>120点</u> ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>115点</u> ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>100点</u> 注3 夜間における看護業務の体制につき別に 厚生労働大臣が定める施設基準に適合して いるものとして地方厚生局長等に届け出た 病棟に入院している患者については、夜間 看護体制加算として、60点を更に所定点数 に加算する。	イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>90点</u> ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>85点</u> ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>70点</u>
A207-4 看護職員夜間配 置加算(1日につき)	A207-4 看護職員夜間配置加算(1日につき)	
【点数の見直し】	1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 <u>105点</u> ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 <u>85点</u> 2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 <u>65点</u> ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 <u>40点</u> 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合 しているものとして地方厚生局長等に届け出 た病棟に入院している患者(第1節の入院基 本料(特別入院基本料等を除く。)のうち、 看護職員夜間配置加算を算定できるものを現 に算定している患者に限る。)について、当 該基準に係る区分に従い、入院した日から起 算して14日を限度として所定点数に加算す る。	1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 <u>95点</u> ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 <u>75点</u> 2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 <u>55点</u> ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 <u>30点</u>
A208 乳幼児加算・幼児 加算(1日につき)	A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)	
	1 乳幼児加算 イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定す る場合を除く。) <u>333点</u> ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定す る場合に限る。) <u>289点</u> ハ 診療所の場合 <u>289点</u> 2 幼児加算 イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定す	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 239 266 266">【注の見直し】</p> <p data-bbox="148 426 266 454">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1667 358 1767">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="386 133 797 239">る場合を除く。） 283点 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 ハ 診療所の場合 239点</p> <p data-bbox="375 239 797 423">注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 426 797 610">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 data-bbox="375 639 477 666">A209 削除</p> <p data-bbox="375 666 783 693">A210 難病等特別入院診療加算（1日につき）</p> <p data-bbox="375 693 797 745">1 難病患者等入院診療加算 250点 2 二類感染症患者入院診療加算 250点</p> <p data-bbox="375 745 797 977">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 data-bbox="375 977 797 1267">注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 1267 797 1319">A211 特殊疾患入院施設管理加算（1日につき） 350点</p> <p data-bbox="375 1319 797 1663">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="375 1769 797 1821">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="375 1821 676 1848">1 超重症児（者）入院診療加算</p>	<p data-bbox="812 239 1236 423">注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="812 426 1236 629">注2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	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	
【注の見直し】	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。	注1 超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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。
【注の見直し】	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。 注3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。 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。 （削る）	注2 準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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。
	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。	A212-2 削除
A214 看護補助加算（1日につき）	A214 看護補助加算（1日につき） 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 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	
【点数の見直し】		1 看護補助加算1 129点 2 看護補助加算2 104点 3 看護補助加算3 76点

項 目	改 正 後	改 正 前																											
【注の見直し】	<p>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<u>50点</u>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>A215 削除 A216 削除 A217 削除 A218 地域加算（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>1級地</td><td>18点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2級地</td><td>15点</td></tr> <tr><td>3</td><td>3級地</td><td>14点</td></tr> <tr><td>4</td><td>4級地</td><td>11点</td></tr> <tr><td>5</td><td>5級地</td><td>9点</td></tr> <tr><td>6</td><td>6級地</td><td>5点</td></tr> <tr><td>7</td><td>7級地</td><td>3点</td></tr> </table> <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>A218-2 離島加算（1日につき） 18点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A219 療養環境加算（1日につき） 25点</p> <p>注 1床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第5号及び高齢者医療確保法第64条第2項第5号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A220 H I V感染者療養環境特別加算（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>個室の場合</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2</td><td>2人部屋の場合</td><td>150点</td></tr> </table> <p>注 H I V感染者療養環境特別加算は、保険医</p>	1	1級地	18点	2	2級地	15点	3	3級地	14点	4	4級地	11点	5	5級地	9点	6	6級地	5点	7	7級地	3点	1	個室の場合	350点	2	2人部屋の場合	150点	<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<u>40点</u>を更に所定点数に加算する。</p>
1	1級地	18点																											
2	2級地	15点																											
3	3級地	14点																											
4	4級地	11点																											
5	5級地	9点																											
6	6級地	5点																											
7	7級地	3点																											
1	個室の場合	350点																											
2	2人部屋の場合	150点																											

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 221-2 小児療養環境特別加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>療養機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、H I V感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）</p> <p>1 個室加算 300点</p> <p>2 陰圧室加算 200点</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>A 221 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>A 221-2 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>A 222 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>A 222-2 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>注 治療上の必要があつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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>

項 目	改 正 後	改 正 前
A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）	<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>A 223 診療所療養病床療養環境加算（1日につき） 100点</p> <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、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。</p>	
	<p>A 225 放射線治療病室管理加算（1日につき）</p>	
	<p>2,500点</p>	
	<p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	
<p>A 226 重症皮膚潰瘍管理加算（1日につき）</p>		
<p>18点</p>		
<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚潰瘍を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、重症皮膚潰瘍管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>		
<p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）</p>		
<p>A 226-2 緩和ケア診療加算（1日につき）</p>		
<p>390点</p>		
<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 662 266 685">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 823 358 896">A 226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき）</p> <p data-bbox="148 900 286 923">【点数の見直し】</p>	<p data-bbox="417 133 795 343">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 data-bbox="375 347 795 581">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 data-bbox="375 585 795 658">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 data-bbox="375 662 795 819">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 data-bbox="375 900 795 950">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 data-bbox="375 954 795 1110">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 data-bbox="375 1114 795 1164">A 227 精神科措置入院診療加算（入院初日） 2,500点</p> <p data-bbox="375 1168 795 1402">注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 1406 795 1456">A 227-2 精神科措置入院退院支援加算（退院時1回） 600点</p> <p data-bbox="375 1460 795 1694">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 data-bbox="375 1698 795 1748">A 228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日） 2,500点</p> <p data-bbox="375 1752 795 1841">注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第33条の7第1項に規定する入院等に係る患者</p>	<p data-bbox="813 662 1234 819">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、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、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 data-bbox="813 900 1234 950">A 226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（1日につき） 150点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前						
<p>A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>（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7第1項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。</p> <p>A 230 精神科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科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、精神科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、精神科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科病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A 230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table border="0"> <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>	1	7日以内	450点	2	8日以上15日以内	300点	<p>225点</p> <p>2 8日以上10日以内 225点</p> <p>注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10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>
1	7日以内	450点						
2	8日以上15日以内	300点						

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 232 がん拠点病院加算 (入院初日)</p>	<p style="text-align: right;">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） 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 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）</p> <p>1 30日以内 200点</p> <p>2 31日以上60日以内 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、重度アルコール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> <p>1 30日以内 200点</p> <p>2 31日以上60日以内 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、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>A 232 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 style="margin-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p style="margin-left: 20px;">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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>A 233-2 栄養サポートチーム加算（週1回）</p>	<p>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>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、<u>がんゲノム拠点病院加算</u>として、250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A233 削除</p>	<p>← 別</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、250点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</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な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児栄養指導料は別に算定できない。</p> <p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。</p> <p>注3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A234 医療安全対策加算（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 30点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院</p>	<p>注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児栄養指導料は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 234-2 感染防止対策加算（入院初日）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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 ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点</p> <p>A 234-2 感染防止対策加算（入院初日）</p> <p>1 感染防止対策加算1 390点 2 感染防止対策加算2 90点</p> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 感染防止対策加算1を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 234-3 患者サポート体制充実加算（入院初日） 70点</p> <p>注 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A 235 削除</p> <p>A 236 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</p>	<p>注3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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>A 236-2 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>A 237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 3,200点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、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 ハイリスク分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算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</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、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。</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前																						
	<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、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。</p> <p>A238-8 削除 A238-9 削除 A239 削除 A240 削除</p> <p>A241 削除 A242 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。</p> <p>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p> <p>【項目の見直し】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 後発医薬品使用体制加算 1</td> <td>47点</td> </tr> <tr> <td>2 後発医薬品使用体制加算 2</td> <td>42点</td> </tr> <tr> <td>3 後発医薬品使用体制加算 3</td> <td>37点</td> </tr> </table> <p>（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。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>A244 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>【点数の見直し】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回）</td> <td>120点</td> </tr> <tr> <td>2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき）</td> <td>100点</td> </tr> </table>	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	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>A240 総合評価加算（入院中1回） 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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第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（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、総合評価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、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場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>1 後発医薬品使用体制加算 1</td> <td>45点</td> </tr> <tr> <td>2 後発医薬品使用体制加算 2</td> <td>40点</td> </tr> <tr> <td>3 後発医薬品使用体制加算 3</td> <td>35点</td> </tr> <tr> <td>4 後発医薬品使用体制加算 4</td> <td>22点</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回）</td> <td>100点</td> </tr> <tr> <td>2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき）</td> <td>80点</td> </tr> </table>	1 後発医薬品使用体制加算 1	45点	2 後発医薬品使用体制加算 2	40点	3 後発医薬品使用体制加算 3	35点	4 後発医薬品使用体制加算 4	22点	1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回）	100点	2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき）	80点
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																							
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																							
1 後発医薬品使用体制加算 1	45点																							
2 後発医薬品使用体制加算 2	40点																							
3 後発医薬品使用体制加算 3	35点																							
4 後発医薬品使用体制加算 4	22点																							
1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回）	100点																							
2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき）	80点																							

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。</p>	
<p>A245 データ提出加算 【項目の見直し】</p>	<p>A245 データ提出加算</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>2 データ提出加算2（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p> <p>3 データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>4 データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点</p>	<p>A245 データ提出加算（入院中1回）</p> <p>1 データ提出加算1</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点</p> <p>2 データ提出加算2</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 <u>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。</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、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、<u>入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注2 <u>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</u></p>	<p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>A 246 入退院支援加算 (退院時 1 回)</p>	<p>節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。</p> <p>A 246 入退院支援加算 (退院時 1 回)</p> <p>1 入退院支援加算 1</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点</p> <p>2 入退院支援加算 2</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点</p> <p>3 入退院支援加算 3 1,200点</p> <p>注1 入退院支援加算 1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第 1 節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入退院支援を行った場合</p> <p>ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(第 1 節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 1を算定できるものを現に算定している患者に限る。)の転院(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合</p> <p>注2 入退院支援加算 2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第 1 節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第 3 節の特定入院料のうち、入退院支援加算 2を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、入退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注3 入退院支援加算 3は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行</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、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<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<u>区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）</u>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</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及び区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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>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、<u>入院時支援加算</u>として、200点を更に所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	<p>イ 入院時支援加算1 230点</p> <p>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、<u>総合機能評価加算</u>として、50点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
A 247 認知症ケア加算 (1日につき)	<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</p> <p>イ 14日以内の期間 160点</p> <p>ロ 15日以上の期間 30点</p> <p>2 認知症ケア加算2</p> <p>イ 14日以内の期間 100点</p> <p>ロ 15日以上の期間 25点</p> <p>3 認知症ケア加算3</p> <p>イ 14日以内の期間 40点</p> <p>ロ 15日以上の期間 10点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。</p> <p>注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p>	<p>イ 14日以内の期間 150点</p> <p>(新設)</p> <p>2 認知症ケア加算2</p> <p>イ 14日以内の期間 30点</p>
【項目の見直し】		
【新設】	<p>A 247-2 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</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 249 精神科急性期医師配置加算（1日につき） 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>A 248 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>A 249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>1 精神科急性期医師配置加算1 600点</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2</p> <p>イ 精神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 500点</p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 450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、<u>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。</u></p> <p>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回）</p> <p>100点</p> <p>注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p>	<p>A 249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>500点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</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、所定点数に加算する。</p> <p>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回）</p> <p>250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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、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>
【注の追加】	<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>	(新設)
	<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>	
【新設】	<p>A251 排尿自立支援加算（週1回） 200点</p>	(新設)
	<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>	
【新設】	<p>A252 地域医療体制確保加算（入院初日） 520点</p>	(新設)
	<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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
第3節 特定入院料 A 300 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） 1 救命救急入院料1 イ 3日以内の期間 10,223点 ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点 ハ 8日以上14日以内の期間 7,897点 2 救命救急入院料2 イ 3日以内の期間 11,802点 ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点 ハ 8日以上14日以内の期間 9,371点 3 救命救急入院料3 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 10,223点 (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点 (3) 8日以上14日以内の期間 7,897点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間 10,223点 (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点 (3) 8日以上60日以内の期間 8,318点 4 救命救急入院料4 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 11,802点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点 (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 3日以内の期間 11,802点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点 (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点 (4) 15日以上60日以内の期間 8,318点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 注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って精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。 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。 イ 救急体制充実加算1 1,500点 ロ 救急体制充実加算2 1,000点 ハ 救急体制充実加算3 500点 注4 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
<p data-bbox="148 606 266 633">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1321 358 1373">A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p>	<p data-bbox="417 131 797 239">合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 239 797 343">注5 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="417 343 797 394">イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点</p> <p data-bbox="417 394 797 444">ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点</p> <p data-bbox="375 444 797 606">注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 606 797 710">注7 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="417 710 797 738">イ 入院基本料</p> <p data-bbox="417 738 797 1108">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="417 1108 797 1159">ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p data-bbox="417 1159 797 1186">ニ 点滴注射</p> <p data-bbox="417 1186 797 1213">ホ 中心静脈注射</p> <p data-bbox="417 1213 797 1263">ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="417 1263 797 1290">ト 留置カテーテル設置</p> <p data-bbox="417 1290 797 1317">チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p data-bbox="375 1373 762 1400">A301 特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1400 797 1427">1 特定集中治療室管理料1</p> <p data-bbox="403 1427 797 1454">イ 7日以内の期間 14,211点</p> <p data-bbox="403 1454 797 1481">ロ 8日以上14日以内の期間 12,633点</p> <p data-bbox="375 1481 797 1508">2 特定集中治療室管理料2</p> <p data-bbox="403 1508 797 1535">イ 特定集中治療室管理料</p> <p data-bbox="417 1535 797 1562">(1) 7日以内の期間 14,211点</p> <p data-bbox="417 1562 797 1590">(2) 8日以上14日以内の期間 12,633点</p> <p data-bbox="403 1590 797 1617">ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p data-bbox="417 1617 797 1644">(1) 7日以内の期間 14,211点</p> <p data-bbox="417 1644 797 1671">(2) 8日以上60日以内の期間 12,833点</p> <p data-bbox="375 1671 797 1698">3 特定集中治療室管理料3</p> <p data-bbox="403 1698 797 1725">イ 7日以内の期間 9,697点</p> <p data-bbox="403 1725 797 1752">ロ 8日以上14日以内の期間 8,118点</p> <p data-bbox="375 1752 797 1779">4 特定集中治療室管理料4</p> <p data-bbox="403 1779 797 1806">イ 特定集中治療室管理料</p> <p data-bbox="417 1806 797 1833">(1) 7日以内の期間 9,697点</p> <p data-bbox="417 1833 797 1860">(2) 8日以上14日以内の期間 8,118点</p>	<p data-bbox="856 738 1236 1054">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1) 7日以内の期間 9,697点 (2) 8日以上60日以内の期間 8,318点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 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。 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 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。 イ 入院基本料 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ 点滴注射 ホ 中心静脈注射 ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト 留置カテーテル設置 チ 第13部第1節の病理標本作製料 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、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</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 189 248 216">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 374 358 450">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="148 768 267 795">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1483 358 1559">A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="148 1798 267 1825">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="417 137 797 189">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="375 189 797 372">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病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。</u></p> <p data-bbox="375 452 790 504">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="375 504 797 556">1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,855点</p> <p data-bbox="375 556 797 608">2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,224点</p> <p data-bbox="375 608 797 768">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 data-bbox="375 768 797 898">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 data-bbox="417 898 559 925">イ 入院基本料</p> <p data-bbox="417 925 797 1271">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="417 1271 797 1323">ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p data-bbox="417 1323 539 1350">ニ 点滴注射</p> <p data-bbox="417 1350 577 1377">ホ 中心静脈注射</p> <p data-bbox="417 1377 797 1429">ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="417 1429 636 1456">ト 留置カテーテル設置</p> <p data-bbox="417 1456 735 1483">チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p data-bbox="375 1562 797 1615">A301-3 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 data-bbox="375 1615 797 1798">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 data-bbox="375 1798 797 1850">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</p>	<p data-bbox="824 189 883 216">（新設）</p> <p data-bbox="852 925 1238 1213">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</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>【注の見直し】</p>	<p>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、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、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>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 16,317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2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日）を限度として算定する。</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、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、<u>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。</u>）</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>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、<u>認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。</u>）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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。）、<u>及び精神疾患診療体制加算を除く。</u>）</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>【注の見直し】</p>	<p>へ 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>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 10,539点</p> <p>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、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号 A 303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号 A 303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <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、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、<u>排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算</u>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>へ 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>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）</p>
<p>A 303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p>	<p>A 303 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 7,381点</p> <p>2 新生児集中治療室管理料 10,539点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 450 266 475">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1219 358 1290">A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="148 1744 266 1769">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="415 131 797 446">新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="375 450 797 629">注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="415 633 559 658">イ 入院基本料</p> <p data-bbox="415 662 797 948">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p data-bbox="415 952 797 1000">ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p data-bbox="415 1004 539 1029">ニ 点滴注射</p> <p data-bbox="415 1033 577 1058">ホ 中心静脈注射</p> <p data-bbox="415 1062 797 1110">ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p data-bbox="415 1114 636 1139">ト 留置カテーテル設置</p> <p data-bbox="415 1143 797 1192">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 data-bbox="415 1195 735 1221">リ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p data-bbox="375 1296 797 1344">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 data-bbox="375 1348 797 1740">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、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 data-bbox="375 1744 797 1846">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</p>	<p data-bbox="854 662 1233 923">ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）</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>【注の見直し】</p> <p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>する。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）</p> <p>ニ 点滴注射</p> <p>ホ 中心静脈注射</p> <p>ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>チ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A 304 削除</p> <p>A 305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 14日以内の期間 9,371点</p> <p>2 15日以上期間 8,108点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。</p> <p>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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）</p> <p>ニ 留置カテーテル設置</p> <p>ホ 第13部第1節の病理標本作製料</p> <p>A 306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）</p> <p>2,070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</p>	<p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイに限る。）を除く。）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前										
<p>【注の見直し】</p> <p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>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)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,909点</p> <p>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、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <table border="0"> <tr><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>4,224点</td></tr> <tr><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>3,171点</td></tr> <tr><td>5 小児入院医療管理料 5</td><td>2,206点</td></tr> </table> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	1 小児入院医療管理料 1	4,750点	2 小児入院医療管理料 2	4,224点	3 小児入院医療管理料 3	3,803点	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	2,206点	<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、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
1 小児入院医療管理料 1	4,750点											
2 小児入院医療管理料 2	4,224点											
3 小児入院医療管理料 3	3,803点											
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	2,206点											

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、<u>排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。</u>）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>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、<u>排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。</u>）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<p>注6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
【注の見直し】	<p>注7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに</p>	<p>注7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p>	<p>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)<u>及び排尿自立支援加算を除く。</u>は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (1日につき)</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 2,129点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,115点)</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 2,066点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,051点)</p> <p>3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,899点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,884点)</p> <p>4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 1,841点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,827点)</p> <p>5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,721点)</p> <p>6 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点)</p> <p>注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(回復期リハビリテーション</p>	<p>第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)<u>及び精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)</u>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	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 401 266 426">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1325 358 1373">A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p>	<p data-bbox="417 131 797 397">病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 401 797 977">注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 981 797 1240">注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="417 1244 797 1292">イ 体制強化加算1 200点 ロ 体制強化加算2 120点</p> <p data-bbox="375 1296 495 1321">A 308-2 削除</p> <p data-bbox="375 1373 797 1421">A 308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 1425 797 1846">1 地域包括ケア病棟入院料1 2,809点 （生活療養を受ける場合にあつては、2,794点） 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） 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） 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） 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） 6 地域包括ケア入院医療管理料3 2,285点</p>	<p data-bbox="814 401 1236 977">注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>(生活療養を受ける場合にあつては、 2,270点)</p> <p>7 地域包括ケア病棟入院料4 2,076点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,060点)</p> <p>8 地域包括ケア入院医療管理料4 2,076点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,060点)</p> <p>注1 1、3、5及び7については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <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であるときには区分番号A101に掲げる療</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p> <p>注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。</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、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。</p>	<p>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150点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>	<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（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 266 248 291">【注の追加】</p> <p data-bbox="138 504 358 552">A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="148 1663 266 1688">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="417 131 797 262">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 data-bbox="375 266 797 504"><u>注9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u></p> <p data-bbox="375 556 742 581">A 309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="375 585 797 610">1 特殊疾患病棟入院料1 2,070点</p> <p data-bbox="375 614 797 639">2 特殊疾患病棟入院料2 1,675点</p> <p data-bbox="375 643 797 842">注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="375 846 797 919">注2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 923 797 1103">注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 1107 797 1344">注4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 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 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,910点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,745点 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) 医療区分2の患者に相当するもの 1,657点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,491点</p> <p data-bbox="375 1667 797 1841">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、</p>	<p data-bbox="824 266 883 291">(新設)</p> <p data-bbox="814 1667 1236 1841">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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 320 358 369">A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="138 1190 266 1213">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1692 358 1740">A311 精神科救急入院料（1日につき）</p>	<p data-bbox="417 133 797 314">医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="378 372 742 396">A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="378 401 611 425">1 緩和ケア病棟入院料1</p> <p data-bbox="396 426 793 450">イ 30日以内の期間 5,207点</p> <p data-bbox="396 452 793 475">ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点</p> <p data-bbox="396 477 793 500">ハ 61日以上の間 3,450点</p> <p data-bbox="378 506 611 529">2 緩和ケア病棟入院料2</p> <p data-bbox="396 531 793 554">イ 30日以内の期間 4,970点</p> <p data-bbox="396 556 793 579">ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点</p> <p data-bbox="396 581 793 604">ハ 61日以上の間 3,398点</p> <p data-bbox="378 610 797 896">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 data-bbox="378 902 797 1188">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 data-bbox="378 1193 797 1688">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、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="378 1746 721 1769">A311 精神科救急入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="378 1775 591 1798">1 精神科救急入院料1</p> <p data-bbox="396 1800 793 1823">イ 30日以内の期間 3,579点</p> <p data-bbox="396 1825 793 1848">ロ 31日以上の間 3,145点</p>	<p data-bbox="856 133 1233 237">のロ及び2のロに限る。)並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="810 1193 1233 1688">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、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び入退院支援加算（1のイに限る。）、第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 504 266 527">【注の見直し】</p> <p data-bbox="148 1427 266 1450">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1613 358 1688">A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="377 1692 793 1740">A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）</p>	<p data-bbox="377 133 797 214">2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間 3,372点 ロ 31日以上期間 2,938点</p> <p data-bbox="377 218 797 500">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="377 504 797 973">注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導致料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、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="377 977 797 1186">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="377 1190 797 1423">注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 1427 797 1611">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 1744 797 1846">1 精神科急性期治療病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 1,997点 ロ 31日以上期間 1,665点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p>	<p data-bbox="816 504 1236 896">注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第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、精神科救急入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="816 1427 1236 1611">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を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>A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）</p>	<p>イ 30日以内の期間 1,883点 ロ 31日以上の期間 1,554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、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及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p>A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）</p> <p>1 30日以内の期間 3,579点 2 31日以上の期間 3,145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</p>	<p>注2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（<u>精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。</u>）、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、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、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。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 343 266 369">【注の見直し】</p> <p data-bbox="148 1267 266 1292">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1454 358 1528">A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）</p> <p data-bbox="377 1534 794 1584">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="377 1586 794 1841">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="415 131 794 340">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="377 341 794 817">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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="377 819 794 1027">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="377 1029 794 1265">注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 1267 794 1450">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p>	<p data-bbox="813 341 1233 765">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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="813 1267 1233 1450">注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 131 266 156">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 556 358 606">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="148 794 266 819">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="375 131 798 552">注2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、<u>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。）</u>、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、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 606 742 631">A312 精神療養病棟入院料（1日につき）</p> <p data-bbox="721 633 794 658">1,091点</p> <p data-bbox="375 660 798 790">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="375 792 798 1476">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、<u>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。）</u>、<u>地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算</u>、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、<u>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</u>、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1477 798 1686">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="375 1688 798 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="814 131 1237 475">注2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="814 792 1237 1108">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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<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>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。</p> <p>A313 削除</p> <p>A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）</p> <p>1 認知症治療病棟入院料1</p> <p>イ 30日以内の期間 1,811点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,503点 ハ 61日以上期間 1,204点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料2</p> <p>イ 30日以内の期間 1,318点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,112点 ハ 61日以上期間 988点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 30日以内の期間 84点 ロ 31日以上期間 40点</p> <p>注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加</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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ</p>

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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊娠婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ、2のイ及び3に限る。)、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>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入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p> <p>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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。))及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものと</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、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊娠婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ、2のイ及び3に限る。)、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、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>← 及び認知症ケア加算並びに薬剤総合評価調整加算</p> <p>← 並びに</p>

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

項 目	改 正 後	改 正 前
第4節 短期滞在手術等基本料		
A 400 短期滞在手術等基本料		
	A 400 短期滞在手術等基本料	
	1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,947点	
	2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点 （生活療養を受ける場合にあつては、 5,046点）	
【項目の見直し】	3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合） （削る）	
	イ D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,630点 （生活療養を受ける場合にあつては、 5,556点）	イ D 237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,424点 （生活療養を受ける場合にあつては、 9,350点）
	ロ D 413 前立腺針生検法 10,309点 （生活療養を受ける場合にあつては、 10,235点）	ロ D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,237点 （生活療養を受ける場合にあつては、 6,164点）
	ハ K 093-2 関節鏡下手根管開放手術 18,448点 （生活療養を受ける場合にあつては、 18,374点）	ハ D 413 前立腺針生検法 11,736点 （生活療養を受ける場合にあつては、 11,662点）
	ニ K 196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 （両側） 40,943点 （生活療養を受ける場合にあつては、 40,869点）	ニ K 093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,747点 （生活療養を受ける場合にあつては、 19,673点）
	ホ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズ を挿入する場合 ロ その他のもの（片 側） 19,873点 （生活療養を受ける場合にあつては、 19,799点）	ホ K 196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 （両側） 42,138点 （生活療養を受ける場合にあつては、 42,064点）
	ヘ K 282 水晶体再建術 1 眼内レンズ を挿入する場合 ロ その他のもの（両 側） 34,416点 （生活療養を受ける場合にあつては、 34,342点）	ヘ K 282 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） 22,411点 （生活療養を受ける場合にあつては、 22,337点）
	ト K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ ンチメートル未満 18,588点 （生活療養を受ける場合にあつては、 18,514点）	ト K 282 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） 37,839点 （生活療養を受ける場合にあつては、 37,765点）
	チ K 616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 1 初回 32,540点 （生活療養を受ける場合にあつては、 32,466点）	チ K 474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5セ ンチメートル未満 20,756点 （生活療養を受ける場合にあつては、 20,683点）
	リ K 616-4 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 32,540点 （生活療養を受ける場合にあつては、 32,466点）	リ K 616-4 経皮的シャント拡張術・血栓 除去術 38,243点 （生活療養を受ける場合にあつては、 38,169点） （新設）
	ヌ K 617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除 術 21,755点 （生活療養を受ける場合にあつては、 21,681点）	ヌ K 617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除 術 24,242点 （生活療養を受ける場合にあつては、 24,168点）
	ル K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 （一連として） 10,411点 （生活療養を受ける場合にあつては、 10,337点）	ル K 617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 （一連として） 12,507点 （生活療養を受ける場合にあつては、 12,433点）
	ヲ K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮	ヲ K 617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮

項 目	改 正 後	改 正 前
	術 <u>10,225点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>10,151点</u>)	術 <u>11,704点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>11,630点</u>)
ワ	K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。) <u>31,835点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>31,761点</u>)	ワ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。) <u>35,444点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>35,371点</u>)
カ	K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。) <u>25,358点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,284点</u>)	カ K 633 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>28,368点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>28,294点</u>)
ヨ	K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) <u>22,597点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>22,523点</u>)	ヨ K 633 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>25,578点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,505点</u>)
タ	K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>24,975点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>24,901点</u>)	タ K 633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>25,394点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,321点</u>)
レ	K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>62,344点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>62,270点</u>)	レ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>69,217点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>69,143点</u>)
ソ	K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。) <u>51,773点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>51,699点</u>)	ソ K 634 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>55,428点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>55,354点</u>)
ツ	K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。) <u>40,741点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>40,667点</u>)	ツ K 634 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>44,061点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>43,988点</u>)
ネ	K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>50,328点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>50,254点</u>)	ネ K 634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>51,719点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>51,645点</u>)
ナ	K 721 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 <u>12,739点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>12,665点</u>)	ナ K 721 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 <u>14,525点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>14,451点</u>)
ラ	K 721 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 <u>15,599点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>15,525点</u>)	ラ K 721 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 <u>18,141点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>18,068点</u>)
ム	K 743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) <u>11,109点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>11,035点</u>)	ム K 743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) <u>12,383点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>12,309点</u>)
ウ	K 768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) <u>25,597点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>25,523点</u>)	ウ K 768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) <u>28,268点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>28,194点</u>)
キ	K 867 子宮頸部 (陰部) 切除術 <u>16,249点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>16,175点</u>) (削る)	キ K 867 子宮頸部 (陰部) 切除術 <u>18,179点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>18,106点</u>)
コ	M001-2 ガンマナイフによる定位放射	コ K 873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 <u>35,141点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>35,067点</u>)
		オ M001-2 ガンマナイフによる定位放射

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>線治療 59,199点 (生活療養を受ける場合にあっては、59,125点)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(同一の日に入院及び退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(入院した日の翌日までに退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。</p> <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 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 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) 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 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</p>	<p>線治療 60,403点 (生活療養を受ける場合にあっては、60,330点)</p> <p>← アルブミン</p> <p>← 及び</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（H i b）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、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H C V抗体定性・定量</p> <p>ト 血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（C R P）定性及びC反応性蛋白（C R P）</p> <p>チ 心電図検査 区分番号D208の1に掲げるもの</p> <p>リ 写真診断 区分番号E001の1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章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）</p> <p>ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの</p> <p>注5 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
<p>B 001 特定疾患治療管理料</p> <p>2 特定薬剤治療管理料</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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>1 ウイルス疾患指導料</p> <p>イ ウイルス疾患指導料1 240点</p> <p>ロ ウイルス疾患指導料2 330点</p> <p>注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。</p> <p>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月日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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の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>
【注の追加】	<p>注7 イについては、入院中の患者であつて、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に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回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>
【注の追加】	<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>(新設)</p>
【注の追加】	<p>注9 イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であつて、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>(新設)</p>
【注の追加】	<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つて、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>(新設)</p> <p>注7 (略)</p>
3 悪性腫瘍特異物質治療管理料	<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>	
【注の見直し】	<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1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<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点を口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、口の所定点数のみにより算定する。</p> <p>注5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。</p>	<p>注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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>
4 小児特定疾患カウンセリング料 【項目の見直し】	<p>4 小児特定疾患カウンセリング料</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p> <p>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p>	<p>4 小児特定疾患カウンセリング料 (新設)</p> <p>イ 月の1回目 500点</p> <p>ロ 月の2回目 400点 (新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内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、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>
5 小児科療養指導料 【注の見直し】	<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</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 581 244 606">【注の追加】</p> <p data-bbox="141 846 319 871">6 てんかん指導料</p> <p data-bbox="148 1638 244 1663">【注の追加】</p>	<p data-bbox="436 131 793 185">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 data-bbox="395 189 793 369">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 B 001 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 data-bbox="395 372 793 581">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 data-bbox="395 585 793 846">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、区分番号 A 003 に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注 1 の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月 1 回に限り 100 点を算定する。</u></p> <p data-bbox="381 850 793 875">6 てんかん指導料 250 点</p> <p data-bbox="395 879 793 1087">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、その標榜する診療料を担当する医師が、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 data-bbox="395 1091 793 1193">注 2 区分番号 A 000 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 data-bbox="395 1197 793 1325">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 data-bbox="395 1329 793 1481">注 4 区分番号 B 000 に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号 B 001 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 001 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 data-bbox="395 1485 793 1638">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 data-bbox="395 1642 793 1850">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、区分番号 A 003 に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注 1 の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報</u></p>	<p data-bbox="847 581 902 606">(新設)</p> <p data-bbox="847 1638 902 1663">(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>7 難病外来指導管理料</p> <p>【注の追加】</p> <p>9 外来栄養食事指導料 【項目の見直し】</p>	<p><u>通信機器を用いた場合</u>)として、月1回に限り100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><u>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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p> <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>9 外来栄養食事指導料</p> <p><u>イ 外来栄養食事指導料1</u></p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	① 対面で行った場合 200点 ② 情報通信機器を用いた場合 180点 ロ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 250点 (2) 2回目以降 190点	(新設)
【注の見直し】	注 1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。	注 別に厚生労働大臣が定める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患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
【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た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。	(新設)
【注の追加】	注 3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	(新設)
【注の追加】	注 4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。	(新設)
10 入院栄養食事指導料 (週1回)	10 入院栄養食事指導料 (週1回) イ 入院栄養食事指導料 1 (1) 初回 260点 (2) 2回目 200点 ロ 入院栄養食事指導料 2 (1) 初回 250点 (2) 2回目 190点	
【注の見直し】	注 1 イについては、入院中の患者であつて、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。	注 1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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。
【注の見直し】	注 2 ロについては、診療所において、入院中の患者であつて、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。	注 2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該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。
【注の追加】	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關す	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
11 集団栄養食事指導料 【注の見直し】	<p>る情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害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>	
12 心臓ペースメーカー指導管理料 【項目の見直し】	<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>注 別に厚生労働大臣が定める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特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき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>
12 心臓ペースメーカー指導管理料 【項目の見直し】	<p>12 心臓ペースメーカー指導管理料 イ 着用型自動除細動器による場合 360点 ロ ペースメーカーの場合 300点 ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点 注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。 注2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。 注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。 注5 ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、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>ロ イ以外の場合 360点 (新設)</p>
【注の見直し】	<p>13 在宅療養指導料 170点 注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定す</p>	<p>注5 ロ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、320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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>14 高度難聴指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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> <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1回に限り算定する。</p> <p>注3 <u>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。</u></p> <p>15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250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 出血時間</p> <p>ヘ 血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、<u>アルブミン</u> ← 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</p>	<p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前				
<p>16 喘息治療管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>ヌ 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 ヲ 写真診断 単純撮影 (胸部) 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="411 1371 795 1429"> <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ーを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者 (中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診 (区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算</p>	(1) 1月目	75点	(2) 2月目以降	25点	<p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める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喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>
(1) 1月目	75点					
(2) 2月目以降	25点					

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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月日以降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>注3 ロについては、別に厚生労働大臣が定める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>18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 【注の見直し】</p>	<p>18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>注3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。</p> <p>19 削除 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基準を満たす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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>23 がん患者指導管理料 【項目の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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> <p>22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>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 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>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</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 846 246 875">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 1503 356 1561">24 外来緩和ケア管理料 【注の見直し】</p>	<p data-bbox="436 131 795 266">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 data-bbox="395 266 795 527">注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p data-bbox="395 527 795 846">注3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p data-bbox="395 846 795 1136">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BCA1/2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 data-bbox="395 1136 795 1319">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 data-bbox="395 1319 795 1503">注6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p> <p data-bbox="395 1503 795 1841">24 外来緩和ケア管理料 290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、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。 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 data-bbox="847 846 902 875">(新設)</p> <p data-bbox="834 1136 943 1164">注4 (略)</p> <p data-bbox="834 1319 943 1348">注5 (略)</p> <p data-bbox="834 1532 1234 1773">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(がん性疼痛の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>

項 目	改 正 後	改 正 前
27 糖尿病透析予防指導管理料	<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>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>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>注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>28 小児運動器疾患指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>28 小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6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、療養上必要な指導を行った場合に、6月に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>【新設】</p>	<p>29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料</p> <p>イ 初回 500点</p> <p>ロ 2回目から4回目まで 150点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>【新設】</p>	<p>30 婦人科特定疾患治療管理料 250点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p>	<p>(新設)</p>
<p>【新設】</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</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>B001-2 小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、<u>区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。</u>ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p> <p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点</p>	<p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注12に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 600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 注 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>B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200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、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 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>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 600点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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>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、<u>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。</u></p> <p>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>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料 1 外来リハビリテーション診療料1 73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、必要な医学管理を行った場合は、<u>救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設) (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</p>	<p>2 外来リハビリテーション診療料 2 110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、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>注2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。</p> <p>注3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</p> <p>B001-2-8 外来放射線照射診療料 297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、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>注2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。</p>	
	<p>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)</p> <p>1 地域包括診療料1 1,660点</p> <p>2 地域包括診療料2 1,600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(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 266 266 291">【注の見直し】</p> <p data-bbox="148 1190 246 1215">【注の追加】</p> <p data-bbox="139 1454 358 1505">B 001-2-10 認知症地域 包括診療料（月1回）</p>	<p data-bbox="417 131 795 262">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="375 266 795 817">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に掲げる再診療の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 821 795 1186">注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="375 1190 795 1452">注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> <p data-bbox="375 1506 772 1532">B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p> <p data-bbox="375 1535 795 1586">1 認知症地域包括診療料1 1,681点 2 認知症地域包括診療料2 1,613点</p> <p data-bbox="375 1590 795 1841">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</p>	<p data-bbox="814 266 1234 792">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、<u>区分番号A001に掲げる再診療の注5から注7まで及び注16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）、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</u></p> <p data-bbox="823 1190 882 1215">（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>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、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16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)、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。)並びに第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>【注の追加】</p> <p>B 001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。</u></p> <p>B 001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 631点</p> <p>ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 748点</p> <p>ロ 再診時 556点</p> <p>注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満か</u></p>	<p>(新設)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(3歳以上の患者にあっては、3歳未満か</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>ら小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。</p>	<p>ら小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p> <p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注12に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号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)並びに区分番号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。</p>
【注の見直し】	<p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p>	<p>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p>
B001-3 生活習慣病管理料	<p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 650点</p> <p>ロ 高血圧症を主病とする場合 700点</p> <p>ハ 糖尿病を主病とする場合 800点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点</p> <p>ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点</p> <p>ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点</p>	
【注の見直し】	<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> <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</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める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>

項 目	改 正 後	改 正 前																																	
<p>【注の追加】</p> <p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <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、<u>区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>																																	
<p>B001-3-2 ニコチン依存症管理料</p> <p>【項目の見直し】</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> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>初回</td> <td>230点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目から4回目まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(1) 対面で行った場合</td> <td>184点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(2) 情報通信機器を用いた場合</td> <td>155点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>5回目</td> <td>180点</td> </tr> </table> <p>2 ニコチン依存症管理料2(一連につき)</p> <p>800点</p>	イ	初回	230点	ロ	2回目から4回目まで			(1) 対面で行った場合	184点		(2) 情報通信機器を用いた場合	155点	ハ	5回目	180点	<p>(新設)</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>初回</td> <td>230点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2回目から4回目まで</td> <td>184点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5回目</td> <td>180点</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(新設)</td> <td></td> </tr> </table>	1	初回	230点	2	2回目から4回目まで	184点		(新設)			(新設)		3	5回目	180点		(新設)	
イ	初回	230点																																	
ロ	2回目から4回目まで																																		
	(1) 対面で行った場合	184点																																	
	(2) 情報通信機器を用いた場合	155点																																	
ハ	5回目	180点																																	
1	初回	230点																																	
2	2回目から4回目まで	184点																																	
	(新設)																																		
	(新設)																																		
3	5回目	180点																																	
	(新設)																																		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、5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>【注の追加】</p>	<p>注3 1のロの(2)を算定する場合は、<u>区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。</u></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</p>	<p>(新設)</p>																																	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>料を算定した日に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。</p> <p>注3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、<u>アルブミン</u>（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）<u>並びに</u>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</p>	<p>← <u>アルブミン</u></p> <p>← <u>及び</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>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のイに掲げるもの</p> <p>ス 撮影 区分番号E002の1に掲げるもの</p> <p>注6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>B001-5 手術後医学管理料(1日につき)</p> <p>1 病院の場合 1,188点</p> <p>2 診療所の場合 1,056点</p> <p>注1 病院(療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。)又は診療所(療養病床に係るものを除く。)に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。</p> <p>注2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。</p> <p>注3 第3部検査のうち次に掲げるもの(当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)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、<u>アルブミン</u>(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</p>	<p>← <u>アルブミン</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-7 リンパ浮腫指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析</p> <p>ホ 心電図検査 ヘ 呼吸心拍監視 ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定 チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定 リ 中心静脈圧測定 ヌ 動脈血採取</p> <p>注4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査（I）判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注6 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。</p> <p>B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料 305点 注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があつて身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <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 注1 保険医療機関に入院中の患者であつて、<u>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</u>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（<u>原発性リンパ浮腫と診断されたもの</u>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</p>	<p>← 及び</p> <p>注1 保険医療機関に入院中の患者であつて、<u>子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳癌悪性腫瘍に対する手術を行ったもの</u>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>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B001-9 療養・就労両立支援指導料 【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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って当該保険医療機関を退院したのに対して、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 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><u>1 初回</u> 800点 <u>2 2回目以降</u> 400点</p> <p>注1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p>注2 <u>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から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。</u></p> <p>注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</u></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>B002 開放型病院共同指導料（Ⅰ） 350点 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</p>	<p>B001-9 療養・就労両立支援指導料 1,000点 （新設） （新設）</p> <p>注1 <u>がんと診断された患者（産業医（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をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、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、産業医に対し、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治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。</u></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保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p> <p>注3 注1の規定に基づく産業医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>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>B003 開放型病院共同指導料（Ⅱ） 220点 注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。</p> <p>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、<u>区分番号B005、区分番号B015及びI002</u>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上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>注2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態にあるときは、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A003に掲げるオンライン診療料、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>← 及び区分番号B005</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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っては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。</p> <p>注5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>指導料（Ⅱ）は別に算定できない。</p> <p>B005-1-2 介護支援等連携指導料 400点 注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p>B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点 注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4、区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>B005-2からB005-3-2まで 削除</p> <p>B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ） 800点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）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 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</p>	<p>← 区分番号H001の注4若しくは注5、区分番号H001-2の注4若しくは注5又は区分番号H002の注4若しくは注5</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 1373 358 1425">B 005-6-2 がん治療連携 指導料</p> <p data-bbox="148 1744 266 1769">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="395 137 797 262">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 data-bbox="377 272 676 297">B005-6 がん治療連携計画策定料</p> <p data-bbox="377 297 797 322">1 がん治療連携計画策定料1 750点</p> <p data-bbox="377 322 797 347">2 がん治療連携計画策定料2 300点</p> <p data-bbox="377 347 797 896">注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、当該患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p data-bbox="377 896 797 1161">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 data-bbox="377 1161 797 1267">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 data-bbox="377 1267 797 1373">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 data-bbox="377 1425 797 1450">B005-6-2 がん治療連携指導料 300点</p> <p data-bbox="377 1450 797 1740">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 data-bbox="377 1740 797 1846">注2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所</p>	<p data-bbox="813 1744 1234 1846">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）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>B 005-7 認知症専門診断管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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>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 2 300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病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したものの（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B</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B</p>

項 目	改 正 後	改 正 前						
<p data-bbox="138 291 358 343">B 005-7-2 認知症療養指導料</p> <p data-bbox="138 1479 266 1505">【注の見直し】</p> <p data-bbox="138 1744 358 1796">B 005-7-3 認知症サポート指導料</p>	<p data-bbox="417 133 797 233">009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 239 797 291">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 data-bbox="375 345 636 370">B 005-7-2 認知症療養指導料</p> <table data-bbox="375 374 797 450"> <tr> <td>1 認知症療養指導料1</td> <td>350点</td> </tr> <tr> <td>2 認知症療養指導料2</td> <td>300点</td> </tr> <tr> <td>3 認知症療養指導料3</td> <td>300点</td> </tr> </table> <p data-bbox="375 454 797 788">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 data-bbox="375 794 797 1128">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 data-bbox="375 1134 797 1468">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 data-bbox="375 1474 797 1634">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に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="375 1640 797 1740">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 data-bbox="375 1798 797 1823">B 005-7-3 認知症サポート指導料 450点</p> <p data-bbox="375 1829 797 1848">注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協</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 data-bbox="853 133 1233 185">009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p data-bbox="812 1479 1233 1580">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）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</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							

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>B005-9 外来排尿自立指導料 【名称の見直し】</p>	<p>力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>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>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、<u>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。</u></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>	<p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号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>B005-9 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、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<u>6週を限度として算定する。</u></p> <p>← 精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</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 500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、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>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、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を</p>	<p>← 産科又は産婦人科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>B 009 診療情報提供料 (I)</p>	<p>行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点</p> <p>2 1の患者以外の患者の場合 325点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。</p> <p>B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。</p> <p>B009 診療情報提供料 (I) 250点</p> <p>注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を</p>	<p>← 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（平成17年法律第123号）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>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、<u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</u></p>	(新設)
	<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>	注7 (略)
	<p>注9 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料（I）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料（I）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊婦紹介加算として、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>	注8 (略)
	<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</p>	注9 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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><u>注11</u> 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><u>注12</u> 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><u>注13</u> 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><u>注14</u> 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 <u>1</u> として、100点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注15</u> 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 <u>2</u> として100点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注16</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、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注17</u> 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行って</p>	<p><u>注10</u> (略)</p> <p><u>注11</u> (略)</p> <p><u>注12</u> (略)</p> <p><u>注13</u> 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、当該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、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p><u>注14</u> (略)</p> <p><u>注15</u> (略)</p>
【注の見直し】		
【注の追加】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>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><u>注18</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、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、<u>注8</u>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><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><u>注</u> 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><u>注1</u> 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><u>注2</u> 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 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点</p> <p><u>注1</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回</p>	<p><u>注16</u> (略)</p> <p>← <u>注7</u></p> <p>(新設)</p>

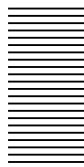
項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>に限り算定する。</p> <p>注2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> <p>注4 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>B011-2 削除</p> <p>B011-3 薬剤情報提供料 10点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。</p> <p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。</p> <p>B011-4 医療機器安全管理料</p> <p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100点</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放</p>	<p>B011及びB011-2 削除</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
B014 退院時薬剤情報管理指導料	<p>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>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>	
【注の追加】	<p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 <u>注1</u> 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>	注（略）
【新設】	<p><u>注2</u> 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>	(新設)
	<p>B015 精神科退院時共同指導料 (新設)</p> <p>1 精神科退院時共同指導料1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）</p> <p>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</p> <p>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><u>注1</u> 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><u>注2</u> 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</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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A003に掲げるオンライン診療料、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>	<p>B015からB018まで 削除</p>

第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<p>1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。</p>	<p>← 特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料</p>
<p>第1節 在宅患者診療・指導料</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 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1) 病床を有する場合</p> <p>① 緊急往診加算 850点</p> <p>② 夜間・休日往診加算 1,700点</p> <p>③ 深夜往診加算 2,700点</p> <p>(2) 病床を有しない場合</p> <p>① 緊急往診加算 750点</p> <p>② 夜間・休日往診加算 1,500点</p> <p>③ 深夜往診加算 2,500点</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合</p> <p>(1) 緊急往診加算 650点</p> <p>(2) 夜間・休日往診加算 1,300点</p> <p>(3) 深夜往診加算 2,300点</p> <p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合</p> <p>(1) 緊急往診加算 325点</p> <p>(2) 夜間・休日往診加算 650点</p> <p>(3) 深夜往診加算 1,300点</p> <p>注2 患者における診療時間が1時間を超えた</p>	



項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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> <p>注4 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5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>C001 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）</p> <p>1 在宅患者訪問診療料1</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 888点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 213点</p> <p>2 在宅患者訪問診療料2</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 884点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 187点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。</p> <p>注2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <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回以上の往診又は訪問診療を実施した場合(1を算定する場合に限る。)には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>① 病床を有する場合 6,500点</p> <p>② 病床を有しない場合 5,500点</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院((1)に規定するものを除く。)の場合 4,500点</p> <p>(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 3,500点</p> <p>ロ 有料老人ホーム等に入居する患者</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。</p> <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。)</p>	<p>← 在宅患者訪問診療料</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p>	<p>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>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</p> <p>(1) 病床を有する場合 6,200点</p> <p>(2) 病床を有しない場合 5,200点</p> <p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合 4,200点</p> <p>ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合 3,200点</p> <p>注6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。</p> <p>C002 在宅時医学総合管理料（月1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 5,400点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,500点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,880点</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	① 単一建物診療患者が1人の場合 4,500点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,400点 ③ ①及び②以外の場合 1,200点 (3) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,760点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,500点 ③ ①及び②以外の場合 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 5,000点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,140点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点 (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。 ① 単一建物診療患者が1人の場合 4,100点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,200点 ③ ①及び②以外の場合 1,100点 (3) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,520点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,380点 ③ ①及び②以外の場合 720点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,780点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点 ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合 (イの場合を除く。 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,700点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,000点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点 ハ 月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,280点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,835点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。)</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,750点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,475点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 750点</p> <p>ハ 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,760点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 995点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 560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(診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院(在宅療養支援病院を除く。))に限る。において、在宅での療養を行っている患者(特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者(以下「施設入居者等」という。))を除く。であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者(当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。)の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。</p> <p>注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 100点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 150点 (3) (1)及び(2)以外の場合 75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 200点 (2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 100点 (3) (1)及び(2)以外の場合 50点 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（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との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。 注10 1 のイの(2)及び(3)、1 のロの(2)及び(3)、2 のロ及びハ並びに 3 のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。 注11 区分番号 I 002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 C 001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）の 1 を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。 注12 1 から 3 までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>C 002-2 施設入居時等医学総合管理料（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 3,900点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3,240点 ③ ①及び②以外の場合 2,880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 3,200点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 2,880点</p>	<p>注12 1 のイの(3)若しくはロの(3)、2 のハ又は 3 のハの場合であって、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。<u>ただし、連続する 3 月は算定できない。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	下の場合 1,700点 ③ ①及び②以外の場合 1,200点 (3) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点 下の場合 1,080点 ③ ①及び②以外の場合 780点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,600点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,970点 下の場合 2,970点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点 (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合(①の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,900点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点 下の場合 1,550点 ③ ①及び②以外の場合 1,100点 (3) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点 下の場合 990点 ③ ①及び②以外の場合 720点 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,700点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点 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 2,600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,400点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点 ハ 月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,640点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 920点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 3 1及び2に掲げるもの以外の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,450点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,025点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点 ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場合を除く。) (1) 単一建物診療患者が1人の場合	

項 目	改 正 後	改 正 前
	1,950点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,025点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点	
ハ	月1回訪問診療を行っている場合	
	(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,280点	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 725点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 560点	
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。	
	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	
	(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点	
	(3) (1)及び(2)以外の場合 75点	
	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 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) (1)及び(2)以外の場合 56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) (1)及び(2)以外の場合 40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）	
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C 005 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき)</p>	<p>合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点</p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 2,000点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点</p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 1,850点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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>注2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。</p> <p>注4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注5 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>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>C 005 在宅患者訪問看護・指導料(1日につき)</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合</p> <p>イ 週3日目まで 580点</p> <p>ロ 週4日目以降 680点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 週3日目まで 530点</p> <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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週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150点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあつては週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</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 300点</p> <p>(2) 1日に2回の場合 600点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,000点</p> <p>注8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であ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つて通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="148 821 246 846">【注の追加】</p> <p data-bbox="137 1164 356 1242">C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p data-bbox="148 1798 267 1823">【注の見直し】</p>	<p data-bbox="418 131 795 450">じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p data-bbox="377 450 795 633">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 data-bbox="418 633 795 710">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 data-bbox="418 710 795 817">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 data-bbox="377 817 795 971">注15 <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。</u></p> <p data-bbox="377 971 795 1107">注16 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 data-bbox="377 1107 795 1164">注17 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p data-bbox="377 1242 795 1300">C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p data-bbox="377 1300 795 1348">1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p data-bbox="397 1348 795 1425">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 data-bbox="397 1425 795 1503">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 data-bbox="377 1503 795 1541">2 准看護師による場合</p> <p data-bbox="397 1541 795 1619">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 data-bbox="397 1619 795 1696">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 data-bbox="377 1696 795 1773">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 data-bbox="377 1773 795 1850">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</p>	<p data-bbox="830 821 884 846">(新設)</p> <p data-bbox="816 971 926 996">注15 (略)</p> <p data-bbox="816 1107 926 1132">注16 (略)</p> <p data-bbox="816 1798 1234 1850">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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前												
	<p>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> <table border="0" data-bbox="418 1477 795 1555"> <tr> <td>(1) 同一建物内1人</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td>(2) 同一建物内2人</td> <td>450点</td> </tr> <tr> <td>(3) 同一建物内3人以上</td> <td>400点</td> </tr> </table> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <table border="0" data-bbox="418 1574 795 1651"> <tr> <td>(1) 同一建物内1人</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>(2) 同一建物内2人</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>(3) 同一建物内3人以上</td> <td>720点</td> </tr> </table> <p>注4 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・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</p>	(1) 同一建物内1人	450点	(2) 同一建物内2人	450点	(3) 同一建物内3人以上	400点	(1) 同一建物内1人	800点	(2) 同一建物内2人	800点	(3) 同一建物内3人以上	720点	<p>住者に限る。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、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>(新設)</p> <p>(新設)</p>
(1) 同一建物内1人	450点													
(2) 同一建物内2人	450点													
(3) 同一建物内3人以上	400点													
(1) 同一建物内1人	800点													
(2) 同一建物内2人	800点													
(3) 同一建物内3人以上	720点													
【注の追加】	注3	(新設)												
【注の追加】	注4	(新設)												

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 450点</p> <p>(2) 同一建物内2人 450点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 380点</p> <p>(2) 同一建物内2人 380点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 340点</p> <p>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）</p> <p>(1) 同一建物内1人 300点</p> <p>(2) 同一建物内2人 300点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 270点</p> <p>ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 300点</p> <p>② 同一建物内2人 300点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 270点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 600点</p> <p>② 同一建物内2人 600点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 540点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 1,000点</p> <p>② 同一建物内2人 1,000点</p> <p>③ 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15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居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3 (略)</p> <p>注4 区分番号C005の注3から注14まで及び注16の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者（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>
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、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 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月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。</p> <p>注2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。</p> <p>注3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 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4 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。</p> <p>C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点</p> <p>注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C009 在宅患者訪問栄養食事指導料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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、患家の負担とする。</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</p>	<p>(新設)</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p>3 1及び2以外の場合 440点</p> <p>(新設)</p> <p>注1 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、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、当該保険医療機関の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。)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>(新設)</p> <p>注2 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、<u>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。</u></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</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、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、<u>管理栄養士、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2回に限り所定点数を算定する。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 200 358 253">第 2 節 在宅療養指導管理料</p> <p data-bbox="138 374 358 426">第 1 款 在宅療養指導管理料</p>	<p data-bbox="417 137 793 189">ァレンスを行う場合にあっては、この限りでない。</p> <p data-bbox="375 272 417 291">通則</p> <p data-bbox="375 297 793 369">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 data-bbox="375 432 417 452">通則</p> <p data-bbox="375 457 793 581">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 data-bbox="375 587 793 716">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 data-bbox="375 722 793 1450">3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。</p> <p data-bbox="375 1456 793 1663">4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。</p> <p data-bbox="375 1669 793 1688">C100 退院前在宅療養指導管理料 120点</p> <p data-bbox="375 1694 793 1765">注 1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p data-bbox="375 1771 793 1843">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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
C101 在宅自己注射指導管理料	<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、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。</p> <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 <u>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。</u></p> <p>注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></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>	← 通則6
【注の追加】	注4	(新設)
【注の追加】	注5	(新設)
C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	<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 <u>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。</u></p> <p>注2 <u>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。</u></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</p>	<p>C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注 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>(新設)</p>
【項目の見直し】	C101-3	
【注の見直し】	注1	
【注の追加】	注2	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000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>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、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105-2 在宅小児経管栄養指導管理料 1,050点</p> <p>注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C105-3 在宅半固形栄養経管栄養指導管理料 2,500点</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C106 在宅自己導尿指導管理料 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>度として算定する。</p> <p>C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点 注1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。 注2 <u>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。</u></p> <p>C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 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>C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点 注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点 注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点 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。</p> <p>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。</p>	<p>C106 在宅自己導尿指導管理料 1,800点</p> <p>注2 <u>第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</u></p> <p>← 指導</p> <p>← 指導</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点</p> <p>注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>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>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>C113 削除</p> <p>C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点</p> <p>注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>C115 削除</p> <p>C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者で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</p> <p>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</p>	<p>← <u>在宅振戦管理</u></p> <p>← <u>刺激装置</u></p> <p>← <u>患者</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前																					
<p>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 【点数の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>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、<u>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。</u></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 <u>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。</u></p>	<p>C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 950点</p> <p>← <u>洗腸療法</u></p> <p>(新設)</p>																					
<p>第2款 在宅療養指導管理材料加算</p> <p>【通則の追加】</p> <p>C150 血糖自己測定器加算</p> <p>【項目の追加】</p> <p>【注の見直し】</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><u>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。</u></p> <p>C150 血糖自己測定器加算</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>月20回以上測定する場合</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2</td><td>月30回以上測定する場合</td><td>465点</td></tr> <tr><td>3</td><td>月40回以上測定する場合</td><td>580点</td></tr> <tr><td>4</td><td>月60回以上測定する場合</td><td>830点</td></tr> <tr><td>5</td><td>月90回以上測定する場合</td><td>1,170点</td></tr> <tr><td>6</td><td>月120回以上測定する場合</td><td>1,490点</td></tr> <tr><td>7</td><td><u>間歇スキヤン式持続血糖測定器によるもの</u></td><td><u>1,250点</u></td></tr> </table> <p>注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算す</p>	1	月20回以上測定する場合	350点	2	月30回以上測定する場合	465点	3	月40回以上測定する場合	580点	4	月60回以上測定する場合	830点	5	月90回以上測定する場合	1,170点	6	月120回以上測定する場合	1,490点	7	<u>間歇スキヤン式持続血糖測定器によるもの</u>	<u>1,250点</u>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算す</p>
1	月20回以上測定する場合	350点																					
2	月30回以上測定する場合	465点																					
3	月40回以上測定する場合	580点																					
4	月60回以上測定する場合	830点																					
5	月90回以上測定する場合	1,170点																					
6	月120回以上測定する場合	1,490点																					
7	<u>間歇スキヤン式持続血糖測定器によるもの</u>	<u>1,250点</u>																					

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>る。</p> <p>イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者及び<u>膝全摘後の患者を除く。</u>）</p> <p>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<u>膝全摘後の患者に限る。</u>）</p> <p>ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p> <p>注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は<u>膝全摘後の患者に限る。</u>）</p> <p>ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p> <p>ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）</p>	<p>る。</p> <p>イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）</p> <p>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型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ハ・ニ （略）</p> <p>注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p>
【注の追加】	<p>注3 <u>7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</u></p> <p>C151 注入器加算 300点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C152 間歇注入シリンジポンプ加算</p> <p>1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点</p> <p>2 1以外のシリンジポンプ 1,500点</p> <p>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。</p>	<p>（新設）</p>
C152-2 持続血糖測定器加算	<p>C152-2 持続血糖測定器加算</p> <p><u>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</u></p> <p>イ 2個以下の場合 1,320点</p> <p>ロ 3個又は4個の場合 2,640点</p> <p>ハ 5個以上の場合 3,300点</p> <p><u>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</u></p> <p>イ 2個以下の場合 1,320点</p> <p>ロ 3個又は4個の場合 2,640点</p> <p>ハ 5個以上の場合 3,300点</p>	<p>（新設）</p> <p>1 2個以下の場合 1,320点</p> <p>2 4個以下の場合 2,640点</p> <p>3 5個以上の場合 3,300点</p> <p>（新設）</p>
【項目の見直し】		
【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、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</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。</p> <p>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、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。</p> <p>C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点</p> <p>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。</p> <p>C153 注入器用注射針加算</p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合 130点</p> <p>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。</p> <p>C154 紫外線殺菌器加算 360点</p> <p>注 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、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。</p> <p>C155 自動腹膜灌流装置加算 2,500点</p> <p>注 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、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。</p> <p>C156 透析液供給装置加算 10,000点</p> <p>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。</p> <p>C157 酸素ポンペ加算</p> <p>1 携帯用酸素ポンペ 880点</p> <p>2 1以外の酸素ポンペ 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、酸素ポンペを使用した場合に、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に掲げる酸素ポンペ加算の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 300点</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以</p>	<p>続血糖測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>C161 注入ポンプ加算 【注の見直し】</p>	<p>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 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 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>C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点 注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</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、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 【項目の見直し】</p>	<p>C163 特殊カテーテル加算 1 再利用型カテーテル 400点 2 間歇導尿用ディスプレイバルブカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの (1) 60本以上90本未満の場合 1,700点 (2) 90本以上120本未満の場合 1,900点 (3) 120本以上の場合 2,100点 ロ イ以外のもの 1,000点 3 間歇バルーンカテーテル 1,000点 注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスプレイバルブ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 1 陽圧式人工呼吸器 7,480点 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 2 人工呼吸器 6,480点 注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 3 陰圧式人工呼吸器 7,480点 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 ASVを使用した場合 3,750点 2 CPAPを使用した場合 1,000点 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中</p>	<p>(新設) 1 間歇導尿用ディスプレイバルブカテーテル イ 親水性コーティングを有するもの 960点 (新設) (新設) (新設) ロ イ以外のもの 600点 2 間歇バルーンカテーテル 600点 注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスプレイバルブ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、第1款の所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>C166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算 2,500点 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p> <p>C167 疼痛等管理用送信器加算 600点 注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラムを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</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ー加算 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ーを使用した場合に、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 1,800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心疾患の場合 780点 2 その他の場合 100点 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</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>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>← 人工呼吸</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
第3節 薬剤料	C200 薬剤	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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	1～3 (略) 4 第1節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊なものの費用は、第1節又は第3節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。 5・6 (略)	1～3 (略) ← 検査料 5・6 (略)
第1節 検体検査料	第1節 検体検査料	第1節 検体検査料
第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料
	通則 (略)	通則 (略)
	第1款 検体検査実施料	第1款 検体検査実施料
	通則	通則
	1～3 (略)	1～3 (略)
	区分	区分
(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)	(尿・糞便等検査)
	D000 (略)	D000 (略)
【点数の見直し】	D001 尿中特殊物質定性定量検査	D001 尿中特殊物質定性定量検査
	1 尿蛋白 7点	1 尿蛋白 7点
	2 VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース 9点	2 VMA定性(尿)、Bence Jones蛋白定性(尿)、尿グルコース 9点
	3 ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 16点	3 ウロビリノゲン(尿)、先天性代謝異常症スクリーニングテスト(尿)、尿浸透圧 16点
	4 ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) 17点	4 ポルフィリン症スクリーニングテスト(尿) 17点
	5 N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)(尿) 41点	5 N-アセチルグルコサミニダーゼ(NA G)(尿) 41点
	6 アルブミン定性(尿) 49点	6 アルブミン定性(尿) 49点
	7 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) 72点	7 黄体形成ホルモン(LH)定性(尿)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)(尿) 72点
	8 アルブミン定量(尿) 102点	8 アルブミン定量(尿) 105点
	9 トランスフェリン(尿) 104点	9 トランスフェリン(尿) 107点
	10 ウロポルフィリン(尿) 105点	10 ウロポルフィリン(尿) 108点
	11 δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿) 109点	11 δアミノレブリン酸(δ-ALA)(尿) 112点
	12 ポリアミン(尿) 115点	12 ポリアミン(尿) 115点
	13 ミオイノシトール(尿) 120点	13 ミオイノシトール(尿) 120点
	14 コプロポルフィリン(尿) 135点	14 コプロポルフィリン(尿) 139点
	15 総ヨウ素(尿) 186点	15 総ヨウ素(尿) (新設)
	16 IV型コラーゲン(尿) 189点	16 IV型コラーゲン(尿) (新設)
	17 ボルフォビリノゲン(尿) 191点	15 ボルフォビリノゲン(尿)、総ヨウ素(尿) 191点
	(削る)	16 IV型コラーゲン(尿) 194点
	18 シュウ酸(尿) 200点	17 シュウ酸(尿) 200点
	19 L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿) 210点	18 L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿) 210点
	20 尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数	19 尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数
	21 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫	20 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫

項 目	改 正 後	改 正 前
	瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数	腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数
	注 区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。	← 又は ← 若しくは
【点数の見直し】	D002～D003 (略) D004 穿刺液・採取液検査 1 ヒューナー検査 20点 2 胃液又は十二指腸液一般検査 55点 3 髄液一般検査 62点 4 精液一般検査 70点 5 頸管粘液一般検査 75点 6 顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)、I g E定性(涙液) 100点 7 顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) 122点 8 マイクロバブルテスト 200点 9 I g Gインデックス 414点 10 オリゴクロールバンド 522点 11 ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液) 577点 12 タウ蛋白(髄液) 622点 13 リン酸化タウ蛋白(髄液) 641点 14 髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数 15 髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数 16 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数 注 区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。	D002～D003 (略) D004 穿刺液・採取液検査 1 ヒューナー検査 20点 2 胃液又は十二指腸液一般検査 55点 3 髄液一般検査 62点 4 精液一般検査 70点 5 頸管粘液一般検査 75点 6 顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)、I g E定性(涙液) 100点 7 顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液) 125点 8 マイクロバブルテスト 200点 9 I g Gインデックス 426点 10 オリゴクロールバンド 538点 11 ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液) 593点 (新設) 12 リン酸化タウ蛋白(髄液)、タウ蛋白(髄液) 641点 13 髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数 14 髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数 15 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数 ← 又は ← 若しくは
【項目の見直し】	D004-2 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 イ 処理が容易なもの (1) 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの 2,500点 (2) その他のもの 2,100点 ロ 処理が複雑なもの 5,000点 (削る) (削る) (削る) (削る)	D004-2 悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査 イ E G F R 遺伝子検査(リアルタイムPCR法) 2,500点 (新設) (新設) ロ E G F R 遺伝子検査(リアルタイムPCR法以外) 2,100点 ハ K-ras遺伝子検査 2,100点 ニ EWS-Fli1遺伝子検査 2,100点 ホ T L S-C H O P 遺伝子検査 2,100点 ヘ S Y T-S S X 遺伝子検査 2,100点

項 目	改 正 後	改 正 前
	(削る)	ト c-kit遺伝子検査 2,500点
	(削る)	チ マイクロサテライト不安定性検査 2,100点
	(削る)	リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 2,100点
	(削る)	ス B R A F 遺伝子検査 6,520点
	(削る)	ル R A S 遺伝子検査 2,500点
	(削る)	ヲ R O S 1 融合遺伝子検査 2,500点
【注の見直し】	注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してイに掲げる検査を実施した場合は、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 2項目 4,000点 ロ 3項目 6,000点 ハ 4項目以上 8,000点	注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、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 2項目 4,000点 ロ 3項目以上 6,000点 (新設)
【注の追加】	注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してロに掲げる検査を実施した場合は、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 2項目 8,000点 ロ 3項目以上 12,000点	(新設)
(血液学的検査)	2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点	2 抗悪性腫瘍剤感受性検査 2,500点
【点数の見直し】	(血液学的検査) D005 血液形態・機能検査 1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点 注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。 2 網赤血球数 12点 3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点 4 好酸球数 17点 5 末梢血液一般検査 21点 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 血中微生物検査 40点 8 赤血球抵抗試験 45点 9 ヘモグロビン A 1c (HbA 1c) 49点 10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点 11 ヘモグロビン F (H b F) 60点 12 デオキシチミジンキナーゼ (T K) 活性 233点 13 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 (T d T) 250点 14 骨髄像 812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 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) 1,940点	(血液学的検査) D005 血液形態・機能検査 1 赤血球沈降速度 (E S R) 9点 注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。 2 網赤血球数 12点 3 血液浸透圧、好酸球 (鼻汁・喀痰)、末梢血液像 (自動機械法) 15点 4 好酸球数 17点 5 末梢血液一般検査 21点 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 血中微生物検査 40点 8 赤血球抵抗試験 45点 9 ヘモグロビン A 1c (HbA 1c) 49点 10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点 11 ヘモグロビン F (H b F) 60点 12 デオキシチミジンキナーゼ (T K) 活性 233点 13 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 (T d T) 250点 14 骨髄像 837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 造血器腫瘍細胞抗原検査 (一連につき) 2,000点
【点数の見直し】	D006 出血・凝固検査 1 出血時間 15点 2 プロトロンビン時間 (P T) 18点 3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験 19点 4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン 23点 5 トロンビン時間 25点 6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験 28点 7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P	D006 出血・凝固検査 1 出血時間 15点 2 プロトロンビン時間 (P T)、トロンボテ スト 18点 3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験 19点 4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定 量、クリオフィブリノゲン 23点 5 トロンビン時間 25点 6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパ リン抵抗試験 28点 7 活性化部分トロンボプラスチン時間 (A P

項 目	改 正 後	改 正 前
	T T) 29点	T T) 29点
	8 血小板凝集能 50点	8 血小板凝集能 50点
	9 血小板粘着能 64点	9 血小板粘着能 64点
	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原 70点	10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原 70点
	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン 80点	11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_1 -アンチトリプシン 80点
	12 フィブリンモノマー複合体定性 93点	12 フィブリンモノマー複合体定性 93点
	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験) 100点	13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性 (クロスミキシング試験) 100点
	14 Dダイマー定性 125点	14 Dダイマー定性 128点
	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量 128点	15 プラスミンインヒビター (アンチプラスミン)、Dダイマー半定量 131点
	16 von Willebrand因子 (VWF) 活性 132点	16 von Willebrand因子 (VWF) 活性 136点
	17 Dダイマー 133点	17 Dダイマー 137点
	18 α_2 -マクログロブリン 138点	18 α_2 -マクログロブリン 138点
	19 P I V K A - II 143点	19 P I V K A - II 143点
	20 凝固因子インヒビター 148点	20 凝固因子インヒビター 152点
	21 von Willebrand因子 (VWF) 抗原 151点	21 von Willebrand因子 (VWF) 抗原 155点
	22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (P I C) 158点	22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (P I C) (新設) 158点
	23 プロテインS抗原 162点	23 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (P I C)、プロテインS抗原 162点
	24 プロテインS活性 168点	23 プロテインS活性 170点
	25 β -トロンボグロブリン (β -T G) 177点	24 β -トロンボグロブリン (β -T G) 177点
	26 血小板第4因子 (P F ₄) 178点	25 血小板第4因子 (P F ₄) 178点
	27 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T) 181点	26 トロンビン・アンチトロンビン複合体 (T A T) 186点
	28 プロトロンビンフラグメントF 1 + 2 193点	27 プロトロンビンフラグメントF 1 + 2 193点
	29 トロンボモジュリン 204点	28 トロンボモジュリン 205点
	30 凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子) 223点	29 凝固因子 (第II因子、第V因子、第VII因子、第VIII因子、第IX因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子) 229点
	31 フィブリンモノマー複合体 227点	30 フィブリンモノマー複合体 233点
	32 プロテインC抗原 239点	31 プロテインC抗原 246点
	33 t P A ・ P A I - 1 複合体 240点	32 t P A ・ P A I - 1 複合体 247点
	34 プロテインC活性 241点	33 プロテインC活性 248点
	35 A D A M T S 13活性 400点	34 A D A M T S 13活性 400点
	36 A D A M T S 13インヒビター 1,000点	35 A D A M T S 13インヒビター 600点
【注の見直し】	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から34までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 722点	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 3項目又は4項目 530点 ロ 5項目以上 722点
【名称の変更】	D006-2 (略)	D006-2 (略)
【項目の見直し】	D006-3 Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値)) 1 診断の補助に用いるもの 2,520点 (削る) (削る) 2 モニタリングに用いるもの 2,520点	D006-3 Major BCR-ABL1 1 mR N A定量 (国際標準値) 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 2 mR N A定量 (1以外のもの) 1,200点
【点数の見直し】	D006-4・D006-5 (略)	D006-4・D006-5 (略)
【点数の見直し】	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,429点	D006-6 免疫関連遺伝子再構成 2,504点
【点数の見直し】	D006-7 U D P グルクロン酸転移酵素遺伝子多型 2,037点	D006-7 U D P グルクロン酸転移酵素遺伝子多型 2,100点
【点数の見直し】	D006-8~D006-10 (略)	D006-8~D006-10 (略)
【点数の見直し】	D006-11 F I P 1 L 1 - P D G F R α 融合遺伝子	D006-11 F I P 1 L 1 - P D G F R α 融合遺伝子

項 目	改 正 後	改 正 前
	伝子検査 3,201点	伝子検査 3,300点
	D006-12 E G F R 遺伝子検査 (血漿) 2,100点	D006-12 E G F R 遺伝子検査 (血漿) 2,100点
【注の追加】	注 同一の患者につき同一月において検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	(新設)
【新設】	D006-13 (略)	D006-13 (略)
【新設】	D006-14 F L T 3 遺伝子検査 4,200点	(新設)
【新設】	D006-15 膀胱がん関連遺伝子検査 1,597点	(新設)
【新設】	D006-16 J A K 2 遺伝子検査 2,504点	(新設)
【新設】	D006-17 Nudix hydrolase 15 (N U D T 15) 遺伝子多型 2,100点	(新設)
【新設】	D006-18 B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(新設)
	1 腫瘍細胞を検体とするもの 20,200点	
	2 血液を検体とするもの 20,200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実施した場合に限り算定する。	
【新設】	D006-19 がんゲノムプロファイリング検査	(新設)
	1 検体提出時 8,000点	
	2 結果説明時 48,000点	
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	
【新設】	D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査	(新設)
	1,200点	
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者1人につき1回に限り算定する。	
【新設】	D006-21 血液粘弾性検査 (一連につき) 600点	(新設)
(生化学的検査 (I))	(生化学的検査 (I))	(生化学的検査 (I))
【点数の見直し】	D007 血液化学検査	D007 血液化学検査
【項目の見直し】	1 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)	1 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、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)
	2 リン脂質 15点	2 リン脂質 15点
	3 HDL-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) 17点	3 HDL-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) 17点
	4 LDL-コレステロール、蛋白分画 18点	4 LDL-コレステロール、蛋白分画 18点
	5 銅 (Cu) 23点	5 銅 (Cu) 23点
	6 リパーゼ 24点	6 リパーゼ 24点
	7 イオン化カルシウム 26点	7 イオン化カルシウム 26点
	8 マンガン (Mn) 27点	8 マンガン (Mn) 27点

項 目	改 正 後	改 正 前
	(削る)	9 ムコ蛋白 29点
9	ケトン体 30点	10 ケトン体 30点
10	アポリポ蛋白	11 アポリポ蛋白
	イ 1項目の場合 31点	イ 1項目の場合 31点
	ロ 2項目の場合 62点	ロ 2項目の場合 62点
	ハ 3項目以上の場合 94点	ハ 3項目以上の場合 94点
11	アデノシンデアミナーゼ (ADA) 32点	12 アデノシンデアミナーゼ (ADA) 32点
12	グアナーゼ 35点	13 グアナーゼ 35点
13	有機モノカルボン酸、胆汁酸 47点	14 有機モノカルボン酸、胆汁酸 47点
14	ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩 48点	15 ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、 γ -GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩 48点
15	ASTアイソザイム、リポ蛋白分画 49点	16 ASTアイソザイム、リポ蛋白分画 49点
16	アンモニア 50点	17 アンモニア 50点
17	CKアイソザイム、グリコアルブミン 55点	18 CKアイソザイム、グリコアルブミン 55点
18	コレステロール分画 57点	19 コレステロール分画 57点
19	ケトン体分画、遊離脂肪酸 59点	20 ケトン体分画、遊離脂肪酸 59点
20	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (L-CAT) 70点	21 レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ (L-CAT) 70点
21	グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ蛋白分画 (PAGディスク電気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、グリココール酸 80点	22 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD)、リポ蛋白分画 (PAGディスク電気泳動法)、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、グリココール酸 80点
22	CK-MB (免疫阻害法・蛋白量測定) 90点	23 CK-MB 90点
23	LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン 95点	24 臍分泌性トリプシンインヒビター (PST I)、LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン 95点
24	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP) 96点	25 ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP) 96点
25	リポ蛋白 (a) 107点	26 リポ蛋白 (a) 107点
26	ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量 108点	27 ヘパリン 108点
	(削る)	28 フェリチン半定量、フェリチン定量 111点
27	エタノール 111点	29 エタノール 113点
28	KL-6 114点	(新設)
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量、アルミニウム (Al) 115点	30 心筋トロポニンI、KL-6 117点
30	25-ヒドロキシビタミンD 117点	(新設)
31	ペントシジン、シスタチンC 118点	31 ペントシジン、アルミニウム (Al) 118点
32	イヌリン 120点	32 イヌリン、心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量 120点
	(削る)	33 シスタチンC 121点
33	リポ蛋白分画 (HPLC法) 129点	34 リポ蛋白分画 (HPLC法) 129点
34	肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)、ガラクトース 130点	35 肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)、ガラクトース 130点
35	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D) 136点	36 肺サーファクタント蛋白-D (SP-D) 136点
36	血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン 139点	(新設)
	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	プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、亜鉛 (Zn) 140点	37 血液ガス分析、プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P) 140点
	(削る)	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。
	(削る)	38 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

項 目	改 正 後	改 正 前
		-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 143点
	38 セレン、アンジオテンシン I 転換酵素 (A C E)、ビタミン B ₁₂ 144点	39 亜鉛 (Zn)、セレン 144点
	39 IV型コラーゲン・7 S 148点	40 アンジオテンシン I 転換酵素 (A C E)、 IV型コラーゲン・7 S、ビタミン B ₁₂ 148点
	40 ビルビン酸キナーゼ (P K) 150点	41 ビルビン酸キナーゼ (P K) 150点
	41 葉酸 154点	42 葉酸 158点
	42 A L Pアイソザイム (P A G電気泳動法)、 腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 I 型 (I G F B P-1) 定性 180点	43 A L Pアイソザイム (P A G電気泳動法) 180点
	43 ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I、レ ムナント様リポ蛋白コレステロール (R L P -C) 184点	44 ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖 I 184点
	44 アセトアミノフェン 185点	45 腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白 I 型 (I G F B P-1) 定性 185点
	45 トリプシン 189点	46 レムナント様リポ蛋白コレステロール (R L P-C)、トリプシン 189点
	(削る)	47 アセトアミノフェン 190点
	46 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 L D L (M D A-L D L)、オートタキシン 194点	48 M a c-2 結合蛋白糖鎖修飾異性体 194点
	(削る)	49 マロンジアルデヒド修飾 L D L (M D A- L D L) 200点
	47 ホスフォリパーゼ A ₂ (P L A ₂) 204点	50 ホスフォリパーゼ A ₂ (P L A ₂) 204点
	48 赤血球コプロポルフィリン 210点	51 赤血球コプロポルフィリン 210点
	49 リポ蛋白リパーゼ (L P L) 223点	52 リポ蛋白リパーゼ (L P L) 223点
	50 肝細胞増殖因子 (H G F) 227点	53 肝細胞増殖因子 (H G F) 227点
	51 ビタミン B ₁ 246点	(新設)
	52 ビタミン B ₂ 249点	(新設)
	53 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点	54 2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性 250点
	(削る)	55 ビタミン B ₁ 253点
	(削る)	56 ビタミン B ₂ 256点
	54 赤血球プロトポルフィリン 272点	57 赤血球プロトポルフィリン 272点
	55 プロカルシトニン (P C T) 定量、プロカ ルシトニン (P C T) 半定量 292点	(新設)
	56 プレセプシン定量 301点	58 プロカルシトニン (P C T) 定量、プロカ ルシトニン (P C T) 半定量、プレセプシン 定量 301点
	57 インフリキシマブ定性 310点	59 インフリキシマブ定性 310点
	58 ビタミン C 314点	60 ビタミン C 314点
	59 1, 25-ジヒドロキシビタミン D ₃ 388点	61 1, 25-ジヒドロキシビタミン D ₃ 388点
	(削る)	62 25-ヒドロキシビタミン D 400点
	60 F G F 23 788点	(新設)
【注の見直し】	注 患者から 1 回に採取した血液を用いて本区 分の 1 から 8 までに掲げる検査を 5 項目以上 行った場合は、所定点数にかかわらず、検査 の項目数に応じて次に掲げる点数により算定 する。 イ 5 項目以上 7 項目以下 93点 ロ 8 項目又は 9 項目 99点 ハ 10 項目以上 109点 注 入院中の患者について算定した場合 は、入院時初回加算として、初回に限り 20点を所定点数に加算する。	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 5 項目以上 7 項目以下 93点 ロ 8 項目又は 9 項目 99点 ハ 10 項目以上 112点 注 入院中の患者について算定した場合 は、入院時初回加算として、初回に限り 20点を所定点数に加算する。
(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 ヒト絨毛性ゴナドトロピン (H C G) 定性 55点	1 ヒト絨毛性ゴナドトロピン (H C G) 定性 55点
	2 11-ヒドロキシコルチコステロイド (11- O H C S) 60点	2 11-ヒドロキシコルチコステロイド (11- O H C S) 60点
	3 ホモバニリン酸 (H V A) 69点	3 ホモバニリン酸 (H V A) 69点

項 目	改 正 後	改 正 前
4	パニールマンデル酸 (VMA) 90点	4 パニールマンデル酸 (VMA) 90点
5	5-ハイドロキシインドール酢酸 (5-H I A A) 95点	5 5-ハイドロキシインドール酢酸 (5-H I A A) 95点
6	プロラクチン (PRL) 98点	6 プロラクチン (PRL) 98点
7	レニン活性 100点	7 レニン活性 100点
8	トリヨードサイロニン (T3) 102点	8 トリヨードサイロニン (T3) 105点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 104点	9 甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン 107点
10	インスリン (IRI) 106点	10 インスリン (IRI) 109点
11	レニン定量 108点	(新設)
12	サイロキシシン (T4) 111点	11 レニン定量、サイロキシシン (T4) 111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) 111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) 114点
14	アルドステロン、テストステロン 125点	13 アルドステロン、テストステロン 128点
15	遊離サイロキシシン (FT4)、遊離トリヨードサイロニン (FT3)、コルチゾール 127点	(新設)
16	サイロキシシン結合グロブリン (TBG) 130点	14 遊離サイロキシシン (FT4)、遊離トリヨードサイロニン (FT3)、コルチゾール、サイロキシシン結合グロブリン (TBG) 130点
17	サイログロブリン 133点	(新設)
18	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) 134点	15 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗GAD抗体) 134点
19	脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 136点	16 脳性Na利尿ペプチド (BNP) 136点
20	カルシトニン 137点	17 サイログロブリン 137点
21	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 138点	(新設)
22	サイロキシシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL) 140点	18 サイロキシシン結合能 (TBC)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、ヒト胎盤性ラクトーゲン (HPL)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β) 140点
(削る)		19 カルシトニン 141点
(削る)		20 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 142点
23	グルカゴン 150点	21 グルカゴン 150点
24	プロゲステロン 151点	22 プロゲステロン 155点
25	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) 156点	23 I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) 156点
26	低カルボキシル化オステオカルシン (u c O C) 158点	(新設)
27	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC) 161点	24 骨型アルカリホスファターゼ (BAP) 161点
(削る)		25 低カルボキシル化オステオカルシン (u c O C) 162点
28	遊離テストステロン、インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact P I N P) 163点	(新設)
29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量 165点	26 オステオカルシン (OC) 165点
(削る)		27 遊離テストステロン 166点
(削る)		28 インタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド (Intact P I N P) 168点
30	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) 169点	29 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
31	セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画	30 セクレチン、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、I

項 目	改 正 後	改 正 前
	170点	型プロコラーゲン-N-プロペプチド (P I N P) 170点
32 デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D H E A - S)	174点	(新設)
33 サイクリックAMP (cAMP)	175点	31 サイクリックAMP (cAMP)、副甲状腺ホルモン (P T H)、カテコールアミン分画 175点
(削る)		32 デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D H E A - S) 176点
34 エストラジオール (E ₂)	177点	(新設)
35 エストリオール (E ₃)、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C - P T H r P)	180点	33 エストリオール (E ₃)、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C - P T H r P) 180点
(削る)		34 エストラジオール (E ₂) 182点
36 デオキシピリジノリン (D P D) (尿)	191点	35 デオキシピリジノリン (D P D) (尿) 191点
37 副甲状腺ホルモン関連蛋白 (P T H r P)、副腎皮質刺激ホルモン (A C T H)、カテコールアミン	194点	36 副甲状腺ホルモン関連蛋白 (P T H r P) 194点
38 17-ケトジェニックスステロイド (17-K G S)	200点	37 17-ケトジェニックスステロイド (17-K G S)、副腎皮質刺激ホルモン (A C T H)、カテコールアミン 200点
39 エリスロポエチン	209点	38 エリスロポエチン 209点
40 17-ケトステロイド分画 (17-K S分画)、17 α -ヒドロキシprogesterone (17 α -O H P)、抗 I A - 2抗体、プレグナンジオール	213点	39 17-ケトステロイド分画 (17-K S分画)、17 α -ヒドロキシprogesterone (17 α -O H P)、抗 I A - 2抗体、プレグナンジオール 213点
41 メタネフリン	217点	(新設)
42 ソマトメジンC	218点	(新設)
43 17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-K G S分画)	220点	40 17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-K G S分画) 220点
(削る)		41 メタネフリン 223点
(削る)		42 ソマトメジンC 224点
44 メタネフリン・ノルメタネフリン分画	221点	(新設)
45 心房性N a利尿ペプチド (A N P)	227点	43 心房性N a利尿ペプチド (A N P)、メタネフリン・ノルメタネフリン分画 227点
46 プレグナントリオール	234点	(新設)
47 利尿ホルモン (A D H)	235点	44 利尿ホルモン (A D H) 235点
(削る)		45 プレグナントリオール 240点
48 ノルメタネフリン	250点	46 ノルメタネフリン 250点
49 インスリン様成長因子結合蛋白3型 (I G F B P - 3)	280点	47 インスリン様成長因子結合蛋白3型 (I G F B P - 3) 280点
50 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点	(新設)
【注の見直し】	注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	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47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 3項目以上5項目以下	410点	イ 3項目以上5項目以下 410点
ロ 6項目又は7項目	623点	ロ 6項目又は7項目 623点
ハ 8項目以上	900点	ハ 8項目以上 900点
【点数の見直し】	D009 腫瘍マーカー	D009 腫瘍マーカー
【項目の見直し】	1 尿中B T A 80点	1 尿中B T A 80点
	2 癌胎児性抗原 (C E A) 102点	2 癌胎児性抗原 (C E A) 105点
	3 α -フェト蛋白 (A F P) 104点	3 α -フェト蛋白 (A F P) 107点
	4 扁平上皮癌関連抗原 (S C C抗原) 107点	(新設)
	5 組織ポリペプチド抗原 (T P A) 110点	4 組織ポリペプチド抗原 (T P A)、扁平上皮癌関連抗原 (S C C抗原) 110点
	6 D U P A N - 2、N C C - S T - 439、C A 15 - 3 118点	5 D U P A N - 2、N C C - S T - 439、C A 15 - 3 121点
	(削る)	6 前立腺酸ホスファターゼ抗原 (P A P) 124点

項 目	改 正 後	改 正 前
	7 エラストーゼ1 126点	7 エラストーゼ1 129点
	8 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 127点	8 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 130点
	9 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 139点	9 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 143点
	10 CA125 144点	(新設)
	11 CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE) 146点	10 CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE) 146点
	(削る)	11 CA125 148点
	12 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) 147点	(新設)
	13 シアリルLe ^x -i抗原 (SLX) 148点	(新設)
	14 塩基性フェトプロテイン (BFP) (削る) 150点	12 塩基性フェトプロテイン (BFP) 150点
	(削る)	13 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) 151点
	15 遊離型PSA比 (PSA F/T比) 154点	14 シアリルLe ^x -i抗原 (SLX) 152点
	16 サイトケラチン8・18 (尿) 160点	15 遊離型PSA比 (PSA F/T比) 158点
	17 BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ) 162点	16 サイトケラチン8・18 (尿) 160点
	18 抗p53抗体 (削る) 163点	(新設)
	(削る)	17 抗p53抗体 163点
	19 シアリルLe ^x 抗原 (CSLEX) 164点	18 BCA225 165点
	20 I型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) 170点	19 サイトケラチン19フラグメント (シフラ) 167点
	21 ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP) 175点	20 シアリルLe ^x 抗原 (CSLEX) 169点
	22 CA54/61、癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT) 184点	21 I型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) 170点
	23 CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%) 190点	22 ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP) 175点
	24 γ-セミノプロテイン (γ-Sm) 194点	23 CA54/61、癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT) 184点
	25 ヒト精巣上体蛋白4 (HE4) 200点	24 CA602、α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%) 190点
	26 可溶性メソテリン関連ペプチド 220点	25 γ-セミノプロテイン (γ-Sm) 194点
	27 癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)、癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液) 305点	26 ヒト精巣上体蛋白4 (HE4) 200点
	28 HER2蛋白 320点	27 可溶性メソテリン関連ペプチド 220点
	29 可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R) 438点	28 癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)、癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液) 314点
	注1 診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。	29 HER2蛋白 320点
	注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	30 可溶性インターロイキン-2レセプター (sIL-2R) 438点
	イ 2項目 230点	注1 診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。
	ロ 3項目 290点	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。
	ハ 4項目以上 408点	イ 2項目 230点
	D010 特殊分析	ロ 3項目 290点
	1 糖分析 (尿) 38点	ハ 4項目以上 420点
	2 結石分析 120点	D010 特殊分析
	3 チロシン 200点	1 糖分析 (尿) 38点
		2 結石分析 120点
		3 チロシン 200点
【注の見直し】		
【点数の見直し】		
【項目の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	4 アミノ酸	(新設)
	イ 1種類につき 287点	
	ロ 5種類以上 1,176点	
	5 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (B T R)	4 総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比 (B T R) 288点
	(削る)	5 アミノ酸
	6 アミノ酸定性 350点	イ 1種類につき 295点
	7 脂肪酸分画 417点	ロ 5種類以上 1,212点
	8 先天性代謝異常症検査	6 アミノ酸定性 350点
	イ 尿中有機酸分析 1,141点	7 脂肪酸分画 429点
	ロ 血中極長鎖脂肪酸 1,141点	8 先天性代謝異常症検査 1,176点
	ハ タンデムマス分析 1,141点	(新設)
	ニ その他 1,141点	(新設)
【注の見直し】	注1 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、患者1人につき月1回に限り算定する。	注 保険医療機関内において、当該検査を行った場合に患者1人につき月1回に限り算定する。
【注の追加】	注2 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、当該保険医療機関内で検査を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	(新設)
(免疫学的検査)	(免疫学的検査)	(免疫学的検査)
【点数の見直し】	D011 免疫血液学的検査	D011 免疫血液学的検査
	1 ABO血液型、Rh(D)血液型 24点	1 ABO血液型、Rh(D)血液型 24点
	2 Coombs試験	2 Coombs試験
	イ 直接 34点	イ 直接 34点
	ロ 間接 47点	ロ 間接 47点
	3 Rh(その他の因子)血液型 152点	3 Rh(その他の因子)血液型 156点
	4 不規則抗体 159点	4 不規則抗体 159点
	注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる生殖器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。	注 第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる生殖器手術のうち区分番号K898に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。
	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性 186点	5 ABO血液型関連糖転移酵素活性 191点
	6 血小板関連IgG(PA-IgG) 198点	6 血小板関連IgG(PA-IgG) 204点
	7 ABO血液型亜型 260点	7 ABO血液型亜型 260点
	8 抗血小板抗体 262点	8 抗血小板抗体 262点
	9 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体) 378点	9 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG抗体) 389点
	10 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG、IgM及びIgA抗体) 390点	10 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体(IgG、IgM及びIgA抗体) 390点
【点数の見直し】	D012 感染症免疫学的検査	D012 感染症免疫学的検査
【項目の見直し】	1 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 15点	1 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 15点
	2 トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量 26点	2 トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量 26点
	3 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 29点	3 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 29点
	4 梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量 32点	4 梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量 32点
	5 梅毒血清反応(STS)半定量、梅毒血清反応(STS)定量 34点	5 梅毒血清反応(STS)半定量、梅毒血清反応(STS)定量 34点
	6 梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量 53点	6 梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量 53点

項 目	改 正 後	改 正 前
7	アデノウイルス抗原定性(糞便)、迅速ウレアーゼ試験定性 60点	7 アデノウイルス抗原定性(糞便)、迅速ウレアーゼ試験定性 60点
8	8 ロタウイルス抗原定性(糞便)、ロタウイルス抗原定量(糞便) 65点	8 ロタウイルス抗原定性(糞便)、ロタウイルス抗原定量(糞便) 65点
9	9 ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ I g G 抗体 70点	9 ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエ I g G 抗体 70点
10	10 クラミドフィラ・ニューモニエ I g A 抗体 75点	10 クラミドフィラ・ニューモニエ I g A 抗体 75点
11	11 ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり) 79点 注 同一検体についてウイルス抗体価(定性・半定量・定量)の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。	11 ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり) 79点 注 同一検体についてウイルス抗体価(定性・半定量・定量)の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。
12	12 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量 80点	12 クロストリジウム・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量 80点
13	13 H T L V - I 抗体定性、H T L V - I 抗体半定量 85点	13 H T L V - I 抗体定性、H T L V - I 抗体半定量 85点
14	14 トキソプラズマ抗体 93点	14 トキソプラズマ抗体 93点
15	15 トキソプラズマ I g M 抗体 95点	15 トキソプラズマ I g M 抗体 95点
16	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 115点	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 115点
17	17 抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性(削る) 116点	17 抗酸菌抗体定量、H I V - 1 抗体、抗酸菌抗体定性 116点
18	18 H I V - 1, 2 抗体定量、H I V - 1, 2 抗原・抗体同時測定定量、A 群 β 溶連菌迅速試験定性(削る) 127点	18 H I V - 1, 2 抗体定量 127点
19	19 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 134点	19 <u>A 群 β 溶連菌迅速試験定性</u> 130点
20	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) 136点	20 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 138点
21	21 R S ウイルス抗原定性、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 138点	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) 140点
22	22 インフルエンザウイルス抗原定性 139点	22 R S ウイルス抗原定性、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 142点
23	23 ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 142点	23 インフルエンザウイルス抗原定性 143点 (新設)
24	24 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性 146点	24 肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 146点
25	25 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	25 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)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性 150点 (新設)
26	26 クラミドフィラ・ニューモニエ I g M 抗体 156点	26 D-アラビニトール、クラミジア・トラコマチス抗原定性 160点
27	27 D-アラビニトール、クラミジア・トラコマチス抗原定性 160点	27 アスペルギルス抗原 164点
28	28 アスペルギルス抗原 161点	28 大腸菌 O157 抗原定性 165点
29	29 大腸菌 O157 抗原定性 165点	29 マイコプラズマ抗原定性 (F A 法) 170点
30	30 大腸菌 O157 抗体定性、H T L V - I 抗体 168点	30 大腸菌 O157 抗体定性、H T L V - I 抗体 173点
31	31 マイコプラズマ抗原定性 (F A 法) (削る) 170点	31 クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性 174点
32	32 クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性 174点	32 クリプトコックス抗原半定量、クリプトコックス抗原定性 179点
33	33 大腸菌血清型別 175点	33 大腸菌血清型別 (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	34 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性 180点	32 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性、大腸菌血清型別 180点
	35 アデノウイルス抗原定性（糞便を除く）、肺炎球菌細胞壁抗原定性 189点	33 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 194点
	36 肺炎球菌荚膜抗原定性（尿・髄液） 198点	34 肺炎球菌荚膜抗原定性（尿・髄液） 204点
	37 プルセラ抗体定性、プルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 200点	35 プルセラ抗体定性、プルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 206点
	38 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、(1→3)-β-D-グルカン 207点	(新設)
	39 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキス I g G ・ I g A 抗体 210点 (削る)	36 単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）、アニサキス I g G ・ I g A 抗体 210点
	40 グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） 212点 注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。	37 ツツガムシ抗体半定量、(1→3)-β-D-グルカン、ツツガムシ抗体定性 213点
	41 レジオネラ抗原定性（尿） 217点 (削る)	38 グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり） 218点 注 同一検体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。
	42 赤痢アメーバ抗体半定量 223点	(新設)
	43 デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞） 233点 注 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性については、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。	39 サイトメガロウイルス抗体 220点
	(削る)	40 赤痢アメーバ抗体半定量、レジオネラ抗原定性（尿） 223点
	44 エンドトキシン 243点	41 デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性 233点
	45 百日咳菌抗体 264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実施した場合に算定する。
	46 H I V - 1 抗体（ウエスタンブロット法） 280点	42 水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞） 240点
	47 結核菌群抗原定性 291点	43 エンドトキシン 250点
	48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 377点	44 百日咳菌抗体 272点
	49 H I V - 2 抗体（ウエスタンブロット法） 380点 (削る)	45 H I V - 1 抗体（ウエスタンブロット法） 280点
	50 H T L V - I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法） 425点	46 結核菌群抗原定性 291点
	51 H I V 抗原 600点	(新設)
	52 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 873点	47 H I V - 2 抗体（ウエスタンブロット法） 380点
	D013 肝炎ウイルス関連検査	48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 387点
	1 H B s 抗原定性・半定量 29点	49 H T L V - I 抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法） 425点
	2 H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量 32点	50 H I V 抗原 600点
	3 H B s 抗原、H B s 抗体 88点	51 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 900点
	4 H B e 抗原、H B e 抗体 104点	D013 肝炎ウイルス関連検査
	5 H C V 抗体定性・定量、H C V コア蛋白 108点	1 H B s 抗原定性・半定量 29点
	6 H B c 抗体半定量・定量 137点	2 H B s 抗体定性、H B s 抗体半定量 32点
	7 H C V コア抗体 143点	3 H B s 抗原、H B s 抗体 88点
	8 H A - I g M 抗体、H A 抗体、H B c - I g M 抗体 146点	4 H B e 抗原、H B e 抗体 107点
	9 H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量 160点	5 H C V 抗体定性・定量、H C V コア蛋白 111点
	10 H E - I g A 抗体定性 210点	6 H B c 抗体半定量・定量 141点
	11 H C V 血清群別判定 227点	7 H C V コア抗体 143点
	12 H B V コア関連抗原（H B c r A g） 266点	8 H A - I g M 抗体、H A 抗体、H B c - I g M 抗体 146点
	13 デルタ肝炎ウイルス抗体 330点	9 H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、H C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量 160点
		10 H E - I g A 抗体定性 210点
		11 H C V 血清群別判定 233点
		12 H B V コア関連抗原（H B c r A g） 274点
		13 デルタ肝炎ウイルス抗体 330点

【点数の見直し】

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	14 HCV特異抗体価、HBVジェノタイプ判定 340点 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	14 HCV特異抗体価、HBVジェノタイプ判定 340点 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
	イ 3項目 290点 ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 438点	イ 3項目 290点 ロ 4項目 360点 ハ 5項目以上 447点
【点数の見直し】	D014 自己抗体検査	D014 自己抗体検査
【項目の見直し】	1 寒冷凝集反応 11点	1 寒冷凝集反応 11点
	2 リウマトイド因子（RF）定量 30点	2 リウマトイド因子（RF）定量 30点
	3 抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量 37点	3 抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクログローム抗体半定量 37点
	4 Donath-Landsteiner試験 55点	4 Donath-Landsteiner試験 55点
	5 抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量 105点	5 抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量 105点
	6 抗核抗体（蛍光抗体法を除く）、抗インスリン抗体 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
	7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） 116点	7 マトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3） 116点
	8 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量 117点	8 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量 117点
	9 抗 J α -1抗体定性、抗 J α -1抗体半定量、抗 J α -1抗体定量 140点	9 抗サイログロブリン抗体、抗 RNP抗体定性、抗 RNP抗体半定量、抗 RNP抗体定量 144点
	10 抗サイログロブリン抗体、抗 RNP抗体定性、抗 RNP抗体半定量、抗 RNP抗体定量 144点	10 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 146点
	11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 146点	11 抗 S m抗体定性、抗 S m抗体半定量、抗 S m抗体定量 151点
	12 抗 S m抗体定性、抗 S m抗体半定量、抗 S m抗体定量 151点	12 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、抗 S cI-70抗体定性、抗 S cI-70抗体半定量、抗 S cI-70抗体定量 161点
	13 C ₁ q結合免疫複合体 157点	13 抗 S cI-70抗体定性、抗 S cI-70抗体半定量、抗 S cI-70抗体定量 162点
	14 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、抗 S cI-70抗体定性、抗 S cI-70抗体半定量、抗 S cI-70抗体定量 161点	14 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 163点
	15 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 163点	16 抗 D N A抗体定性、抗 D N A抗体定量 170点
	16 抗 D N A抗体定性、抗 D N A抗体定量 168点	17 抗 R N AポリメラーゼⅢ抗体 170点
	17 抗 R N AポリメラーゼⅢ抗体 170点	18 抗セントロメア抗体定性、抗セントロメア抗体定量 179点
	18 抗セントロメア抗体定性、抗セントロメア抗体定量 179点	19 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 186点
	19 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 186点	20 抗 A R S抗体 190点
	20 抗 A R S抗体 190点	21 モノクローナル R F結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定性 194点
	21 モノクローナル R F結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定性 194点	22 抗 I g G型リウマトイド因子 203点
	22 I g G型リウマトイド因子 203点	23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量 204点
	23 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 204点	24 抗 L K M-1抗体 221点
	24 抗 L K M-1抗体 221点	25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体 223点
	25 抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体 223点	26 抗 T S Hレセプター抗体（T R A b）
	26 抗 T S Hレセプター抗体（T R A b）	

項 目	改 正 後	改 正 前
	226点	232点
27 抗カルジオリピン抗体	232点	27 抗カルジオリピン抗体 239点
28 I g G ₂ (T I A法によるもの)	239点	28 I g G ₂ (T I A法によるもの) 239点
29 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (M P O-A N C A)	265点	(新設)
30 抗好中球細胞質プロテイナーゼ 3 抗体 (P R 3-A N C A)	267点	(新設)
31 抗デスマグレイン 3 抗体、抗B P 180-N C 16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗G B M抗体)	270点	29 抗デスマグレイン 3 抗体、抗B P 180-N C 16a抗体 270点
32 抗M D A 5 抗体、抗T I F 1-γ 抗体、抗M i - 2 抗体 (削る)	270点	30 抗M D A 5 抗体、抗T I F 1-γ 抗体、抗M i - 2 抗体 270点
(削る)		31 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (M P O-A N C A) 273点
(削る)		32 抗好中球細胞質プロテイナーゼ 3 抗体 (P R 3-A N C A) 275点
		33 抗糸球体基底膜抗体 (抗G B M抗体) 277点
33 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	281点	34 ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性 281点
34 抗好中球細胞質抗体 (A N C A) 定性	290点	35 抗好中球細胞質抗体 (A N C A) 定性 290点
35 抗デスマグレイン 1 抗体	300点	36 抗デスマグレイン 1 抗体 300点
36 甲状腺刺激抗体 (T S A b)	340点	37 甲状腺刺激抗体 (T S A b) 340点
37 I g G ₄	377点	38 I g G ₄ 377点
38 I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの)	388点	39 I g G ₂ (ネフェロメトリー法によるもの) 388点
39 抗G M 1 I g G 抗体、抗G Q 1 b I g G 抗体	460点	40 抗G M 1 I g G 抗体、抗G Q 1 b I g G 抗体 460点
40 抗デスマグレイン 1 抗体、抗デスマグレイン 3 抗体及び抗B P 180-N C 16 a 抗体同時測定	490点	(新設)
41 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R 抗体)	822点	41 抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗A C h R 抗体) 847点
42 抗グルタミン酸レセプター抗体	970点	42 抗グルタミン酸レセプター抗体 970点
43 抗アクアポリン 4 抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体	1,000点	43 抗アクアポリン 4 抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点
44 抗H L A 抗体 (スクリーニング検査)	1,000点	44 抗H L A 抗体 (スクリーニング検査) 1,000点
45 抗H L A 抗体 (抗体特異性同定検査)	4,850点	45 抗H L A 抗体 (抗体特異性同定検査) 5,000点
【注の見直し】	注1 本区分の9から15まで、17、20及び32に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。 注2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する。	注1 本区分の9から15まで、18及び30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2 本区分の44及び45に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に算定する
【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 C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P) 16点	1 C反応性蛋白 (C R P) 定性、C反応性蛋白 (C R P) 16点
	2 赤血球コプロポルフィリン定性、グルコース-6-ホスファターゼ (G-6-Pase) 30点	2 赤血球コプロポルフィリン定性、グルコース-6-ホスファターゼ (G-6-Pase) 30点
	3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-P D) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性 34点	3 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-P D) 定性、赤血球プロトポルフィリン定性 34点
	4 血清補体価 (C H ₅₀)、免疫グロブリン 38点	4 血清補体価 (C H ₅₀)、免疫グロブリン 38点
	5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量 42点	5 クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量 42点
	6 血清アミロイドA蛋白 (S A A) 47点	6 血清アミロイドA蛋白 (S A A) 47点
	7 トランスフェリン (T f) 60点	7 トランスフェリン (T f) 60点
	8 C ₃ 、C ₄ 70点	8 C ₃ 、C ₄ 70点

項 目	改 正 後	改 正 前
	9 セルプラスミン 90点	9 セルプラスミン 90点
	10 非特異的 I g E 半定量、非特異的 I g E 定量 100点	10 非特異的 I g E 半定量、非特異的 I g E 定量 100点
	11 <u>β_2-マイクログロブリン</u> 104点	(新設)
	12 <u>トランスサイレチン (プレアルブミン)</u> 107点	11 <u>β_2-マイクログロブリン、トランスサイレチン (プレアルブミン)</u> 107点
	13 特異的 I g E 半定量・定量 110点	12 特異的 I g E 半定量・定量 110点
	注 特異的 I g E 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。	注 特異的 I g E 半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
	14 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)、α_1-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u> 136点 (削る)	13 <u>レチノール結合蛋白 (RBP)</u> 136点
	(削る)	14 <u>α_1-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)</u> 140点
	15 C ₃ プロアクチベータ 160点	16 C ₃ プロアクチベータ 160点
	16 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 170点	17 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 170点
	17 ヘモベキシン 180点	18 ヘモベキシン 180点
	18 T A R C 184点	19 T A R C 189点
	19 A P R スコア定性 191点	20 A P R スコア定性 191点
	20 アトピー鑑別試験定性 194点	21 アトピー鑑別試験定性 194点
	21 Bence Jones蛋白同定 (尿) 201点	22 Bence Jones蛋白同定 (尿) 203点
	22 癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液) 204点	23 癌胎児性フィブロネクチン定性 (頸管腔分泌液) 204点
	23 免疫電気泳動法 (特異抗血清) 224点	24 免疫電気泳動法 (特異抗血清) 230点
	24 C ₁ インアクチベータ 268点	25 C ₁ インアクチベータ 276点
	25 免疫グロブリン L 鎖 κ/λ 比 330点	26 免疫グロブリン L 鎖 κ/λ 比 330点
	26 免疫グロブリン遊離 L 鎖 κ/λ 比 388点	27 免疫グロブリン遊離 L 鎖 κ/λ 比 400点
	27 結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能 612点	28 結核菌特異的インターフェロン- γ 産生能 630点
【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 157点	1 B細胞表面免疫グロブリン 161点
	2 T細胞サブセット検査 (一連につき) 190点	2 T細胞サブセット検査 (一連につき) 194点
	3 T細胞・B細胞百分率 198点	(新設)
	4 顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき) 200点 (削る)	3 顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき) 200点
	5 顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき) 220点	4 T細胞・B細胞百分率 204点
	6 赤血球・好中球表面抗原検査 320点	5 顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき) 220点
	7 リンパ球刺激試験 (L S T) 345点	6 赤血球表面抗原検査 270点
	イ 1薬剤 425点	7 リンパ球刺激試験 (L S T) 345点
	ロ 2薬剤 515点	イ 1薬剤 345点
	ハ 3薬剤以上	ロ 2薬剤 425点
(微生物学的検査)	(微生物学的検査)	ハ 3薬剤以上 515点
	(微生物学的検査)	(微生物学的検査)
	D017 (略)	D017 (略)
【点数の見直し】	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 160点	1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 160点
	2 消化管からの検体 180点	2 消化管からの検体 180点
	3 血液又は穿刺液 215点	3 血液又は穿刺液 210点
	4 泌尿器又は生殖器からの検体 170点	4 泌尿器又は生殖器からの検体 170点
	5 その他の部位からの検体 160点	5 その他の部位からの検体 160点
	6 簡易培養 60点	6 簡易培養 60点
【注の見直し】	注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、112点を所定点数に加算する。	注1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、115点を所定点数に加算する。
	注2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分	注2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	析装置加算として、40点を所定点数に加算する。 D019 細菌薬剤感受性検査	析装置加算として、40点を所定点数に加算する。 D019 細菌薬剤感受性検査
	1 1菌種 170点	1 1菌種 170点
	2 2菌種 220点	2 2菌種 220点
	3 3菌種以上 280点	3 3菌種以上 280点
	4 薬剤耐性菌検出 50点	(新設)
	5 抗菌薬併用効果スクリーニング 150点	(新設)
	D019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査 150点	D019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査 150点
	D020～D022 (略)	D020～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】	1 細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり) 130点	1 細菌核酸検出(白血球)(1菌種あたり) 130点
	2 クラミジア・トラコマチス核酸検出 198点	(新設)
	3 淋菌核酸検出 204点	2 淋菌核酸検出、クラミジア・トラコマチス核酸検出 204点
	4 H B V核酸定量 271点	3 H B V核酸定量 279点
	5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 278点	4 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 286点
	6 レジオネラ核酸検出 292点	5 レジオネラ核酸検出 292点
	7 マイコプラズマ核酸検出 300点	6 マイコプラズマ核酸検出 300点
	8 E B ウイルス核酸定量 310点	7 E B ウイルス核酸定量 310点
	9 H C V核酸検出、H P V核酸検出 350点	(新設)
	注 H P V核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(陰部)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(陰部切断術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。	
	10 H P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点	8 H C V核酸検出、H P V核酸検出、H P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点
	注 H P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(陰部)切除術、区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(陰部切断術を含む。)若しくは区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。	注 H P V核酸検出及びH P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がA S C-U Sと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(陰部)切除術若しくは区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(陰部切断術を含む。)を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
	11 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 410点	9 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 410点
	12 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー(M A C)核酸検出 421点	10 マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセラー(M A C)核酸検出 421点
	13 H C V核酸定量 437点	11 H C V核酸定量 437点
	14 H B V核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、S A R Sコロナウイルス核酸検出、H T L V-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点	12 H B V核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、S A R Sコロナウイルス核酸検出、H T L V-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点
	15 H I V-1核酸定量 520点	13 H I V-1核酸定量 520点
	注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。	注 検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
	16 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、	14 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、

項 目	改 正 後	改 正 前
	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点 17 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。 18 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700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実施した場合に算定する。 19 HPVジェノタイプ判定 2,000点 20 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点 注 6、7、10（百日咳菌核酸検出に限る。）又は11（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。 D023-2 その他の微生物学的検査 1 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性 55点 2 尿素呼吸試験（UBT） 70点 3 大腸菌ペロトキシン定性 194点 4 クロストリジオイデス・デフィシルのトキシンB遺伝子検出 450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実施した場合に算定する。 D024 （略） （基本的検体検査実施料） D025 （略）	結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点 （新設） 15 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700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実施した場合に算定する。 16 HPVジェノタイプ判定 2,000点 17 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点 注 5、6、8（百日咳菌核酸検出に限る。）又は9（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。 D023-2 その他の微生物学的検査 1 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性 55点 2 尿素呼吸試験（UBT） 70点 3 大腸菌ペロトキシン定性 194点 （新設） D024 （略） （基本的検体検査実施料） D025 （略）
【注の見直し】		
【項目の見直し】		
第2款 検体検査判断料	第2款 検体検査判断料 区分 D026 検体検査判断料 1 尿・糞便等検査判断料 34点 2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点 3 血液学的検査判断料 125点 4 生化学的検査（Ⅰ）判断料 144点 5 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点 6 免疫学的検査判断料 144点 7 微生物学的検査判断料 150点 注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。 注2 （略） 注3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。 注4・5 （略） 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	第2款 検体検査判断料 区分 D026 検体検査判断料 1 尿・糞便等検査判断料 34点 （新設） 2 血液学的検査判断料 125点 3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 144点 4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点 5 免疫学的検査判断料 144点 6 微生物学的検査判断料 150点 注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、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、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。 注2 （略） （新設） 注3・4 （略） 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適
【項目の見直し】		
【注の見直し】		
【注の追加】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</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保険医療機関において、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。</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、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、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 (略)</p> <p>注9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>D027 基本的検体検査判断料 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。</p> <p>第2節 (略)</p>	<p>合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>注6 (略)</p> <p>注7 区分番号D015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>D027 基本的検体検査判断料 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3本文及び注4に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。</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>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <p>1 (略)</p> <p>2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～ヲ (略)</p> <p>区分</p>	<p>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <p>1 (略)</p> <p>2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p> <p>イ～ヲ (略)</p> <p>区分</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
(呼吸循環機能検査等)	(呼吸循環機能検査等) 通則 1・2 (略) D200～D205 (略) D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2 (略) 注1 (略) 注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンプロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンプロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。 注3～9 (略) D207～D210-4 (略) D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点 注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。 注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。 注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。 D211-2～D214-2 (略)	(呼吸循環機能検査等) 通則 1・2 (略) D200～D205 (略) D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2 (略) 注1 (略) 注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンプロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンプロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、600点又は1,400点を加算する。 注3～9 (略) D207～D210-4 (略) D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点 注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。 注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフイー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。 注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。 D211-2～D214-2 (略)
【注の見直し】		
【点数の見直し】		
(超音波検査等)	(超音波検査等) 通則 (略) D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。） 1 Aモード法 (略) 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 訪問診療時に行った場合 400点 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。 ロ その他の場合 (1)～(3) (略) 3 心臓超音波検査 イ～ハ (略) ニ 胎児心エコー法 (略) 注1 (略) 注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、1,000点を所定点数に加算する。 ホ (略) 4 (略) 5 血管内超音波法 (略) 注1 (略)	(超音波検査等) 通則 (略) D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。） 1 Aモード法 (略) 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） (新設) (新設) イ～ハ (略) 3 心臓超音波検査 イ～ハ (略) ニ 胎児心エコー法 (略) 注1 (略) 注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、700点を所定点数に加算する。 ホ (略) 4 (略) 5 血管内超音波法 (略) 注1 (略)
【項目の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	注2 2について、パルスドブラ法を行った場合は、パルスドブラ法加算として、 <u>150点</u> を所定点数に加算する。 注3～7 (略) D215-2～D217 (略)	注2 2について、パルスドブラ法を行った場合は、パルスドブラ法加算として、 <u>200点</u> を所定点数に加算する。 注3～7 (略) D215-2～D217 (略)
(監視装置による諸検査)	(監視装置による諸検査)	(監視装置による諸検査)
【点数の見直し】	D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合 <u>510点</u> 2 1時間を超え1時間30分以内の場合 <u>700点</u> 3 1時間30分を超えた場合 <u>890点</u>	D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合 <u>480点</u> 2 1時間を超え1時間30分以内の場合 <u>660点</u> 3 1時間30分を超えた場合 <u>840点</u>
【点数の見直し】	D219 ノンストレステスト (一連につき) <u>210点</u> D220～D221-2 (略)	D219 ノンストレステスト (一連につき) <u>200点</u> D220～D221-2 (略)
【点数の見直し】	D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 1 (略) 2 5時間を超えた場合 (1日につき) <u>630点</u> D222-2～D225-3 (略)	D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 1 (略) 2 5時間を超えた場合 (1日につき) <u>600点</u> D222-2～D225-3 (略)
【点数の見直し】	D225-4 ヘッドアップティルト試験 <u>1,030点</u> 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。 D226 (略)	D225-4 ヘッドアップティルト試験 <u>980点</u> 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。 D226 (略)
【点数の見直し】	D227 頭蓋内圧持続測定 1 1時間以内又は1時間につき <u>200点</u> 2 3時間を超えた場合 (1日につき) <u>800点</u> D228・D229 (略)	D227 頭蓋内圧持続測定 1 1時間以内又は1時間につき <u>125点</u> 2 3時間を超えた場合 (1日につき) <u>600点</u> D228・D229 (略)
【点数の見直し】	D230 観血的肺動脈圧測定 1 (略) 2 2時間を超えた場合 (1日につき) <u>570点</u> 注1・2 (略) D231～D233 (略)	D230 観血的肺動脈圧測定 1 (略) 2 2時間を超えた場合 (1日につき) <u>540点</u> 注1・2 (略) D231～D233 (略)
【点数の見直し】 (脳波検査等)	D234 胃・食道内24時間pH測定 <u>2,000点</u> (脳波検査等) 通則 (略) D235～D235-3 (略)	D234 胃・食道内24時間pH測定 <u>1,300点</u> (脳波検査等) 通則 (略) D235～D235-3 (略)
【点数の見直し】	D236 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位 <u>850点</u> 2 視覚誘発電位 <u>850点</u> 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 <u>850点</u> 注 (略) 4 聴性定常反応 <u>1,010点</u> D236-2 (略)	D236 脳誘発電位検査 (脳波検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位 <u>804点</u> 2 視覚誘発電位 <u>804点</u> 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 <u>804点</u> 注 (略) 4 聴性定常反応 <u>960点</u> D236-2 (略)
【項目の見直し】	D236-3 脳磁図 1 自発活動を測定するもの <u>17,100点</u> 2 その他のもの <u>5,100点</u>	D236-3 脳磁図 <u>5,100点</u> (新設) (新設)
【注の見直し】	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかんの診断を目的として行われる場合に限り算定する。	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。
【注の追加】	注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。	(新設)
【項目の見直し】	D237 終夜睡眠ポリグラフィ 1・2 (略) 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの <u>4,760点</u> ロ その他のもの <u>3,570点</u>	D237 終夜睡眠ポリグラフィ 1・2 (略) 3 1及び2以外の場合 <u>3,960点</u> (新設) (新設)
【注の追加】	注 3のイについては、別に厚生労働大臣が定	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
(神経・筋検査)	める施設基準に適合しているものと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。 D237-2・D238 (略)	D237-2・D238 (略)
【項目の見直し】	(神経・筋検査) 通則 (略) D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)) 320点 2・3 (略) 4 単線維筋電図(一連につき) 1,500点 注1 2については、2神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、1神経を増すごとに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。 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以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 注3 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行われる場合に限り算定する。	(神経・筋検査) 通則 (略) D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)) 300点 2・3 (略) (新設) ← 2について、 ← 3について、 (新設)
【注の追加】	D239-2～242 (略)	D239-2～242 (略)
(耳鼻咽喉科学的検査)	(耳鼻咽喉科学的検査) D243～D246 (略) D247 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 1～3 (略) 4 遊戯聴力検査 500点 5 (略) D248～D254 (略)	(耳鼻咽喉科学的検査) D243～D246 (略) D247 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査 1～3 (略) 4 遊戯聴力検査 450点 5 (略) D248～D254 (略)
【点数の見直し】		
(眼科学的検査)	(眼科学的検査) 通則 (略) D255～D258-2 (略) D258-3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 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行われる場合に限り算定する。	(眼科学的検査) 通則 (略) D255～D258-2 (略) (新設)
【新設】	D259・D260 (略) D261 屈折検査 1・2 (略) 注 1について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号D263に掲げる矯正視力検査は算定しない。	D259・D260 (略) D261 屈折検査 1・2 (略) (新設)
【注の追加】	D262～D277-2 (略) D278 眼球電位図(EOG) 280点 D279～D282-3 (略) (皮膚科学的検査) D282-4 (略)	D262～D277-2 (略) ← 260点 D279～D282-3 (略) (皮膚科学的検査) D282-4 (略)
(臨床心理・神経心理検査)	(臨床心理・神経心理検査) D283～D284 (略)	(臨床心理・神経心理検査) D283～D284 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	D285 認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なもの イ 簡易なもの 80点 ロ その他のもの 80点 2・3 (略) 注 (略) (負荷試験等) (略) (ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)	D285 認知機能検査その他の心理検査 80点 1 操作が容易なもの (新設) 80点 (新設) 2・3 (略) 注 (略) (負荷試験等) (略) (ラジオアイソトープを用いた諸検査) (略)
(内視鏡検査)	(内視鏡検査) 通則 1～5 (略)	(内視鏡検査) 通則 1～5 (略)
【点数の見直し】	D295 関節鏡検査 (片側) 760点 D296～D309 (略)	D295 関節鏡検査 (片側) 720点 D296～D309 (略)
【項目の見直し】	D310 小腸内視鏡検査 1 <u>バルーン内視鏡によるもの</u> 6,800点 (削る) 2 カプセル型内視鏡によるもの (略) 3 その他のもの (略) 注1 (略) 注2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。 D310-2～D312 (略)	D310 小腸内視鏡検査 1 <u>ダブルバルーン内視鏡によるもの</u> 7,800点 2 <u>シングルバルーン内視鏡によるもの</u> 5,000点 3 カプセル型内視鏡によるもの (略) 4 その他のもの (略) 注1 (略) ← 4 D310-2～D312 (略)
【新設】	D312-2 <u>回腸囊ファイバースコピー</u> 550点 D313 (略)	(新設) D313 (略)
【点数の見直し】	D314 腹腔鏡検査 2,270点 D315～D319 (略)	D314 腹腔鏡検査 2,160点 D315～D319 (略)
【点数の見直し】	D320 ヒステロスコーピー 620点 D321～D325 (略)	D320 ヒステロスコーピー 220点 D321～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 通則 1・2 (略) 区分 D400 血液採取 (1日につき) 1 静脈 35点 2 (略) 注1～3 (略) D401～D409-2 (略)	第4節 診断穿刺・検体採取料 通則 1・2 (略) 区分 D400 血液採取 (1日につき) 1 静脈 30点 2 (略) 注1～3 (略) D401～D409-2 (略)
【点数の見直し】	D410 乳腺穿刺又は針生検 (片側) 1 生検針によるもの 690点 2 (略) D411・D412 (略)	D410 乳腺穿刺又は針生検 (片側) 1 生検針によるもの 650点 2 (略) D411・D412 (略)
【新設】	D412-2 <u>経皮的腎生検法</u> 2,000点 D413～D414-2 (略) D415 経気管肺生検法 (略) 注1・2 (略)	(新設) D413～D414-2 (略) D415 経気管肺生検法 (略) 注1・2 (略)
【注の追加】	注3 <u>プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500点を所定点数に加算する。ただし、注1に規定するガイドシース加算は別に算定できない。</u>	(新設)
【新設】	D415-2・D415-3 (略) D415-4 <u>経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)</u> 5,000点	D415-2・D415-3 (略) (新設)
【新設】	D415-5 <u>経気管支凍結生検法</u> 5,500点 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行われる場合に限り算定する。</u>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	D416～D418 (略) D419 その他の検体採取 1・2 (略) <u>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、40点を所定点数に加算する。</u>	D416～D418 (略) D419 その他の検体採取 1・2 (略) (新設)
【注の追加】	3 動脈血採取 (1日につき) (略) 注1 (略) <u>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、15点を所定点数に加算する。</u>	3 動脈血採取 (1日につき) (略) 注 (略) (新設)
【注の追加】	4 前房水採取 (略) <u>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、90点を所定点数に加算する。</u>	4 前房水採取 (略) (新設)
【注の追加】	5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略) 注1・2 (略) <u>注3 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、1,000点を所定点数に加算する。</u>	5 副腎静脈サンプリング (一連につき) (略) 注1・2 (略) (新設)
	6 (略) D419-2 (略) 第5節・第6節 (略)	6 (略) D419-2 (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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は300点を所定点数に加算する。 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。 	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。</p>	
<p>第1節 エックス線 診断料</p>	<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> <p>イ 単純撮影の場合 57点</p> <p>ロ 特殊撮影の場合 58点</p> <p>ハ 造影剤使用撮影の場合 66点</p> <p>ニ 乳房撮影の場合 54点</p> <p>5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。</p> <p>E000 透視診断 110点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>E001 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>E002 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> <p>E003 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、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>	

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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>E 101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>【注の追加】</p>	<p>状態ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>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>注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>注3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>注4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E 101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 ¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>3 ¹³N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 9,000点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F D Gの合成及び注入並びに¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 <u>新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>E 101-3 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>【注の追加】</p>	<p>E 101-3 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>注1 ¹⁵O 標識ガス剤の合成及び吸入並びに ¹⁸F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 <u>新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</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>【注の追加】</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>注1 ¹⁸F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 <u>新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</u></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</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 E 101-2 に掲げるポジトロン断層撮影、E 101-3 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）、E 101-4 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 E 101-5 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>第 3 節 コンピューター断層撮影診断料</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>通則</p> <p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号 E 200 に掲げるコンピューター断層撮影（C T 撮影）、<u>区分番号 E 200-2 に掲げる血流量予備量比コンピューター断層撮影、区分番号 E 201 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号 E 202 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）の各区分の所定点数及び区分番号 E 203 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。</u></p> <p>2 区分番号 E 200 に掲げるコンピューター断層撮影（C T 撮影）及び区分番号 E 202 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 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 <u>区分番号 E 200、区分番号 E 201 又は区分番号 E 202 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。）</u> 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に相当する点を、<u>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</u> にあつては、<u>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</u>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>E 200 コンピューター断層撮影（C T 撮影）（一連につき）</p> <p>1 C T 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</p>	<p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号 E 200 に掲げるコンピューター断層撮影（C T 撮影）、区分番号 E 201 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号 E 202 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）の各区分の所定点数及び区分番号 E 203 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>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 <u>区分番号 E 200 から区分番号 E 202 までに掲げるコンピューター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、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。</u></p>
<p>【通則の見直し】</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>機器による場合 900点 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 ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点 2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点 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り算定する。 注2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 注3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 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。 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。 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。 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。 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 注1 <u>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。</u> 注2 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>E201 非放射性キセノン脳血流動態検査</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI 撮影) (一連につき)</p>	<p style="text-align: right;">2,000点</p> <p>注 非放射性感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 style="padding-left: 20px;">イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点</p> <p style="padding-left: 20px;">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</p>	<p>(新設)</p>
<p>【注の追加】</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</p>	<p>(新設)</p>

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

第2章 特掲診療料 第5部 投薬

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<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70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	
第1節 調剤料 F000 調剤料 【点数の見直し】	F000 調剤料 <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） <u>11点</u></p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） <u>8点</u></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） <u>7点</u></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>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） <u>9点</u></p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） <u>6点</u></p>
第2節 処方料	F100 処方料 <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>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前										
	<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 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>											
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>F200 薬剤</p> <p>薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。</p> <table border="0" data-bbox="452 898 720 1033"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td> 屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> <tr> <td>外用薬</td> <td>1調剤</td> </tr> </table> <p>注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定</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>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 の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p> <p>注6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>F 300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第5節 処方箋料 F 400 処方箋料</p>	<p>F 400 処方箋料</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</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 40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 68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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>7点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>5点</u></p> <p>注8 抗不安薬等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>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>6点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>4点</u></p>
<p>第6節 調剤技術基本料</p> <p>F500 調剤技術基本料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>F500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 <u>14点</u></p> <p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した</p>	<p>2 その他の患者に投薬を行った場合 <u>8点</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>場合を除く。)に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>注3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号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、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u></p> <p>① 15歳未満 820点</p> <p>② 15歳以上 600点</p> <p>(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u></p> <p>① 15歳未満 670点</p> <p>② 15歳以上 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u></p> <p>① 15歳未満 740点</p> <p>② 15歳以上 470点</p> <p>(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u></p> <p>① 15歳未満 640点</p> <p>② 15歳以上 370点</p>	<p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <u>外来化学療法加算A</u></p> <p>① 15歳未満 820点</p> <p>② 15歳以上 600点</p> <p>(2) <u>外来化学療法加算B</u></p> <p>① 15歳未満 670点</p> <p>② 15歳以上 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <u>外来化学療法加算A</u></p> <p>① 15歳未満 740点</p> <p>② 15歳以上 470点</p> <p>(2) <u>外来化学療法加算B</u></p> <p>① 15歳未満 640点</p> <p>② 15歳以上 370点</p>
<p>【通則の新設】</p>	<p>7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算とし</u></p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【通則の見直し】	<p>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 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する。</p> <p>8 (略)</p>
<p>第1節 注射料</p> <p>注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>第1款 注射実施料</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20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に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（I）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（II）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p> <p>G001 静脈内注射（1回につき） 32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、45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。</p> <p>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</p> <p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点 注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p>G003-2 削除</p> <p>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</p> <p>G004 点滴注射（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 99点</p>	<p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 98点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <u>98点</u></p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <u>49点</u></p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>G005 中心静脈注射（1日につき） <u>140点</u></p> <p>注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 <u>1,400点</u></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は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 <u>700点</u></p> <p>注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診</p>	<p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <u>97点</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<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に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G007 腱鞘内注射 27点</p> <p>G008 骨髄内注射</p> <p>1 胸骨 80点</p> <p>2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>1 脳室 300点</p> <p>2 後頭下 220点</p> <p>3 腰椎 140点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 27点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 27点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 60点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p> <p>G016 硝子体内注射 580点</p> <p>G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点</p> <p>G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500点</p>	<p>← <u>中心静脈注射</u></p> <p>← <u>中心静脈注射</u></p> <p>(新設)</p>
<p>第2款 無菌製剤処理料</p>	<p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）</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 無菌製剤処理料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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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定める。</p>	
<p>第3節 特定保険医療材料料</p>	<p>G200 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で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技料を含む。）、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>← <u>リハビリテーションの費用は、第1節</u></p>
<p>第1節 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> <ol style="list-style-type: none"> 1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） （1単位） 205点 	

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>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 125点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から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>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） 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） 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） 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つて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であつ</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p>	<p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、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する。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (1単位) 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位) 120点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 60点</p>
【注の見直し】	<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) 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位) 120点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 60点</p> <p>注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内に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5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、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>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

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>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) 180点</p> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 146点</p> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 77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> <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> <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4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ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</p>	<p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、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する。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅰ) (1単位) 108点</p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位) 88点</p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位) 46点</p> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
【注の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H 002 運動器リハビリテーション料</p>	<p>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) 108点</p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料 (II) (1 単位) 88点</p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料 (III) (1 単位) 46点</p> <p>注6 注1 本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>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) 185点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) (1 単位) 170点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 (III) (1 単位) 85点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、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30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（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 注1 本文の規定にかかわらず、注1 本文</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
	<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 注1 本文の規定にかかわらず、注1 本文</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</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、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>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 111点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 102点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 51点</p> <p>注6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、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>H003 呼吸器リハビリテーション料</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 175点</p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 85点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であ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30点を所定点数に加算する。</p>	<p>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。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、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する。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） 111点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） 102点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） 51点</p> <p>注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、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>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。</p> <p>注3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患者等を訪問し、当該患者（区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、150点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者（区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。</p> <p>注5 <u>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り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。</u></p> <p>H003-3 リハビリテーション計画提供料</p> <p>1 リハビリテーション計画提供料1 275点 2 リハビリテーション計画提供料2 100点</p> <p>注1 1について、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。</p> <p>注2 2について、退院時に区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た</p>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>H004 摂食機能療法（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>注3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>注4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。</p> <p>H003-4 目標設定等支援・管理料</p> <p>1 初回の場合 250点</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、<u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u> (削る) (削る)</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</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 経口摂取回復促進加算1 185点</p> <p>ロ 経口摂取回復促進加算2 20点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<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	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。 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。	
第1節 精神科専門療法料 【新設】	I 000 精神科電気痙攣療法 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 2 1以外の場合 150点 注1 1日に1回に限り算定する。 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。 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。 I 000-2 経頭蓋磁気刺激療法 1,200点 <u>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。</u> I 001 入院精神療法（1回につき） 1 入院精神療法（Ⅰ） 400点 2 入院精神療法（Ⅱ） 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 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 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。 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。 I 002 通院・在宅精神療法（1回につき） I 002 通院・在宅精神療法（1回につき） 1 通院精神療法 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	（新設）

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>あって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 400点 (2) 30分未満の場合 330点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 540点 (2) 30分以上60分未満の場合 400点 (3) 30分未満の場合 330点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあっては1と2を合わせて週1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>注2 通院・在宅精神療養は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であ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>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点</p> <p>ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>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。)</p> <p>1,200点</p> <p>注5 1のハの(1)並びに2のハの(1)及び(2)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p> <p>注6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>注7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 <u>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、当該保険医療機関における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。</u></p> <p>1 002-2 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I002に</p>	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 435点</p> <p>2 入院中の患者以外 135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ものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月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6月を限度として、計6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）</p> <p>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> <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 004 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</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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>I 006-2 依存症集団療法 (1回につき)</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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>I 005 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>I 006 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>I 006-2 依存症集団療法（1回につき）</p> <p><u>1 薬物依存症の場合 340点</u></p> <p><u>2 ギャンブル依存症の場合 300点</u></p> <p>注1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。</u></p> <p>注2 <u>2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</u></p> <p>注3 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</p>	<p>I 006-2 依存症集団療法（1回につき） 340点 (新設) (新設)</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。 (新設)</p> <p>注2 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>行った場合 75点</p> <p>注1 入院中の患者について、週1回に限り算定する。</p> <p>注2 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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6 当該保険医療機関において、入院中の患者であつて、退院を予定しているもの（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・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I008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号I010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号I010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>I010 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つて、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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>1 010-2 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あっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。</p> <p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号 I 008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号 I 009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号 I 010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号 I 015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。</p> <p>1 011 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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p data-bbox="138 585 353 633">I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p data-bbox="138 662 289 687">【項目の見直し】</p> <p data-bbox="138 1271 289 1296">【項目の見直し】</p>	<p data-bbox="415 137 799 266">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 data-bbox="381 272 799 297">I 011-2 精神科退院前訪問指導料 380点</p> <p data-bbox="381 297 799 450">注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患者等を訪問し、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つては、当該入院中6回）に限り算定する。</p> <p data-bbox="381 455 799 529">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 data-bbox="381 535 799 583">注3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患者の負担とする。</p> <p data-bbox="381 639 659 664">I 012 精神科訪問看護・指導料</p> <p data-bbox="381 664 799 689">1 精神科訪問看護・指導料（I）</p> <p data-bbox="401 689 799 714">イ 保健師又は看護師による場合</p> <p data-bbox="415 743 799 768">(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p data-bbox="415 768 799 794">(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p data-bbox="415 794 799 819">(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p data-bbox="415 819 799 844">(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p data-bbox="401 844 799 869">ロ 准看護師による場合</p> <p data-bbox="415 869 799 894">(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点</p> <p data-bbox="415 894 799 919">(2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点</p> <p data-bbox="415 919 799 944">(3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点</p> <p data-bbox="415 944 799 969">(4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点</p> <p data-bbox="401 969 799 994">ハ 作業療法士による場合</p> <p data-bbox="415 994 799 1020">(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p data-bbox="415 1020 799 1045">(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p data-bbox="415 1045 799 1070">(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p data-bbox="415 1070 799 1095">(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p data-bbox="401 1095 799 1120">ニ 精神保健福祉士による場合</p> <p data-bbox="415 1120 799 1145">(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p data-bbox="415 1145 799 1170">(2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p data-bbox="415 1170 799 1195">(3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p data-bbox="415 1195 799 1221">(4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p data-bbox="381 1221 799 1246">2 削除</p> <p data-bbox="381 1246 799 1271">3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)</p> <p data-bbox="401 1271 799 1296">イ 保健師又は看護師による場合</p> <p data-bbox="415 1325 799 1350">(1) 同一日に2人</p> <p data-bbox="436 1350 799 1375">① 週3日目まで 30分以上の場合 580点</p> <p data-bbox="436 1375 799 1400">② 週3日目まで 30分未満の場合 445点</p> <p data-bbox="436 1400 799 1425">③ 週4日目以降 30分以上の場合 680点</p> <p data-bbox="436 1425 799 1450">④ 週4日目以降 30分未満の場合 530点</p> <p data-bbox="415 1450 799 1476">(2) 同一日に3人以上</p> <p data-bbox="436 1476 799 1501">① 週3日目まで 30分以上の場合 293点</p> <p data-bbox="436 1501 799 1526">② 週3日目まで 30分未満の場合 225点</p> <p data-bbox="436 1526 799 1551">③ 週4日目以降 30分以上の場合 343点</p> <p data-bbox="436 1551 799 1576">④ 週4日目以降 30分未満の場合 268点</p> <p data-bbox="401 1576 799 1601">ロ 准看護師による場合</p>	<p data-bbox="816 662 1234 687">1 精神科訪問看護・指導料（I）</p> <p data-bbox="836 687 1234 736">イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合</p> <p data-bbox="836 979 901 1004">(新設)</p> <p data-bbox="836 1110 901 1136">(新設)</p> <p data-bbox="816 1271 1234 1296">3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)</p> <p data-bbox="836 1296 1234 1344">イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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> <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</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>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は、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・指導料加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。</p> <p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導料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・指導料を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 450点</p> <p>② 同一建物内2人 450点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 400点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 900点</p> <p>② 同一建物内2人 900点</p> <p>③ 同一建物内3人以上 810点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p>	<p>イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導料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・指導料を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合 450点 (新設)</p> <p>(2) 1日に2回の場合 900点 (新設)</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,450点 (新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>① 同一建物内 1 人 1,450点</p> <p>② 同一建物内 2 人 1,450点</p> <p>③ 同一建物内 3 人以上 1,300点</p> <p>ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内 1 人 380点</p> <p>② 同一建物内 2 人 380点</p> <p>③ 同一建物内 3 人以上 340点</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内 1 人 760点</p> <p>② 同一建物内 2 人 760点</p> <p>③ 同一建物内 3 人以上 680点</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内 1 人 1,240点</p> <p>② 同一建物内 2 人 1,240点</p> <p>③ 同一建物内 3 人以上 1,120点</p> <p>ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内 1 人 300点</p> <p>(2) 同一建物内 2 人 300点</p> <p>(3) 同一建物内 3 人以上 270点</p> <p>注5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 注1及び注2に規定する場合であって、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>注9 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p> <p>注10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算と</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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 380点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 1日に2回の場合 760点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 1,240点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</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 300点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注10 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>して、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 450点</p> <p>(2) 同一建物内2人 450点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 400点</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 800点</p> <p>(2) 同一建物内2人 800点</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 720点</p> <p>注11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>注12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患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> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合</p> <p>1012-2 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 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4 精神科訪問看護指示料を算定した場合に</p>	<p>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>(新設)</p> <p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>I 013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>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 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点</p> <p>注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>注2 1のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>注3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>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項若しくは第2項又は第33条の7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</p>	<p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>注1 1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>(新設)</p> <p>注2 (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>I 016 精神科在宅患者支援管理料（月1回）</p>	<p>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>ハ イ及びロ以外の患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,030点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,248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、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>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 2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点</p>	
<p>【項目の追加】</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>(新設)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 <u>1のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（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。</u></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、<u>当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注2 <u>1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 <u>2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下</u></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、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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4 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5 精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。</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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>注7 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>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、当該患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、イについては、6月を限度として算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>注3 (略)</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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。</p> <p>注5 (略)</p>
<p>第2節 薬剤料</p>	<p>I 100 薬剤</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>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>	<p>← 処置の費用</p> <p>← 処置の処置料</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	所定点数の100分の40に相当する点数 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。	
第1節 処置料	<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又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。</p> <p>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>J001 熱傷処置</p> <p>1 100平方センチメートル未満 135点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 270点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 504点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 1,500点</p> <p>注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。</p> <p>注2 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。</p> <p>注3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。</p> <p>注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J001-2 絆創膏固定術 500点</p> <p>J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術 500点</p> <p>J001-4 重度褥瘡処置（1日につき）</p> <p>1 100平方センチメートル未満 90点</p> <p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 98点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 150点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方セ</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【新設】</p>	<p>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。 J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの） 60点 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 J001-8 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。 J001-9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（1日につき） 45点 J001-10 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。 J002 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>	<p>(新設)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)	<p>J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)</p> <p>1 100平方センチメートル未満 1,040点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 1,100点</p> <p>注1 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>注2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>J 003-2 局所陰圧閉鎖処置 (入院外) (1日につき)</p> <p>1 100平方センチメートル未満 240点</p> <p>2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 270点</p> <p>3 200平方センチメートル以上 330点</p> <p>注 初回の貼付に限り、1にあつては1,690点を、2にあつては2,650点を、3にあつては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>J 003-3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき) 1,100点</p> <p>J 003-4 多血小板血漿処置 4,190点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 004 流注膿瘍穿刺 190点</p> <p>J 005 脳室穿刺 600点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 006 後頭下穿刺 300点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p>	<p>注 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の追加】		
【新設】		
【新設】		
J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 【点数の見直し】	<p>J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 317点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 007-2 硬膜外自家血注入 800点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>注2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J 008 胸腔穿刺 (洗浄、注入及び排液を含む。) 220点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 009 削除</p> <p>J 010 腹腔穿刺 (人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。) 230点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。</p> <p>J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点</p> <p>J 011 骨髄穿刺</p>	<p>J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 264点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	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。	
	J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 280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。	
	J013 ダグラス窩穿刺 240点	
	J014 乳腺穿刺 200点	
	J015 甲状腺穿刺 150点	
	J016 リンパ節等穿刺 200点	
	J017 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。	
	J017-2 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。	
	J018 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を行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。	
	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C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。	
	J018-2 内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につき） 120点	
	J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出（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を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。	
	注3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	
	J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日） 660点	
	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。	
	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。	
	J019-2 削除	
	J020 胃持続ドレナージ（開始日） 50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。	
	J021 持続的腹腔ドレナージ（開始日） 550点	
	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 摘便 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> <p>J 023 気管支カテーテル薬液注入法 120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又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素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又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。</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又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。</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又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。</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又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。</p> <p>J 026-4 ハイフローセラピー（1日につき）</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前	
J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）	1 15歳未満の患者の場合 282点		
	2 15歳以上の患者の場合 192点		
	J 027 高気圧酸素治療（1日につき）		
	1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点		
	2 その他のもの 3,000点		
	注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。		
	J 028 インキュベーター（1日につき） 120点		
	注 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。		
	J 029 鉄の肺（1日につき） 260点		
	J 029-2 減圧タンク療法 260点		
	J 030 食道ブジー法 120点		
J 031 直腸ブジー法 120点			
J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点			
【注の追加】	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、 <u>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。</u>	(新設)	
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 730点	J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 610点	
	J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点		
	J 034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき） 5,360点		
	J 035 削除		
	J 036 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点		
	注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。		
	J 037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。） 290点		
J 038 人工腎臓（1日につき） 【項目の見直し】	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	1 慢性維持透析を行った場合 1	
	イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,924点	イ 4時間未満の場合 1,980点	
	ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,084点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点	
	ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,219点	ハ 5時間以上の場合 2,275点	
	ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,798点	(新設)	
	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 1,958点	(新設)	
	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,093点	(新設)	
	2 慢性維持透析を行った場合 2	2 慢性維持透析を行った場合 2	
	イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,884点	イ 4時間未満の場合 1,940点	
	ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,044点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点	
	ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,174点	ハ 5時間以上の場合 2,230点	
	ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,758点	(新設)	
	ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 1,918点	(新設)	
	ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,048点	(新設)	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	3 慢性維持透析を行った場合 3	3 慢性維持透析を行った場合 3
	イ 4 時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点	イ 4 時間未満の場合 1,900点
	ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点	ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,055点
	ハ 5 時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,129点	ハ 5 時間以上の場合 2,185点
	ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。) 1,718点	(新設)
	ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (ロを除く。) 1,873点	(新設)
	ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。) 2,003点	(新設)
	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	イ 導入期加算1 300点
	ロ 導入期加算2 500点	ロ 導入期加算2 400点
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。		
注4 カニュレーション料を含むものとする。		
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っては、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。		
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。	← 注射薬	
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。		
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ってはこの限りでない。		
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。		
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。		
注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。		
注12 1及び2については、別に厚生労働大臣		

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>が定める施設基準に適合しているものと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>J 038-2 持続緩徐式血液濾過（1 日につき） 1,990点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5 時以降に開始した場合若しくは午後9 時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1 日につき120点を加算する。</p> <p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。</p> <p>注4 区分番号 J 038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1 月に14回に限り算定する。ただし、区分番号 J 038に掲げる人工腎臓の注8 に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p> <p>J 039 血漿交換療法（1 日につき） 4,200点</p> <p>注 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>J 040 局所灌流（1 日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>注 局所灌流を夜間に開始し、午前0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。</p> <p>J 041 吸着式血液浄化法（1 日につき） 2,000点</p> <p>注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。</p> <p>J 041-2 血球成分除去療法（1 日につき） 2,000点</p> <p>注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0 時以降に終了した場合は、1 日として算定する。</p> <p>J 042 腹膜灌流（1 日につき）</p> <p>1 連続携行式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1 日につき500点を加算する。</p> <p>注2 6 歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目を以降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>	

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>【点数の見直し】</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> <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>J 043-4 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>J 043-5 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>J 043-6 人工臓器療法(1日につき) 3,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、3日を限度として算定する。</p> <p>J 043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入 1,400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 100点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>
<p>J 044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(救急処置)</p> <p>J 044 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>J 044-2 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>J 045 人工呼吸</p> <p>1 30分までの場合 242点</p> <p>2 30分を超えて5時間までの場合 242点</p> <p>3 5時間を超えた場合(1日につき) 819点</p> <p>注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>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>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</p>	<p>J 044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき) 400点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	合に限り算定する。 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。	
	2 その他の場合 1,680点 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。	
	J 046 非開胸的心マッサージ	
	1 30分までの場合 250点	
	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	
	J 047 カウンターショック（1日につき）	
	1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2,500点	
	2 その他の場合 3,500点	
	J 047-2 心腔内除細動 3,500点	
	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	(新設)
	注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u>	
	注2 <u>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。</u>	
	J 048 心膜穿刺 500点 J 049 食道圧迫止血チューブ挿入法 3,240点	
J 050 気管内洗浄（1日につき） 【点数の見直し】	J 050 気管内洗浄（1日につき） 340点 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。 注2 気管内洗浄と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。	J 050 気管内洗浄（1日につき） <u>280点</u>
J 051 胃洗浄 【点数の見直し】	J 051 胃洗浄 300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 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） 1,740点 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。	J 051 胃洗浄 <u>250点</u>
	(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	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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。</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 して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定し ない。</p> <p>J054 皮膚科光線療法（1日につき）</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）</p> <p>1 色素レーザー照射療法 2,170点 注 照射面積が10平方センチメートルを超え た場合は、10平方センチメートル又はその 端数を増すごとに、照射面積拡大加算とし て、所定点数に500点を加算する。ただし、 8,500点の加算を限度とする。</p> <p>2 Qスイッチ付レーザー照射療法</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>J055 いぼ焼灼法</p> <p>1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 260点</p> <p>J055-2 イオントフォレーゼ 220点</p> <p>J055-3 臍肉芽腫切除術 220点</p> <p>J056 いぼ等冷凍凝固法</p> <p>1 3箇所以下 210点 2 4箇所以上 270点</p> <p>J057 軟属腫摘除</p> <p>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</p> <p>J057-2 面皰圧出法 49点</p> <p>J057-3 鶏眼・胼胝処置 170点 注 月2回に限り算定する。</p> <p>J057-4 稗粒腫摘除</p> <p>1 10箇所未満 74点 2 10箇所以上 148点</p>	
	<p>(泌尿器科処置)</p> <p>J058 膀胱穿刺 80点</p> <p>J059 陰嚢水腫穿刺 80点</p> <p>J059-2 血腫、膿腫穿刺 80点</p> <p>J060 膀胱洗浄（1日につき） 60点</p> <p>注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時に行う留置カ テーテル設置及び留置カテーテル設置中の 膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるも のとする。</p> <p>注2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指 導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅 寝たきり患者処置指導管理料を算定してい る患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算 定しない。</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>J 060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき） 60点</p> <p>J 061 腎盂洗浄（片側） 60点</p> <p>J 062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 1,290点</p> <p>注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。</p> <p>J 063 留置カテーテル設置 40点</p> <p>注1 膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。</p> <p>J 064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点</p> <p>注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。</p> <p>J 065 間歇的導尿（1日につき） 150点</p> <p>J 066 尿道拡張法 216点</p> <p>J 066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき） 180点</p> <p>J 067 誘導ブジー法 216点</p> <p>J 068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等） 290点</p> <p>J 069 前立腺液圧出法 50点</p> <p>J 070 前立腺冷温榻 50点</p> <p>J 070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法 50点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者について算定する。</p> <p>J 070-3 冷却痔処置（1日につき） 50点</p> <p>J 070-4 磁気による膀胱等刺激法 70点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	
J 072 膣洗浄（熱性洗浄を含む。） 【点数の見直し】	<p>(産婦人科処置)</p> <p>J 071 羊水穿刺（羊水過多症の場合） 144点</p> <p>J 072 膣洗浄（熱性洗浄を含む。） 56点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p>	J 072 膣洗浄（熱性洗浄を含む。） 47点
J 073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 【点数の見直し】	<p>J 073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 56点</p> <p>J 074 卵管内薬液注入法 60点</p> <p>J 075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法 408点</p> <p>J 076 子宮頸管内への薬物挿入法 45点</p> <p>J 077 子宮出血止血法</p> <p>1 分娩時のもの 624点</p> <p>2 分娩外のもの 45点</p> <p>J 078 子宮腔部薬物焼灼法 100点</p> <p>J 079 子宮腔部焼灼法 180点</p> <p>J 080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法</p> <p>1 ラミナリア 120点</p> <p>2 コルポイリントル 120点</p> <p>3 金属拡張器（ヘガール等） 180点</p> <p>4 メトロイリントル 340点</p> <p>J 081 分娩時鈍性頸管拡張法 456点</p> <p>J 082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）</p>	J 073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。） 47点

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p style="text-align: right;">290点</p> <p>J 082-2 薬物放出子宮内システム処置</p> <p>1 挿入術 240点</p> <p>2 除去術 150点</p> <p>J 083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法 290点</p> <p>J 084 胎盤圧出法 45点</p> <p>J 085 クリステル胎児圧出法 45点</p> <p>J 085-2 人工羊水注入法 720点</p>	
	<p>(眼科処置)</p> <p>J 086 眼処置 25点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>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。</p> <p>J 086-2 義眼処置 25点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 087 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 180点</p> <p>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。</p> <p>J 088 霰粒腫の穿刺 45点</p> <p>J 089 睫毛抜去</p> <p>1 少数の場合 25点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>2 多数の場合 45点</p> <p>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。</p> <p>注2 1日に1回に限り算定する。</p> <p>J 090 結膜異物除去（1眼瞼ごと） 100点</p> <p>J 091 鼻涙管ブジー法 45点</p> <p>J 091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄 45点</p>	
<p>J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 【点数の見直し】</p>	<p>J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） 54点</p> <p>J 093 強膜マッサージ 150点</p> <p>J 094 削除</p>	<p>J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。） <u>45点</u></p>
	<p>(耳鼻咽喉科処置)</p> <p>J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 25点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>注2 点耳又は簡単な耳垢栓除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。</p> <p>J 095-2 鼓室処置（片側） 55点</p> <p>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。</p>	
<p>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。） 【点数の見直し】</p>	<p>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。）</p> <p>1 カテーテルによる耳管通気法（片側）36点</p> <p>2 ポリッツェル球による耳管通気法 24点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p>	<p>1 カテーテルによる耳管通気法（片側）<u>30点</u></p> <p>2 ポリッツェル球による耳管通気法 <u>20点</u></p>
<p>J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 【点数の見直し】</p>	<p>J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 14点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算</p>	<p>J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） <u>12点</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p> <p>J 098 口腔、咽頭処置 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>J 099 間接喉頭鏡下喉頭 処置（喉頭注入を含む。） 【点数の見直し】</p>	<p>定する。</p> <p>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<u>14点</u>とする。</p> <p>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。</p> <p>J 097-2 副鼻腔自然口開大処置 25点</p> <p>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。</p> <p>J 098 口腔、咽頭処置 14点</p> <p>注 1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>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<u>14点</u>とする。</p> <p>J 098-2 扁桃処置 40点</p> <p>J 099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 32点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 100 副鼻腔手術後の処置（片側） 45点</p> <p>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。</p> <p>J 101 鼓室穿刺（片側） 50点</p> <p>J 102 上顎洞穿刺（片側） 60点</p> <p>J 103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。） 180点</p> <p>J 104 唾液腺管洗浄（片側） 60点</p> <p>J 105 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）</p> <p>1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合 55点</p> <p>2 1 以外の場合 25点</p> <p>J 106及び J 107 削除</p> <p>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</p> <p>J 109 鼻咽腔止血法（ペロック止血法） 440点</p> <p>J 110 削除</p> <p>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</p> <p>J 112 唾液腺管ブジー法（片側） 45点</p> <p>J 113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）</p> <p>1 片側 100点</p> <p>2 両側 180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>J 114 ネブライザー 12点</p> <p>注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。</p> <p>J 115 超音波ネブライザー（1日につき） 24点</p> <p>J 115-2 排痰誘発法（1日につき） 44点</p>	<p>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<u>12点</u>とする。</p> <p>J 098 口腔、咽頭処置 12点</p> <p>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<u>12点</u>とする。</p> <p>J 099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） <u>27点</u></p>
<p>J 116 関節穿刺（片側） 【点数の見直し】</p>	<p>（整形外科的処置）</p> <p>J 116 関節穿刺（片側） <u>120点</u></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 116-2 粘（滑）液嚢穿刺注入（片側） 80点</p> <p>J 116-3 ガングリオン穿刺術 80点</p> <p>J 116-4 ガングリオン圧碎法 80点</p> <p>J 116-5 酵素注射療法 2,490点</p> <p>J 117 鋼線等による直達牽引（2日目で降。観</p>	<p>J 116 関節穿刺（片側） <u>100点</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>血的に行った場合の手技料を含む。) (1局所を1日につき) 50点</p> <p>注1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。</p> <p>注2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118 介達牽引 (1日につき) 35点</p> <p>注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-2 矯正固定 (1日につき) 35点</p> <p>注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-3 変形機械矯正術 (1日につき) 35点</p> <p>注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>J 118-4 歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの) (1日につき) 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限り算定する。</p> <p>注2 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算する。</p> <p>J 119 消炎鎮痛等処置 (1日につき)</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>← 第5条</p>
	<p>(栄養処置)</p> <p>J 120 鼻腔栄養 (1日につき) 60点</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<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>J121 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>J122 四肢ギプス包帯</p> <p>1 鼻ギプス 310点</p> <p>2 手指及び手、足(片側) 490点</p> <p>3 半肢(片側) 780点</p> <p>4 内反足矯正ギプス包帯(片側) 1,140点</p> <p>5 上肢、下肢(片側) 1,200点</p> <p>6 体幹から四肢にわたるギプス包帯(片側) 1,840点</p> <p>J123 体幹ギプス包帯 1,500点</p> <p>J124 鎖骨ギプス包帯(片側) 1,250点</p> <p>J125 ギプスベッド 1,400点</p> <p>J126 斜頸矯正ギプス包帯 1,670点</p> <p>J127 先天性股関節脱臼ギプス包帯 2,400点</p> <p>J128 脊椎側弯矯正ギプス包帯 3,440点</p> <p>J129 義肢探型法</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>J129 義肢探型法</p> <p>(削る)</p> <p><u>1</u> 四肢切断の場合(1肢につき) 700点</p> <p>(削る)</p> <p><u>2</u> 股関節、肩関節離断の場合(1肢につき) 1,050点</p> <p>J129-2 練習用仮義足又は仮義手探型法</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>J129-2 練習用仮義足又は仮義手探型法</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>J129-3 治療用器具探寸法(1肢につき)</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>J129-3 治療用器具探寸法(1肢につき) 200点</p> <p>J129-4 治療用器具探型法</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>J129-4 治療用器具探型法</p> <p><u>1</u> 体幹装具 700点</p>	<p>J129 治療器具の探型ギプス</p> <p><u>1</u> 義肢器具探型法(1肢につき) 200点</p> <p><u>2</u> 義肢器具探型法(四肢切断の場合)(1肢につき) 700点</p> <p><u>3</u> 体幹硬性器具探型法 700点</p> <p><u>4</u> 義肢器具探型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) 1,050点</p> <p>J129-2 練習用仮義足又は仮義手</p> <p>1 義肢器具探型法(四肢切断の場合)(1肢につき) 700点</p> <p>2 義肢器具探型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) 1,050点</p> <p>J129-3 義肢器具探寸法(1肢につき) 200点</p> <p>J129-4 治療器具探型法(1肢につき) 700点(新設)</p>

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

第2章 特掲診療料 第10部 手術（改正部分）

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>通則</p> <p>1・2（略）</p> <p>3 第1節に掲げられていない手術であって特殊なものの費用は、第1節に掲げられている手術のうち最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、<u>K031</u>（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K053</u>（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K059</u>の3のイ、<u>K059</u>の4、<u>K133-2</u>、<u>K134-4</u>、<u>K136-2</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>K180</u>の3、<u>K181</u>、<u>K181-2</u>、<u>K181-6</u>の2のロ、<u>K190</u>、<u>K190-2</u>、<u>K190-6</u>、<u>K190-7</u>、<u>K254</u>の1、<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</u>の5、<u>K268</u>の6、<u>K280-2</u>、<u>K281-2</u>、<u>K320-2</u>、<u>K328</u>から<u>K328-3</u>まで、<u>K340-7</u>、<u>K374-2</u>、<u>K394-2</u>、<u>K400</u>の3、<u>K443</u>の3、<u>K444</u>の4、<u>K445-2</u>、<u>K461-2</u>、<u>K462-2</u>、<u>K463-2</u>、<u>K464-2</u>、<u>K474-3</u>の2、<u>K475</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K476</u>（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K476-4</u>、<u>K514</u>の10、<u>K514-4</u>、<u>K514-6</u>、<u>K520</u>の4、<u>K530-3</u>、<u>K546</u>、<u>K548</u>、<u>K549</u>、<u>K554-2</u>、<u>K555-2</u>、<u>K555-3</u>、<u>K559-3</u>、<u>K562-2</u>、<u>K594</u>の4のロ、<u>K595</u>（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、<u>K595-2</u>、<u>K597</u>から<u>K600</u>まで、<u>K602-2</u>、<u>K603</u>から<u>K604-2</u>まで、<u>K605-2</u>、<u>K605-4</u>、<u>K605-5</u>、<u>K615-2</u>、<u>K616-6</u>、<u>K617-5</u>、<u>K627-2</u>の1及び2、<u>K627-3</u>、<u>K627-4</u>、<u>K636-2</u>、<u>K642-3</u>、<u>K643-2</u>、<u>K647-3</u>、<u>K654-4</u>、<u>K656-2</u>、<u>K665</u>の2、<u>K668-2</u>、<u>K677</u>の1、<u>K678</u>、<u>K684-2</u>、<u>K695-2</u>、<u>K697-5</u>、<u>K697-7</u>、<u>K699-2</u>、<u>K700-3</u>、<u>K702-2</u>、<u>K703-2</u>、<u>K709-3</u>、<u>K709-5</u>、<u>K709-6</u>、<u>K716-4</u>、<u>K716-6</u>、<u>K721-4</u>、<u>K730</u>の3、<u>K731</u>の3、<u>K754-3</u>、<u>K768</u>、<u>K769-3</u>、<u>K772-3</u>、<u>K773-3</u>から<u>K773-5</u>まで、<u>K777</u>の1、<u>K780</u>、<u>K780-2</u>、<u>K785-2</u>、<u>K792</u>の1、<u>K800-3</u>、<u>K802-4</u>、<u>K803-2</u>、<u>K803-3</u>、<u>K808</u>の1、<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>K819-2</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K823-5</u>、<u>K825</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K830</u>（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K841-4</u>、<u>K843-2</u>から<u>K843-4</u>まで、<u>K851</u>（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K858</u>の1、<u>K859</u>（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、<u>K865-2</u>、<u>K877</u>（別に厚生労働大臣が定める患</p>	<p>通則</p> <p>1・2（略）</p> <p>← <u>手術の手術料</u></p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K400の3、K443の3、K444の4、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、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、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K559-3、K562-2、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からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K617-5、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K656-2、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、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。）、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、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。）、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。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、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。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、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。）、<u>K910-2</u>及び<u>K910-3</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</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>者に対して行う場合に限る。)、K877-2(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K879-2、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。)<u>並びに</u>K910-2からK910-5まで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行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p>	<p>地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p>
【通則の見直し】	<p>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K695-2、K702、K703、K703-2、<u>K710-2</u>、<u>K719-6</u>、<u>K732-2</u>、<u>K756</u>(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>5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K511、K514、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K695-2、K702、K703、K703-2、<u>K756</u>(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、<u>K764</u>、<u>K765</u>、<u>K779</u>、<u>K779-3</u>、<u>K780</u>、<u>K780-2</u>、<u>K801</u>、<u>K803</u>(6を除く。)、<u>K818</u>から<u>K820</u>まで、<u>K843</u>、<u>K850</u>、<u>K857</u>、<u>K859</u>(1を除く。)、<u>K863-3</u>、<u>K889</u>及び<u>K890-2</u>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4に掲げる手術を除く。))については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>6 区分番号K528、K528-3、K535、<u>K570-4</u>、<u>K583</u>、<u>K586</u>の3、<u>K587</u>、<u>K684</u>、<u>K684-2</u>、<u>K695</u>、<u>K751</u>の3及び4、<u>K751-2</u>、<u>K756</u>並びに<u>K773</u>に掲げる手術(1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。))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 区分番号K528、K528-3、K535、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術(1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。))については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
【通則の見直し】	<p>7 区分番号<u>K002</u>、<u>K138</u>、<u>K142</u>の6、<u>K145</u>、<u>K147</u>、<u>K149</u>、<u>K149-2</u>、<u>K150</u>、<u>K151-2</u>、<u>K154</u>、<u>K154-2</u>、<u>K155</u>、<u>K163</u>から<u>K164-2</u>まで、<u>K166</u>、<u>K169</u>、<u>K172</u>から<u>K174</u>まで、<u>K178</u>、<u>K180</u>、<u>K191</u>、<u>K192</u>、<u>K239</u>、<u>K241</u>、<u>K243</u>、<u>K245</u>、<u>K259</u>、<u>K261</u>、<u>K268</u>、<u>K269</u>、<u>K275</u>から<u>K281</u>まで、<u>K282</u>、<u>K346</u>、<u>K386</u>、<u>K393</u>の1、<u>K397</u>、<u>K398</u>の2、<u>K399</u>、<u>K403</u>、<u>K425</u>から<u>K426-2</u>まで、<u>K501</u>から<u>K501-3</u>まで、<u>K511</u>の3、<u>K513</u>、<u>K519</u>、<u>K522</u>、<u>K528</u>、<u>K528-3</u>、<u>K534-3</u>、<u>K535</u>、<u>K554</u>から<u>K558</u>まで、<u>K562</u>から<u>K587</u>まで、<u>K589</u>から<u>K591</u>まで、<u>K601</u>、<u>K603-2</u>、<u>K610</u>の1、<u>K616-3</u>、<u>K625</u>、<u>K633</u></p>	<p>7 区分番号K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K513、K519、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562から<u>K572</u>まで、<u>K573</u>の2、<u>K574</u>から<u>K587</u>まで、<u>K589</u>から<u>K591</u>まで、<u>K601</u>、<u>K603-2</u>、<u>K610</u>の1、<u>K616-3</u>、<u>K633</u>の4及び5、<u>K634</u>、<u>K635-3</u>、</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>の 4 及び 5、K 634、K 635-3、K 636、<u>K 636-3</u>、<u>K 636-4</u>、<u>K 639</u>、<u>K 644</u>、<u>K 647</u>、<u>K 664</u>、<u>K 666</u>、<u>K 666-2</u>、<u>K 667-2</u>、<u>K 674</u>、<u>K 674-2</u>、<u>K 681</u>、<u>K 684</u>、<u>K 684-2</u>、<u>K 697-5</u>、<u>K 714</u>、<u>K 714-2</u>、<u>K 716</u>の 2、<u>K 716-2</u>、<u>K 717</u>、<u>K 725</u>から<u>K 726-2</u>まで、<u>K 729</u>から<u>K 729-3</u>まで、<u>K 734</u>から<u>K 735</u>まで、<u>K 735-3</u>、<u>K 745</u>、<u>K 751</u>の 1 及び 2、<u>K 751-2</u>、<u>K 756</u>、<u>K 756-2</u>、<u>K 773</u>、<u>K 773-5</u>、<u>K 775</u>、<u>K 804</u>、<u>K 805</u>から<u>K 805-3</u>まで、<u>K 812-2</u>、<u>K 838</u>並びに <u>K 913</u>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 (略)</p> <p>9 区分番号K 293、K 294、K 314、K 343、K 374、<u>K 374-2</u>、<u>K 376</u>、<u>K 394</u>、<u>K 394-2</u>、<u>K 410</u>、<u>K 412</u>、<u>K 415</u>、<u>K 422</u>、<u>K 424</u>、<u>K 425</u>、<u>K 439</u>、<u>K 442</u>の 2 及び 3、<u>K 455</u>、<u>K 458</u>、<u>K 463</u>の 1 及び 3 並びに <u>K 463-2</u>に掲げる手術については、<u>区分番号 K 469</u>に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。</p> <p>10～17 (略)</p> <p>18 <u>区分番号 K 502-5</u>、<u>K 504-2</u>、<u>K 513-2</u>、<u>K 514-2</u>の 2、<u>K 514-2</u>の 3、<u>K 529-2</u>、<u>K 529-3</u>、<u>K 554-2</u>、<u>K 655-2</u>、<u>K 655-5</u>、<u>K 657-2</u>、<u>K 702-2</u>、<u>K 703-2</u>、<u>K 740-2</u>、<u>K 778-2</u>、<u>K 803-2</u>、<u>K 865-2</u>、<u>K 877-2</u>及び <u>K 879-2</u>（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p> <p>19 <u>区分番号 K 475</u>及び <u>K 888</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遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行った場合においても算定できる。</p>	<p>K 636、K 639、K 644、K 664、K 666、K 666-2、K 674、<u>K 674-2</u>、<u>K 684</u>、<u>K 684-2</u>、<u>K 697-5</u>、<u>K 716</u>の 1、<u>K 716-2</u>、<u>K 717</u>、<u>K 726</u>、<u>K 726-2</u>、<u>K 729</u>から<u>K 729-3</u>まで、<u>K 734</u>から<u>K 735</u>まで、<u>K 735-3</u>、<u>K 751</u>の 1 及び 2、<u>K 751-2</u>、<u>K 756</u>、<u>K 756-2</u>、<u>K 775</u>、<u>K 805</u>から<u>K 805-3</u>まで、<u>K 812-2</u>並びに <u>K 913</u>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 (略)</p> <p>9 区分番号K 293、K 294、K 314、K 343、K 374、<u>K 376</u>、<u>K 394</u>、<u>K 410</u>、<u>K 412</u>、<u>K 415</u>、<u>K 422</u>、<u>K 424</u>、<u>K 425</u>、<u>K 439</u>、<u>K 442</u>の 2 及び 3、<u>K 455</u>、<u>K 458</u>、<u>K 463</u>並びに <u>K 463-2</u>に掲げる手術については、<u>区分番号 K 469</u>に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。</p> <p>10～17 (略)</p> <p>18 <u>K 504-2</u>、<u>K 513-2</u>、<u>K 514-2</u>の 3、<u>K 529-2</u>、<u>K 554-2</u>、<u>K 655-2</u>、<u>K 655-5</u>、<u>K 657-2</u>、<u>K 740-2</u>、<u>K 803-2</u>、<u>K 877-2</u>及び <u>K 879-2</u>（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。</p> <p>(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)	(皮膚、皮下組織)	(皮膚、皮下組織)
【点数の見直し】	K 000・K 000-2 (略) K 001 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満 570点 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 990点 3 長径20センチメートル以上 1,770点	K 000・K 000-2 (略) K 001 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満 470点 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 820点 3 長径20センチメートル以上 1,470点
【点数の見直し】	K 002 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 1,260点 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,300点 3 3,000平方センチメートル以上 10,030点	K 002 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 1,020点 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 3,580点 3 3,000平方センチメートル以上 10,030点
【注の見直し】	注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植	注1 熱傷により全身の20パーセント以上に植

項 目	改 正 後	改 正 前
	皮を行う場合又はA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、5回に限り算定する。	皮を行う場合においては、5回に限り算定する。
【新設】	注2～4（略） K003～K007-2（略） K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術 14,290点	注2～4（略） K003～K007-2（略） （新設）
（形成）	K008（略）	K008（略）
【点数の見直し】	（形成） K009 皮膚剥削術 1 25平方センチメートル未満 1,810点 2～4（略）	（形成） K009 皮膚剥削術 1 25平方センチメートル未満 1,490点 2～4（略）
【点数の見直し】	K010～K016（略） K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 1 乳房再建術の場合 89,880点 2 その他の場合 94,460点	K010～K016（略） K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 1 乳房再建術の場合 87,880点 2 その他の場合 92,460点
【点数の見直し】	K018・K019（略） K020 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 131,310点 K021～K022-2（略）	K018・K019（略） K020 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 127,310点 K021～K022-2（略）
第2款 筋骨格系・四肢・体幹	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 区分
（筋膜、筋、腱、腱鞘）	（筋膜、筋、腱、腱鞘）	（筋膜、筋、腱、腱鞘）
【点数の見直し】	K023・K024（略） K025 股関節内転筋切離術 6,370点 K026～K028（略）	K023・K024（略） K025 股関節内転筋切離術 5,290点 K026～K028（略）
【点数の見直し】	K029 筋肉内異物摘出術 3,440点 K030（略）	K029 筋肉内異物摘出術 2,840点 K030（略）
【注の追加】	K031 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 1・2（略） 注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、 処理骨再建加算として、15,000点を所定点数 に加算する。	K031 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術 1・2（略） （新設）
【注の追加】	K032～K036（略） K037 腱縫合術（略） 注 前腕から手根部の2指以上の腱縫合を実施 した場合は、複数縫合加算として1指を追加 することに所定点数の100分の50に相当する 点数を加算する。ただし、加算は1側当たり 3指を超えないものとする。	K032～K036（略） K037 腱縫合術（略） （新設）
（四肢骨）	K037-2～K041（略）	K037-2～K041（略）
【点数の見直し】	（四肢骨） K042～K044（略） K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その 他 1,990点	（四肢骨） K042～K044（略） K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その 他 1,660点
【点数の見直し】	K046～K049（略） K050 腐骨摘出術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 4,100点	K046～K049（略） K050 腐骨摘出術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 3,420点
【注の追加】	K051～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他（略） 注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、 処理骨再建加算として、15,000点を所定点数 に加算する。	K051～K052-3（略） K053 骨悪性腫瘍手術 1・2（略） 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他（略） （新設）

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	K054 骨切り術 1～3 (略) 注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、 <u>9,000点</u> を所定点数に加算する。	K054 骨切り術 1～3 (略) 注 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、 <u>6,000点</u> を所定点数に加算する。
【注の見直し】	K055～K056-2 (略) K057 変形治癒骨折矯正手術 1～3 (略) 注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、 <u>9,000点</u> を所定点数に加算する。	K055～K056-2 (略) K057 変形治癒骨折矯正手術 1～3 (略) 注 上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、 <u>6,000点</u> を所定点数に加算する。
(四肢関節、靭帯)	(四肢関節、靭帯) K060～K060-3 (略)	(四肢関節、靭帯) K060～K060-3 (略)
【点数の見直し】	K061 関節脱臼非観血的整復術 1 肩、股、膝 <u>1,800点</u> 2 胸鎖、肘、手、足 <u>1,560点</u> 3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障 <u>960点</u>	K061 関節脱臼非観血的整復術 1 肩、股、膝 <u>1,500点</u> 2 胸鎖、肘、手、足 <u>1,300点</u> 3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障 <u>800点</u>
【点数の見直し】	K062～K074-2 (略) K075 非観血的関節授動術 1 肩、股、膝 <u>1,590点</u> 2・3 (略)	K062～K074-2 (略) K075 非観血的関節授動術 1 肩、股、膝 <u>1,320点</u> 2・3 (略)
【注の追加】	K076～K079 (略) K079-2 関節鏡下靭帯断裂形成手術 1～4 (略) 注 <u>1</u> について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的両靭帯形成加算として、 <u>5,000点</u> を所定点数に加算する。	K076～K079 (略) K079-2 関節鏡下靭帯断裂形成手術 1～4 (略) (新設)
【新設】	K080～K082-4 (略)	K080～K082-4 (略) (新設)
【新設】	K082-5 人工距骨全置換術 <u>27,210点</u>	(新設)
【点数の見直し】	K082-6 人工股関節摺動面交換術 <u>25,000点</u> K083 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) <u>3,620点</u>	K083 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) <u>3,010点</u>
(四肢切断、離断、再接合)	注 (略) K083-2 (略)	注 (略) K083-2 (略)
【名称の変更】	(四肢切断、離断、再接合) K084 四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足) <u>24,320点</u>	(四肢切断、離断、再接合) K084 四肢切断術
【項目の見直し】	(削除) (削除) K084-2～K088 (略)	1 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足 <u>24,320点</u> 2 指(手、足) <u>3,330点</u> K084-2～K088 (略)
(手、足)	(手、足) K089 爪甲除去術 <u>770点</u> K090 ひょう疽手術 1 軟部組織のもの <u>1,190点</u> 2 (略)	(手、足) K089 爪甲除去術 <u>640点</u> K090 ひょう疽手術 1 軟部組織のもの <u>990点</u> 2 (略)
【点数の見直し】	K090-2～K111 (略)	K090-2～K111 (略)
(脊柱、骨盤)	(脊柱、骨盤) K112～K133 (略)	(脊柱、骨盤) K112～K133 (略)
【点数の見直し】	K133-2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの) <u>78,500点</u> K134・K134-2 (略)	K133-2 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの) <u>69,000点</u> K134・K134-2 (略)
【新設】	K134-3 人工椎間板置換術(頸椎) <u>36,780点</u> 注 <u>2</u> の椎間板の置換を行う場合には、 <u>2</u> 椎間	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 K134-4 椎間板内酵素注入療法 5,350点 K135～K143 (略) K144 体外式脊椎固定術 (略) (削る)	(新設) K135～K143 (略) ← 注 固定に伴って使用した保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
第3款 神経系・頭蓋	第3款 神経系・頭蓋 通則 (略) 区分 (頭蓋、脳) 【点数の見直し】 K145 穿頭脳室ドレナージ術 2,330点 K146・K147 (略) 【新設】 K147-2 頭蓋内モニタリング装置挿入術 6,310点 K148～K154-3 (略) 【新設】 K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術 105,000点 K155～K168 (略) K169 頭蓋内腫瘍摘出術 1・2 (略) 注1 (略) 注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラボルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、18,000点を所定点数に加算する。 K170 (略) 【点数の見直し】 K171 経鼻の下垂体腫瘍摘出術 87,200点 【点数の見直し】 K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 1 下垂体腫瘍 110,970点 2 頭蓋底脳腫瘍 (下垂体腫瘍を除く) 126,120点 【項目の見直し】 K172 脳動静脈奇形摘出術 1 単純なもの 141,830点 2 複雑なもの 179,830点 K173～K180 (略) K181 脳刺激装置植込術 1・2 (略) K181-2～K181-5 (略) 【新設】 K181-6 頭蓋内電極植込術 1 硬膜下電極によるもの 65,100点 2 脳深部電極によるもの イ 7本未満の電極による場合 71,350点 ロ 7本以上の電極による場合 96,850点 (脊髄、末梢神経、交感神経)	第3款 神経系・頭蓋 通則 (略) 区分 (頭蓋、脳) K145 穿頭脳室ドレナージ術 1,940点 K146・K147 (略) (新設) K148～K154-3 (略) (新設) K155～K168 (略) K169 頭蓋内腫瘍摘出術 1・2 (略) 注1 (略) 注2 原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラボルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、12,000点を所定点数に加算する。 K170 (略) K171 経鼻の下垂体腫瘍摘出術 83,700点 K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 1 下垂体腫瘍 108,470点 2 頭蓋底脳腫瘍 (下垂体腫瘍を除く) 123,620点 K172 脳動静脈奇形摘出術 149,830点 (新設) (新設) K173～K180 (略) ← 脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む)。 K181-2～K181-5 (略) (新設)
【新設】	(脊髄、末梢神経、交感神経) 【点数の見直し】 K182～K190-4 (略) K190-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填 780点 注 (略) K190-6～K198 (略)	(脊髄、末梢神経、交感神経) K182～K190-4 (略) K190-5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填 650点 注 (略) K190-6～K198 (略)
第4款 眼	第4款 眼 区分 (涙道)	第4款 眼 区分 (涙道)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	K 199 涙点、涙小管形成術 660点	K 199 涙点、涙小管形成術 550点
【点数の見直し】	K 200 涙嚢切開術 830点	K 200 涙嚢切開術 690点
【点数の見直し】	K 200-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術 760点	K 200-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術 630点
	K 201～K 206 (略)	K 201～K 206 (略)
(眼瞼)	(眼瞼)	(眼瞼)
	K 207・K 208 (略)	K 207・K 208 (略)
【点数の見直し】	K 209 眼瞼膿瘍切開術 570点	K 209 眼瞼膿瘍切開術 470点
【点数の見直し】	K 209-2 外眥切開術 570点	K 209-2 外眥切開術 470点
	K 210～K 212 (略)	K 210～K 212 (略)
【点数の見直し】	K 213 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術 440点	K 213 マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術 360点
【点数の見直し】	K 214 霰粒腫摘出術 700点	K 214 霰粒腫摘出術 580点
【点数の見直し】	K 215 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出) 1,730点	K 215 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出) 1,440点
	K 215-2・K 216 (略)	K 215-2・K 216 (略)
【点数の見直し】	K 217 眼瞼内反症手術	K 217 眼瞼内反症手術
	1 縫合法 1,990点	1 縫合法 1,660点
	2 皮膚切開法 2,590点	2 皮膚切開法 2,160点
	K 218・K 219 (略)	K 218・K 219 (略)
(結膜)	(結膜)	(結膜)
	K 220 (略)	K 220 (略)
	K 221 結膜結石除去術	K 221 結膜結石除去術
	1 (略)	1 (略)
【項目の見直し】	2 多数のもの(1眼瞼ごと) (略)	2 多数のもの (略)
【点数の見直し】	K 222 結膜下異物除去術 470点	K 222 結膜下異物除去術 390点
	K 223～K 225-3 (略)	K 223～K 225-3 (略)
	(眼窩、涙腺)	(眼窩、涙腺)
	K 226～K 237 (略)	K 226～K 237 (略)
	(眼球、眼筋)	(眼球、眼筋)
	K 238～K 245 (略)	K 238～K 245 (略)
(角膜、強膜)	(角膜、強膜)	(角膜、強膜)
【点数の見直し】	K 246 角膜・強膜縫合術 3,580点	K 246 角膜・強膜縫合術 2,980点
	K 247～K 248-2 (略)	K 247～K 248-2 (略)
【点数の見直し】	K 249 角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術 1,190点	K 249 角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術 990点
	K 250～K 258 (略)	K 250～K 258 (略)
【点数の見直し】	K 259 角膜移植術 52,600点	K 259 角膜移植術 54,800点
	注1 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。	注 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。
【注の追加】	注2 内皮移植による角膜移植を実施した場合は、内皮移植加算として、8,000点を所定点数に加算する。	(新設)
	K 260～K 262 (略)	K 260～K 262 (略)
	(ぶどう膜)	(ぶどう膜)
	K 263及びK 264～K 273 (略)	K 263及びK 264～K 273 (略)
	(眼房、網膜)	(眼房、網膜)
	K 274～K 277-2 (略)	K 274～K 277-2 (略)
(水晶体、硝子体)	(水晶体、硝子体)	(水晶体、硝子体)
【点数の見直し】	K 278 硝子体注入・吸引術 2,280点	K 278 硝子体注入・吸引術 1,900点
	K 279～K 281-2 (略)	K 279～K 281-2 (略)
	K 282 水晶体再建術	K 282 水晶体再建術
	1～3 (略)	1～3 (略)
【注の追加】	注1 (略)	注 (略)
	注2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、150点を所定点数に加算する。	(新設)
	K 282-2～K 284 (略)	K 282-2～K 284 (略)
第5款 耳鼻咽喉	第5款 耳鼻咽喉	第5款 耳鼻咽喉

項 目	改 正 後	改 正 前
	区分	区分
(外耳)	(外耳)	(外耳)
【点数の見直し】	K285 耳介血腫開窓術 460点	K285 耳介血腫開窓術 380点
【点数の見直し】	K286 外耳道異物除去術	K286 外耳道異物除去術
	1 単純なもの 260点	1 単純なもの 220点
	2 複雑なもの 850点	2 複雑なもの 710点
【点数の見直し】	K287・K288 (略)	K287・K288 (略)
【点数の見直し】	K289 耳茸摘出術 1,000点	K289 耳茸摘出術 830点
	K290～K291 (略)	K290～K291 (略)
【点数の見直し】	K292 外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。) 7,600点	K292 外耳道腫瘍摘出術 (外耳道真珠腫手術を含む。) 6,330点
	K293～K299 (略)	K293～K299 (略)
(中耳)	(中耳)	(中耳)
【点数の見直し】	K300 鼓膜切開術 830点	K300 鼓膜切開術 690点
	K301～K310 (略)	K301～K310 (略)
【点数の見直し】	K311 鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき) 1,900点	K311 鼓膜穿孔閉鎖術 (一連につき) 1,580点
	K312～K320-2 (略)	K312～K320-2 (略)
	(内耳)	(内耳)
	K321～K328-3 (略)	K321～K328-3 (略)
(鼻)	(鼻)	(鼻)
	K329・K330 (略)	K329・K330 (略)
【点数の見直し】	K331 鼻腔粘膜焼灼術 1,080点	K331 鼻腔粘膜焼灼術 900点
【点数の見直し】	K331-2 下甲介粘膜焼灼術 1,080点	K331-2 下甲介粘膜焼灼術 900点
	K331-3～K333-2 (略)	K331-3～K333-2 (略)
【点数の見直し】	K333-3 鼻骨骨折徒手整復術 1,970点	K333-3 鼻骨骨折徒手整復術 1,640点
	K334・K334-2 (略)	K334～K334-2 (略)
【点数の見直し】	K335 鼻中隔骨折観血の手術 3,940点	K335 鼻中隔骨折観血の手術 3,280点
	K335-2～K337 (略)	K335-2～K337 (略)
【点数の見直し】	K338 鼻甲介切除術	K338 鼻甲介切除術
	1 高周波電気凝固法によるもの 1,080点	1 高周波電気凝固法によるもの 900点
	2 その他のもの 3,320点	2 その他のもの 2,770点
	K338-2 (略)	K338-2 (略)
【点数の見直し】	K339 粘膜下鼻甲介骨切除術 4,260点	K339 粘膜下鼻甲介骨切除術 3,550点
【点数の見直し】	K340 鼻茸摘出術 1,310点	K340 鼻茸摘出術 1,090点
	K340-2～K347-3 (略)	K340-2～K347-3 (略)
【点数の見直し】	K347-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型 (粘膜手術) 2,440点	K347-4 内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型 (粘膜手術) 2,030点
【点数の見直し】	K347-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型 (下鼻甲介手術) 7,940点	K347-5 内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型 (下鼻甲介手術) 6,620点
	K347-6・K347-7 (略)	K347-6・K347-7 (略)
	(副鼻腔)	(副鼻腔)
	K348及びK349～K366 (略)	K348及びK349～K366 (略)
(咽頭、扁桃)	(咽頭、扁桃)	(咽頭、扁桃)
	K367・K368 (略)	K367・K368 (略)
【点数の見直し】	K369 咽頭異物摘出術	K369 咽頭異物摘出術
	1 簡単なもの 500点	1 簡単なもの 420点
	2 (略)	2 (略)
	K370～K374 (略)	K370～K374 (略)
【新設】	K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) 38,740点	(新設)
	K375～K376 (略)	K375～K376 (略)
	K377 口蓋扁桃手術	K377 口蓋扁桃手術
【点数の見直し】	1 切除 1,720点	1 切除 1,430点
	2 (略)	2 (略)
	K378～K382-2 (略)	K378～K382-2 (略)
(喉頭、気管)	(喉頭、気管)	(喉頭、気管)
	K383～K385 (略)	K383～K385 (略)
【点数の見直し】	K386 気管切開術 3,080点	K386 気管切開術 2,570点
【新設】	K386-2 輪状甲状靱帯切開術 1,970点	(新設)
	K387～K394 (略)	K387～K394 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	(新設)
	1 切除 42,200点	
	2 全摘 67,200点	
【点数の見直し】	K395 (略)	K395 (略)
	K396 気管切開孔閉鎖術 1,250点	K396 気管切開孔閉鎖術 1,040点
	K396-2～K403-2 (略)	K396-2～K403-2 (略)
第6款 顔面・口腔・頸部	第6款 顔面・口腔・頸部	第6款 顔面・口腔・頸部
	区分	区分
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)
	K404 抜歯手術 (1歯につき)	K404 抜歯手術 (1歯につき)
	1～3 (略)	1～3 (略)
【点数の見直し】	4 埋伏歯 1,054点	4 埋伏歯 1,050点
	注1・2 (略)	注1・2 (略)
【注の見直し】	注3 4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点を所定点数に加算する。	注3 4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、100点を所定点数に加算する。
	注4 (略)	注4 (略)
	K405～K407-2 (略)	K405～K407-2 (略)
	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)
	K408～K420 (略)	K408～K420 (略)
	(顔面)	(顔面)
(顔面骨、顎関節)	K421～K426-2 (略)	K421～K426-2 (略)
	(顔面骨、顎関節)	(顔面骨、顎関節)
	K427～K438 (略)	K427～K438 (略)
【項目の見直し】	K439 下顎骨悪性腫瘍手術	K439 下顎骨悪性腫瘍手術
	1 (略)	1 (略)
	2 切断(おとがい部を含むもの) 79,270点	(新設)
	3 切断(その他のもの) (略)	2 切断 (略)
	K440～K445 (略)	K440～K445 (略)
【新設】	K445-2 顎関節人工関節全置換術 59,260点	(新設)
	K446 顎関節授動術	K446 顎関節授動術
【項目の見直し】	1 徒手授動術	1 徒手授動術
	イ 単独の場合 440点	(新設)
	ロ・ハ (略)	イ・ロ (略)
	2・3 (略)	2・3 (略)
	K447 (略)	K447 (略)
	(唾液腺)	(唾液腺)
(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	K448～K460 (略)	K448～K460 (略)
	(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))
	K461～K462-2 (略)	K461～K462-2 (略)
【項目の見直し】	K463 甲状腺悪性腫瘍手術	K463 甲状腺悪性腫瘍手術
	1 切除(頸部外側区域郭清を伴わないもの) (略)	1 切除 (略)
	2 切除(頸部外側区域郭清を伴うもの) 26,180点	(新設)
	3 全摘及び亜全摘(頸部外側区域郭清を伴わないもの) (略)	2 全摘及び亜全摘 (略)
	4 全摘及び亜全摘(片側頸部外側区域郭清を伴うもの) 35,790点	(新設)
	5 全摘及び亜全摘(両側頸部外側区域郭清を伴うもの) 36,790点	(新設)
	K463-2～K465 (略)	K463-2～K465 (略)
	(その他の頸部)	(その他の頸部)
	K466～K471 (略)	K466～K471 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
第7款 胸部	第7款 胸部	第7款 胸部
(乳腺)	区分	区分
【点数の見直し】	(乳腺) K472 乳腺膿瘍切開術 980点 K473 (略) K474 乳腺腫瘍摘出術	(乳腺) K472 乳腺膿瘍切開術 820点 K473 (略) K474 乳腺腫瘍摘出術
【点数の見直し】	1 長径5センチメートル未満 3,190点 2 (略) K474-2～K475 (略)	1 長径5センチメートル未満 2,660点 2 (略) K474-2～K475 (略)
【点数の見直し】	K475-2 乳癌冷凍凝固摘出術 8,690点 K476 乳腺悪性腫瘍手術 1～7 (略) 8 乳輪温存乳房切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの) (略) 9 乳輪温存乳房切除術 (腋窩部郭清を伴うもの) (略) K476-2～K476-4 (略)	K475-2 乳癌冷凍凝固摘出術 7,240点 ← 腋窩郭清 ← 腋窩郭清 K476-2～K476-4 (略)
(胸壁)	(胸壁)	(胸壁)
【項目の見直し】	K477～K486 (略) K487 漏斗胸手術 1～3 (略) 4 胸骨拳上用固定具抜去術 5,680点	K477～K486 (略) K487 漏斗胸手術 1～3 (略) (新設)
(胸腔、胸膜)	(胸腔、胸膜)	(胸腔、胸膜)
【新設】	K488～K496-4 (略) K496-5 経皮的膿胸ドレナージ術 5,400点 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K497～K501-3 (略)	K488～K496-4 (略) (新設) K497～K501-3 (略)
(縦隔)	(縦隔)	(縦隔)
【点数の見直し】	K502～K502-3 (略) K502-4 拡大胸腺摘出術 36,000点 注 (略) K502-5～K504-2 (略)	K502～K502-3 (略) K502-4 拡大胸腺摘出術 33,870点 注 (略) K502-5～K504-2 (略)
(気管支、肺)	(気管支、肺)	(気管支、肺)
【点数の見直し】	K505及びK506～K508 (略) K508-2 気管・気管支ステント留置術 1 硬性鏡によるもの 11,400点 2 (略) K508-3～K512 (略)	K505及びK506～K508 (略) K508-2 気管・気管支ステント留置術 1 硬性鏡によるもの 9,400点 2 (略) K508-3～K512 (略)
【項目の見直し】	K513 胸腔鏡下肺切除術 1 (略) 2 部分切除 45,300点 3 区域切除 72,600点 4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの 81,000点 K513-2～K514-3 (略) K514-4 同種死体肺移植術 (略) 注1 (略)	K513 胸腔鏡下肺切除術 1 (略) 2 その他のもの 58,950点 (新設) (新設) K513-2～K514-3 (略) K514-4 同種死体肺移植術 (略) 注1 (略) (新設)
【注の追加】	注2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	注2 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注3 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。	注2 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。
【注の追加】	K514-5 (略) K514-6 生体部分肺移植術 (略) 注1・2 (略) 注3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定	K514-5 (略) K514-6 生体部分肺移植術 (略) 注1・2 (略) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	点数に加算する。 注4 両側肺を移植した場合は、 <u>両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。</u>	注3 両側肺を移植した場合は、45,000点を所定点数に加算する。
(食道)	K515～K519 (略)	K515～K519 (略)
【注の見直し】	(食道) K520～K523 (略) K523-2 硬性内視鏡下食道異物摘出術 (略) 注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K369に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及び区分番号K653-3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。	(食道) K520～K523 (略) K523-2 硬性内視鏡下食道異物摘出術 (略) 注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K369に掲げる咽頭異物摘出術(2に限る。)及びK653-3に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。
【点数の見直し】	K524～K526-3 (略) K526-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法 <u>22,100点</u>	K524～K526-3 (略) K526-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法 <u>14,510点</u>
【新設】	K527 (略) K527-2 食道切除術 (単に切除のみのもの) <u>46,100点</u>	K527 (略) (新設)
【点数の見直し】	K528～K529 (略) K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの <u>133,240点</u> 2 胸部、腹部の操作によるもの <u>109,190点</u> 注 (略)	K528～K529 (略) K529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの <u>125,240点</u> 2 胸部、腹部の操作によるもの <u>104,190点</u> 注 (略)
(横隔膜)	K529-3～K533-2 (略)	K529-3～K533-2 (略)
【新設】	(横隔膜) K534～K534-3 (略) K534-4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術 <u>42,180点</u> K535～K537-2 (略)	K534～K534-3 (略) (新設) K535～K537-2 (略)
第8款 心・脈管	第8款 心・脈管 区分	第8款 心・脈管 区分
(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)	(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)
【点数の見直し】	K538～K545 (略) K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞に対するもの <u>36,000点</u> 2・3 (略) 注 (略)	K538～K545 (略) K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞に対するもの <u>32,000点</u> 2・3 (略) 注 (略)
【点数の見直し】	K547～K555 (略) K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術 1 (略) 2 経皮的動脈弁置換術 <u>39,060点</u> 注 (略)	K547～K555 (略) K555-2 経カテーテル大動脈弁置換術 1 (略) 2 経皮的動脈弁置換術 <u>37,560点</u> 注 (略)
【新設】	K555-3～K570-2 (略) K570-3 経皮的肺動脈形成術 (略) 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。 K570-4 経皮的肺動脈穿通・拡大術 <u>35,080点</u> 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)
【新設】	K571～K574-2 (略) K574-3 経皮的卵円孔開存閉鎖術 <u>31,850点</u> 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K571～K574-2 (略) (新設)
【項目の見直し】	K575～K593 (略) K594 不整脈手術 1～3 (略) 4 左心耳閉鎖術 イ 開胸手術によるもの <u>37,800点</u>	K575～K593 (略) K594 不整脈手術 1～3 (略) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
	口 経カテーテル的手術によるもの 34,930点	
【注の追加】	注1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。	(新設)
	注2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	← (新設)
【項目の見直し】	K594-2～K597-4 (略) K598 両心室ペースメーカー移植術	K594-2～K597-4 (略) K598 両心室ペースメーカー移植術 31,510点
【項目の見直し】	1 心筋電極の場合 31,510点 2 経静脈電極の場合 31,510点	(新設) (新設)
【項目の見直し】	K598-2 両心室ペースメーカー交換術	K598-2 両心室ペースメーカー交換術 5,000点
【項目の見直し】	1 心筋電極の場合 5,000点 2 経静脈電極の場合 5,000点	(新設) (新設)
【項目の見直し】	K599 植込型除細動器移植術	K599 植込型除細動器移植術
【項目の見直し】	1 心筋リードを用いるもの 31,510点 2・3 (略)	(新設) 1・2 (略)
【項目の見直し】	K599-2 植込型除細動器交換術	K599-2 植込型除細動器交換術 7,200点
【項目の見直し】	1 心筋リードを用いるもの 7,200点 2 その他のもの 7,200点	(新設) (新設)
【項目の見直し】	K599-3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	K599-3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 35,200点
【項目の見直し】	1 心筋電極の場合 35,200点 2 経静脈電極の場合 35,200点 注 (略)	(新設) (新設) 注 (略)
【項目の見直し】	K599-4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	K599-4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 7,200点
	1 心筋電極の場合 7,200点 2 経静脈電極の場合 7,200点 注 (略)	(新設) (新設) 注 (略)
【点数の見直し】	K599-5～K604 (略) K604-2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 1～3 (略)	K599-5～K604 (略) K604-2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 1～3 (略)
【注の追加】	4 91日目以降 (1日につき) 1,800点 K605 (略) K605-2 同種心移植術 (略) 注1 (略) 注2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	4 91日目以降 (1日につき) 1,500点 K605 (略) K605-2 同種心移植術 (略) 注 (略) (新設)
【注の追加】	K605-3 (略) K605-4 同種心肺移植術 (略) 注1 (略) 注2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	K605-3 (略) K605-4 同種心肺移植術 (略) 注 (略) (新設)
(動脈)	K605-5 (略)	K605-5 (略)
【点数の見直し】	(動脈) K606 (略) K607 血管結紮術 1 (略) 2 その他のもの 4,500点	(動脈) K606 (略) K607 血管結紮術 1 (略) 2 その他のもの 3,750点
【点数の見直し】	K607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 3,760点 K607-3・K608 (略) K608-2 削除 K608-3～K610-2 (略) K610-3 削除	K607-2 血管縫合術 (簡単なもの) 3,130点 K607-3・K608 (略) K608-2 外シャント血栓除去術 1,680点 K608-3～K610-2 (略) K610-3 内シャント又は外シャント設置術 18,080点
【項目の見直し】	K610-4～K611 (略) K612 末梢動静脈瘻造設術 1 内シャント造設術	K610-4～K611 (略) K612 末梢動静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの 21,300点

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	イ 単純なもの 12,080点	(新設)
	ロ 静脈転位を伴うもの 15,300点	(新設)
	2 (略)	2 (略)
	K613～K616-3 (略)	K613～K616-3 (略)
	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点
	1 初回 12,000点	(新設)
	2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点	(新設)
	注 (略)	注 (略)
	K616-5 (略)	K616-5 (略)
	K616-6 経皮的下肢動脈形成術 24,270点	(新設)
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】		
(静脈)		
【点数の見直し】	K617 (略)	K617 (略)
K617-2 大伏在静脈抜去術 10,200点	K617-2 大伏在静脈抜去術 11,020点	
K617-3 (略)	K617-3 (略)	
【点数の見直し】	K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 10,200点	K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 14,360点
注 (略)	注 (略)	
K617-5 (略)	K617-5 (略)	
【新設】	K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 14,360点	(新設)
K618～K623-2 (略)	K618～K623-2 (略)	
(リンパ管、リンパ節)		
【名称の見直し】	(リンパ管、リンパ節)	(リンパ管、リンパ節)
K624～K627 (略)	K624～K627 (略)	
【項目の見直し】	K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術	K627-2 腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 41,090点
1 後腹膜 40,670点	(新設)	
2 傍大動脈 35,500点	(新設)	
3 骨盤 41,090点	(新設)	
【注の追加】	注 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。	(新設)
K627-3～K628 (略)	K627-3～K628 (略)	
第9款 腹部	第9款 腹部	第9款 腹部
(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)	区分 (腹壁、ヘルニア) K629～K634 (略)	区分 (腹壁、ヘルニア) K629～K634 (略)
【点数の見直し】	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K635～K635-3 (略)	(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜) K635～K635-3 (略)
【点数の見直し】	K636 試験開腹術 6,660点	K636 試験開腹術 5,550点
(胃、十二指腸)	K636-2 ダメージコントロール手術 12,340点	K636-2 ダメージコントロール手術 11,240点
【項目の見直し】	K636-3～K645 (略)	K636-3～K645 (略)
K646～K652 (略)	(胃、十二指腸) K646～K652 (略)	(胃、十二指腸) K646～K652 (略)
K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1 (略)	1 (略)	
2 早期悪性腫瘍胃粘膜下層剝離術 (略)	← 早期悪性腫瘍粘膜下層剝離術 (新設)	
3 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剝離術 21,370点		
4・5 (略)	3・4 (略)	
K653-2～K654-2 (略)	K653-2～K654-2 (略)	
K654-3 腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3 腹腔鏡下胃局所切除術	
【点数の見直し】	1 内視鏡処置を併施するもの 28,500点	1 内視鏡処置を併施するもの 26,500点
2 (略)	2 (略)	
【新設】	K654-4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術 (内視鏡)	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
(胆嚢、胆道)	<u>処置を併施するもの</u> 30,000点 K 655～668-2 (略)	K 655～668-2 (略)
【項目の見直し】	(胆嚢、胆道) K 669～K 676 (略) K 677 胆管悪性腫瘍手術 1 (略) 2 臍頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 104,800点 3 (略)	(胆嚢、胆道) K 669～K 676 (略) K 677 胆管悪性腫瘍手術 1 (略) (新設) 2 (略)
【注の見直し】	K 677-2～K 684-2 (略) K 685 内視鏡的胆道結石除去術 1・2 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定 点数に加算する。	K 677-2～K 684-2 (略) K 685 内視鏡的胆道結石除去術 1・2 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 3,500点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	K 686 内視鏡的胆道拡張術 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定 点数に加算する。	K 686 内視鏡的胆道拡張術 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 3,500点を所定点数に加算する。
【項目の見直し】	K 687 内視鏡的乳頭切開術 1・2 (略) 3 胆道鏡下結石破碎術を伴うもの 31,700点	K 687 内視鏡的乳頭切開術 1・2 (略) (新設)
【注の見直し】	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定 点数に加算する。	注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 3,500点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	K 688 内視鏡的胆道ステント留置術 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定 点数に加算する。	K 688 内視鏡的胆道ステント留置術 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、 3,500点を所定点数に加算する。
(肝)	K 689・K 689-2 (略)	K 689・K 689-2 (略)
【点数の見直し】	(肝) K 690 肝縫合術 19,140点 K 691～K 694 (略) K 695 肝切除術	(肝) K 690 肝縫合術 17,400点 K 691～K 694 (略) K 695 肝切除術
【項目の見直し】	1 部分切除 イ 単回の切除によるもの 38,040点 ロ 複数回の切除を要するもの 43,340点 2～7 (略)	1 部分切除 39,040点 (新設) (新設) 2～7 (略)
【項目の見直し】	注 (略) K 695-2 腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの 58,680点 ロ 複数回の切除を要するもの 63,680点 2～6 (略)	注 (略) K 695-2 腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 59,680点 (新設) (新設) 2～6 (略)
【注の追加】	K 696～K 697-2 (略) K 697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連と して) 1・2 (略) 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 696～K 697-2 (略) K 697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連と して) 1・2 (略) (新設)
【注の追加】	K 697-4 (略) K 697-5 生体部分肝移植術 (略) 注 1～2 (略) 注 3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定 点数に加算する。	K 697-4 (略) K 697-5 生体部分肝移植術 (略) 注 1～2 (略) (新設)
【注の追加】	K 697-6 (略) K 697-7 同種死体肝移植術 (略) 注 1 (略) 注 2 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定 点数に加算する。	K 697-6 (略) K 697-7 同種死体肝移植術 (略) 注 (略) (新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
(脾)	(脾) K 698～K 700-3 (略)	(脾) K 698～K 700-3 (略)
【点数の見直し】	K 701 脾破裂縫合術 24,280点	K 701 脾破裂縫合術 22,080点
	K 702・K 702-2 (略)	K 702・K 702-2 (略)
【点数の見直し】	K 703 脾頭部腫瘍切除術	K 703 脾頭部腫瘍切除術
	1 脾頭十二指腸切除術の場合 81,620点	1 脾頭十二指腸切除術の場合 78,620点
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合 86,810点	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合 83,810点
	3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 86,810点	3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合 83,810点
	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 131,230点	4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合 128,230点
【名称の見直し】	K 703-2 腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術	K 703-2 腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術
【項目の見直し】	1 脾頭十二指腸切除術の場合 158,450点	(新設)
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合 173,640点	(新設)
【名称の見直し】	K 704 (略)	K 704 (略)
【項目の見直し】	K 705 脾嚢胞胃(腸)バイパス術	K 705 脾嚢胞胃(腸)吻合術 31,310点
	1 内視鏡によるもの 13,820点	(新設)
	2 開腹によるもの 31,310点	(新設)
	K 706～K 709-2 (略)	K 706～K 709-2 (略)
【注の見直し】	K 709-3 同種死体脾移植術 (略)	K 709-3 同種死体脾移植術 (略)
	注1 臓器の移植に関する法律(平成9年法律第104号)第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾を除く死体脾を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	注 脾移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。(新設)
	注2 脾移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	注3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	K 709-4 (略)	K 709-4 (略)
	K 709-5 同種死体脾腎移植術 (略)	K 709-5 同種死体脾腎移植術 (略)
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾腎を除く死体脾腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	注 脾腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。(新設)
	注2 脾腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	注3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
【新設】	K 709-6 同種死体脾島移植術 56,490点	(新設)
	注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された脾島を除く死体脾島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。	
	注2 脾島移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	注3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
	注4 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
(脾)	(脾)	(脾)
【点数の見直し】	K 710 脾縫合術(部分切除を含む) 26,810点	K 710 脾縫合術(部分切除を含む) 24,410点
【新設】	K 710-2 腹腔鏡下脾固定術 30,070点	(新設)
【点数の見直し】	K 711 脾摘出術 34,130点	K 711 脾摘出術 31,030点

項 目	改 正 後	改 正 前
(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	K711-2 (略)	K711-2 (略)
【点数の見直し】	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸) K712 破裂腸管縫合術 11,400点	(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸) K712 破裂腸管縫合術 10,400点
【項目の見直し】	K713~K715-2 (略) K716 小腸切除術 1 複雑なもの 34,150点 2 その他のもの 15,940点	K713~K715-2 (略) K716 小腸切除術 1 悪性腫瘍手術以外の切除術 15,940点 2 悪性腫瘍手術 34,150点
【項目の見直し】	K716-2 腹腔鏡下小腸切除術 1 複雑なもの 37,380点 2 その他のもの 31,370点	K716-2 腹腔鏡下小腸切除術 1 悪性腫瘍手術以外の切除術 31,370点 2 悪性腫瘍手術 37,380点
【注の追加】	K716-3 (略) K716-4 生体部分小腸移植術 (略) 注1~2 (略) 注3 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	K716-3 (略) K716-4 生体部分小腸移植術 (略) 注 1~2 (略) (新設)
【注の追加】	K716-5 (略) K716-6 同種死体小腸移植術 (略) 注1 (略) 注2 抗H L A抗体検査を行う場合には、抗H L A抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。	K716-5 (略) K716-6 同種死体小腸移植術 (略) 注 (略) (新設)
【注の追加】	K717~K718-2 (略) K719 結腸切除術 1~3 (略) 注 人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。	K717~K718-2 (略) K719 結腸切除術 1~3 (略) (新設)
【注の追加】	K719-2 腹腔鏡下結腸切除術 1・2 (略) 注 人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。	K719-2 腹腔鏡下結腸切除術 1・2 (略) (新設)
【新設】	K719-3~K719-5 (略) K719-6 腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術 75,690点	K719-3~K719-5 (略) (新設)
【注の追加】	K720~K721-4 (略) K722 小腸結腸内視鏡的止血術 (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	K720~K721-4 (略) K722 小腸結腸内視鏡的止血術 (略) (新設)
【点数の見直し】	K723・K724 (略) K725 腸瘻、虫垂瘻造設術 8,830点 K725-2~K731 (略) K732 人工肛門閉鎖術	K723・K724 (略) K725 腸瘻、虫垂瘻造設術 7,360点 K725-2~K731 (略) K732 人工肛門閉鎖術
【項目の見直し】	1 (略) 2 腸管切除を伴うもの イ 直腸切除術後のもの 34,280点 ロ その他のもの 28,210点	1 (略) 2 腸管切除を伴うもの 28,210点 (新設) (新設)
【新設】	K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。) 40,450点	(新設)
【注の見直し】	K733~K735 (略) K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの) (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	K733~K735 (略) K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの) (略) 注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、3,500点を所定点数に加算する。
(直腸)	K735-3~736 (略)	K735-3~736 (略)
【項目の見直し】	(直腸) K737~739-3 (略) K740 直腸切除・切断術 1 (略)	(直腸) K737~739-3 (略) K740 直腸切除・切断術 1 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
	2 低位前方切除術 71,300点 3 超低位前方切除術 73,840点 4 経肛門吻合を伴う切除術 82,840点 5 切断術 (略) 注 (略) K740-2～K742-2 (略)	2 低位前方切除術 66,300点 3 超低位前方切除術 (経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの) 69,840点 (新設) 4 切断術 (略) 注 (略) K740-2～K742-2 (略)
(肛門、その周辺)	(肛門、その周辺)	(肛門、その周辺)
【点数の見直し】	K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 1 硬化療法 1,660点 2～6 (略) K743-2～K746-2 (略)	K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 1 硬化療法 1,380点 2～6 (略) K743-2～K746-2 (略)
【点数の見直し】	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 1,250点 K748～K753 (略)	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 1,040点 K748～K753 (略)
第10款 泌尿系・副腎	第10款 泌尿系・副腎 区分 (副腎) K754～K756-2 (略)	第10款 泌尿系・副腎 区分 (副腎) K754～K756-2 (略)
(腎、腎盂)	(腎、腎盂) K757～K775 (略)	(腎、腎盂) K757～K775 (略)
【新設】	K775-2 経皮的腎 (腎盂) 瘻拡張術 (一連につ き) 6,000点 K776～K779-3 (略)	K775-2 経皮的腎 (腎盂) 瘻拡張術 (新設) K776～K779-3 (略)
【注の見直し】	K780 同種死体腎移植術 (略) 注1 臓器の移植に関する法律第6条第2号に 規定する脳死した者の身体から採取された 腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓 器提供加算として、55,000点を所定点数に 加算する。 注2 (略)	K780 同種死体腎移植術 (略) 注1 臓器の移植に関する法律 (平成9年法律 第104号) に規定する脳死した者の身体か ら採取された腎を除く死体腎を移植した場 合は、移植腎の提供のために要する費用と して、40,000点を加算する。
【注の追加】	注3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗H LA抗体検査加算として、4,000点を所定 点数に加算する。 K780-2 生体腎移植術 (略) 注1～2 (略)	注2 (略) (新設) K780-2 生体腎移植術 (略) 注1～2 (略)
【注の追加】	注3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗H LA抗体検査加算として、4,000点を所定 点数に加算する。 (尿管) K781～K794-2 (略) (膀胱) K795～K812-2 (略)	(尿管) K781～K794-2 (略) (膀胱) K795～K812-2 (略)
(尿道)	(尿道) K813～K823-5 (略)	(尿道) K813～K823-5 (略)
【新設】	K823-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるも の) 9,680点	(新設) K823-6 尿失禁手術 (略)
第11款 性器	第11款 性器 区分 (陰茎)	第11款 性器 区分 (陰茎)
(陰茎)	(陰茎)	(陰茎)
【点数の見直し】	K824 陰茎尖圭コンジローム切除術 1,360点 K825～K828-2 (略)	K824 陰茎尖圭コンジローム切除術 1,130点 K825～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) K829～K837 (略)	(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索) K829～K837 (略)
【点数の見直し】	K838 精索捻転手術	K838 精索捻転手術

項 目	改 正 後	改 正 前
(精囊、前立腺)	1 対側の精巣固定術を伴うもの 8,230点	1 対側の精巣固定術を伴うもの 7,810点
	2 その他のもの 7,910点	2 その他のもの 8,230点
【項目の見直し】	(精囊、前立腺) K839～K841 (略)	(精囊、前立腺) K839～K841 (略)
	K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ← K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術	← K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術
(外陰、会陰)	1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの (略)	1 ホルミウムレーザーを用いるもの (略)
	2 (略)	2 (略)
【点数の見直し】	K841-3～K843-4 (略)	K841-3～K843-4 (略)
	(外陰、会陰)	(外陰、会陰)
【点数の見直し】	K844 バルトリン腺膿瘍切開術 940点	K844 バルトリン腺膿瘍切開術 780点
	K845～K847 (略)	K845～K847 (略)
【点数の見直し】	K848 バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術 (造袋術を含む。) 3,310点	K848 バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術 (造袋術を含む。) 2,760点
	K849 女子外性器腫瘍摘出術 2,810点	K849 女子外性器腫瘍摘出術 2,340点
【点数の見直し】	K850～K851 (略)	K850～K851 (略)
	K851-2 外陰・膣血腫除去術 1,920点	K851-2 外陰・膣血腫除去術 1,600点
(膣)	K851-3 (略)	K851-3 (略)
	(膣)	(膣)
【点数の見直し】	K852～K854-2 (略)	K852～K854-2 (略)
	K855 膣中隔切除術	K855 膣中隔切除術
【点数の見直し】	1 不全隔のもの 1,510点	1 不全隔のもの 1,260点
	2 (略)	2 (略)
【点数の見直し】	K856～K856-3 (略)	K856～K856-3 (略)
	K856-4 膣壁尖圭コンジローム切除術 1,250点	K856-4 膣壁尖圭コンジローム切除術 1,040点
(子宮)	K857～K860-2 (略)	K857～K860-2 (略)
	(子宮)	(子宮)
【点数の見直し】	K861 子宮内膜掻爬術 1,420点	K861 子宮内膜掻爬術 1,180点
	K862～K865-2 (略)	K862～K865-2 (略)
【点数の見直し】	K866 子宮頸管ポリープ切除術 1,190点	K866 子宮頸管ポリープ切除術 990点
	K866-2 子宮腔部冷凍凝固術 1,190点	K866-2 子宮腔部冷凍凝固術 990点
【項目の見直し】	K867～K872-2 (略)	K867～K872-2 (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	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 4,730点
【項目の見直し】	1 電解質溶液利用のもの 6,630点	(新設)
	2 その他のもの 4,730点	(新設)
【項目の見直し】	K872-4・K872-5 (略)	K872-4・K872-5 (略)
	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 17,100点
(子宮付属器)	1 電解質溶液利用のもの 19,000点	(新設)
	2 その他のもの 17,100点	(新設)
【点数の見直し】	K874及びK875～K884 (略)	K874及びK875～K884 (略)
	(子宮付属器)	(子宮付属器)
【点数の見直し】	K885 (略)	K885 (略)
	K885-2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,620点	K885-2 経皮的卵巣嚢腫内容排除術 1,490点
(産科手術)	K886～K890-3 (略)	K886～K890-3 (略)
	(産科手術)	(産科手術)
【点数の見直し】	K891～K895 (略)	K891～K895 (略)
	K896 会陰 (膣壁) 裂創縫合術 (分娩時)	K896 会陰 (膣壁) 裂創縫合術 (分娩時)
【点数の見直し】	1 筋層に及ぶもの 1,980点	1 筋層に及ぶもの 1,650点
	2 肛門に及ぶもの 5,560点	2 肛門に及ぶもの 4,630点
【点数の見直し】	3・4 (略)	3・4 (略)
	K897 頸管裂創縫合術 (分娩時) 7,060点	K897 頸管裂創縫合術 (分娩時) 5,880点
【点数の見直し】	K898～K900-2 (略)	K898～K900-2 (略)
	K901 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。) 2,950点	K901 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。) 2,460点
【点数の見直し】	K902～K905 (略)	K902～K905 (略)
	K906 子宮頸管縫縮術	K906 子宮頸管縫縮術
【点数の見直し】	1 マクドナルド法 2,020点	1 マクドナルド法 1,680点
	2 (略)	2 (略)

項 目	改 正 後	改 正 前
【点数の見直し】	3 縫縮解除術（チューブ抜去術） 1,800点 K907 胎児外回転術 800点 K908～K910-3（略）	3 縫縮解除術（チューブ抜去術） 1,500点 K907 胎児外回転術 670点 K908～K910-3（略）
【新設】	K910-4 無心体双胎焼灼術（一連につき） 40,000点	（新設）
【新設】	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 K910-5 胎児輸血術（一連につき） 13,880点 注1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	（新設）
【点数の見直し】	注2 臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。 K911～K912（略） K913 新生児仮死蘇生術 1 仮死第1度のもの 1,010点 2（略） （その他） K913-2（略） 第12款 削除	K911～K912（略） K913 新生児仮死蘇生術 1 仮死第1度のもの 840点 2（略） （その他） K913-2（略） 第12款 削除
第13款 臓器提供管理料	第13款 臓器提供管理料 区分 K914 脳死臓器提供管理料 40,000点 注（略） K915（略）	第13款 臓器提供管理料 区分 K914 脳死臓器提供管理料 20,000点 注（略） K915（略）
第2節 輸血料	第2節 輸血料 区分 K920・K920-2（略） K921 造血幹細胞採取（一連につき） 1・2（略） 注1 同種移植における造血幹細胞提供者又は自家移植を受ける者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。 注2（略） K921-2 間葉系幹細胞採取（一連につき） 17,440点 K921-3 末梢血単核球採取（一連につき） 17,440点 注 チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定する。 K922 造血幹細胞移植 1～3（略） 注1～4（略） 注5 同種移植における造血幹細胞移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれるものとする。 注6～8（略） 注9 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同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。 K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき） 30,850点 注1 チサゲンレクルユーセルを投与した場合	第2節 輸血料 区分 K920・K920-2（略） ← 造血幹細胞提供者 （新設） （新設） K922 造血幹細胞移植 1～3（略） 注1～4（略） 注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。 注6～8（略） ← 実施 （新設）
【注の見直し】		
【新設】		

項 目	改 正 後	改 正 前
【新設】	<p>に患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 CAR発現生T細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>K923～K924-2 (略)</p> <p>K924-3 同種クリオプレシテート作製術 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保険医療機関において、同種クリオプレシテートを用いた場合に算定する。</p>	<p>K923～K924-2 (略)</p> <p>(新設)</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>第3節 手術医療機器等加算 区分</p> <p>K930 脊髄誘発電位測定等加算</p> <p>1 脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合 3,630点</p> <p>2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合 3,130点</p> <p>K931 (略)</p> <p>K932 創外固定器加算 (略)</p> <p>注 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3、K443、K444及びK444-2に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。</p> <p>K933～K935 (略)</p> <p>K936 自動縫合器加算 (略)</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の2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。</p> <p>注2 (略)</p> <p>K936-2 自動吻合器加算 (略)</p> <p>注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K645、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。</p> <p>K936-3～K938 (略)</p> <p>K939 画像等手術支援加算</p> <p>1 ナビゲーションによるもの (略)</p>	<p>第3節 手術医療機器等加算 区分</p> <p>K930 脊髄誘発電位測定等加算</p> <p>1 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に用いた場合 3,130点</p> <p>2 甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合 2,500点</p> <p>K931 (略)</p> <p>K932 創外固定器加算 (略)</p> <p>注 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3又はK443に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。</p> <p>K933～K935 (略)</p> <p>K936 自動縫合器加算 (略)</p> <p>注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514、K514-2、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K654-3の2からK655-2まで、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、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705、K706、K711-2、K716、K716-2、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。</p> <p>注2 (略)</p> <p>K936-2 自動吻合器加算 (略)</p> <p>注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3、K531からK532-2まで、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3及びK817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>K936-3～K938 (略)</p> <p>K939 画像等手術支援加算</p> <p>1 ナビゲーションによるもの (略)</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K136、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、<u>K142-2の1及び2のイ</u>、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、<u>K350からK365まで</u>、K511の2、K513の2から513の4まで、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2並びにK697-4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>K939-2～K939-6（略）</p> <p>K939-7 レーザー機器加算</p> <p>1～3（略）</p> <p>注1（略）</p>	<p>注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142（6を除く。）、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、<u>K349</u>からK365まで、K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2及びK697-4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>K939-2～K939-6（略）</p> <p>K939-7 レーザー機器加算</p> <p>1～3（略）</p> <p>注1（略）</p>
【注の見直し】	<p>注2 1については、<u>区分番号K406</u>（1に限る。）、K413（1に限る。）、K421（1に限る。）、K423（1に限る。）及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。</p> <p>注3・4（略）</p>	<p>注2 1については、K406（1に限る。）、K413（1に限る。）、K421（1に限る。）、K423（1に限る。）及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。</p> <p>注3・4（略）</p>
【新設】	<p>K939-8 超音波切削機器加算 1,000点</p> <p>注 <u>区分番号K443、K444及びK444-2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に算定する。</u></p> <p>第4節・第5節（略）</p>	<p>（新設）</p> <p>第4節・第5節（略）</p>

第2章 特掲診療料 第11部 麻酔

項 目	改 正 後	改 正 前
通則	<p>1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。</p> <p>4 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。</p> <p>5 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>6 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第3節の所定点数のみにより算定する。</p>	<p style="text-align: center;">← 麻酔料</p>
第1節 麻酔料 L 001-2 静脈麻酔 【点数の見直し】	<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</p>	<p>3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） <u>800点</u></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	<p>酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。</p>	
	<p>注 2 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>L 002 硬膜外麻酔</p>	
	<p>1 頸・胸部 1,500点</p>	
	<p>2 腰部 800点</p>	
	<p>3 仙骨部 340点</p>	
	<p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>L 003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。） 80点</p>	
	<p>注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>L 004 脊椎麻酔 850点</p>	
	<p>注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>L 005 上・下肢伝達麻酔 170点</p>	
	<p>L 006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）</p>	
	<p>150点</p>	
	<p>L 007 開放点滴式全身麻酔 310点</p>	
<p>L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p>		
<p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合</p>		
<p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24,900点</p>		
<p>ロ イ以外の場合 18,200点</p>		
<p>2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）</p>		
<p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点</p>		
<p>ロ イ以外の場合 12,100点</p>		
<p>3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）</p>		
<p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点</p>		
<p>ロ イ以外の場合 9,050点</p>		
<p>4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）</p>		
<p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点</p>		
<p>ロ イ以外の場合 6,610点</p>		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>5 その他の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点</p> <p>ロ イ以外の場合 6,000点</p> <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、硬膜外麻酔併施加算として、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、神経ブロック併施加算として、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</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、神経ブロック併施加算として、45点を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
<p>L 009 麻酔管理料 (I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>患者について、腹腔鏡下手術（区分番号 K 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、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 区分番号 K 609 に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-2 低体温療法（1日につき） 12,200点</p> <p>注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-3 経皮的体温調節療法（一連につき） 5,000点</p> <p>L 009 麻酔管理料 (I)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p> <p>注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号 L 010 に掲げる麻酔管理料 (II) を算定している場合は算定できない。</p> <p>注4 区分番号 K 017、K 020、K 136-2、K 142-2の1、K 151-2、K 154-2、K 169の1、K 172、K 175の2、K 177、K 314の2、K 379-2の2、K 394の2、K 395、K 403の2、K 415の2、K 514の9、K 514-4、K 519、K 529の1、<u>K 529-2の1、K 529-2の2、K 552、K 553の3、K 553-2の2、K 553-2の3、K 555の3、K 558、K 560の1のイからK 560の1のハまで、K 560の2、K 560の3のイからK 560の3のニまで、K 560の4、K 560の5、K 560-2の2のニ、K 567の3、K 579-2の2、K 580の2、K 581の3、K 582の2、K 582の3、K 583、K 584の2、K 585、K 586の2、K 587、K 592-2、K 605-2、K 605-4、K 610の1、K 645、K 675の4、K 675の5、K 677-2の1、K 695の4から7まで、K 697-5、K 697-7、K 703、K 704、K 801の1、K 803の2、K 803の4及びK 803-2 に掲げる手術に当たって、区分番号 L 008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。</u></p> <p>L 010 麻酔管理料 (II)</p>	<p>注4 区分番号 K 017、K 020、K 136-2、K 142-2の1、K 151-2、K 154-2、K 169の1、K 172、K 175の2、K 177、K 314の2、K 379-2の2、K 394の2、K 395、K 403の2、K 415の2、K 514の9、K 514-4、K 519、K 529の1、K 529-2の2、<u>K 552の1、K 553の3、K 553-2の2、K 553-2の3、K 555の3、K 558、K 560の1のイからK 560の1のハまで、K 560の2、K 560の3のイからK 560の3のニまで、K 560の4、K 560の5、K 560-2の2のニ、K 567の3、K 579-2の2、K 580の2、K 581の3、K 582の2、K 582の3、K 583、K 584の2、K 585、K 586の2、K 587、K 592-2、K 605-2、K 605-4、K 610の1、K 645、K 675の4、K 675の5、K 677-2の1、K 695の4、K 695の6、K 695の7、K 697-5、K 697-7、K 703、K 704、K 801の1、K 803の2、K 803の4及びK 803-2 に掲げる手術に当たって、区分番号 L 008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。</u></p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 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 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った場合に算定する。	
第2節 神経ブロック料	L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用） 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 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 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 4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙攣又は下肢痙攣の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点 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 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、肩甲骨神経ブロック、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 7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、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。 L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用） 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・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック 1,800点 3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロッ	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>ク、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p> <p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頭神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p> <p>L102 神経幹内注射 25点</p> <p>L103 カテラン硬膜外注射 140点</p> <p>L104 トリガーポイント注射 80点</p> <p>L105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。） 80点</p> <p>注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。</p>	
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>L200 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>L300 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>	<p>← この部 ← この部</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>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>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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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、1回線量増加加算として、460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><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><u>注2</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回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000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。 イ 体表面の位置情報によるもの 150点 ロ 骨構造の位置情報によるもの 300点 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>(削る)</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 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</p>	<p>← 注</p> <p>← (追加)</p> <p>← 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>M 004 密封小線源治療 (一連につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>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>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</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 10,000点</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 10,000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 10,000点</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>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>	<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<u>300点</u>を所定点数に加算する。</p>
<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</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13部 病理診断

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

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>N000 病理組織標本作製</p> <p>1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点</p> <p>2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 860点</p> <p>N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 2,000点</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製</p> <p>1 エストロジェンレセプター 720点</p> <p>2 プロゲステロンレセプター 690点</p> <p>3 H E R 2 タンパク 690点</p> <p>4 E G F R タンパク 690点</p> <p>5 C C R 4 タンパク 10,000点</p> <p>6 A L K 融合タンパク 2,700点</p> <p>7 C D 30 400点</p> <p>8 その他（1臓器につき） 400点</p> <p>注1 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。</p> <p>注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、<u>1,200点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990点</p> <p>N003-2 迅速細胞診</p> <p>1 手術中の場合（1手術につき） 450点</p> <p>2 検査中の場合（1検査につき） 450点</p> <p>N004 細胞診（1部位につき）</p> <p>1 婦人科材料等によるもの 150点</p> <p>2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点</p> <p>注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。</p> <p>N005 H E R 2 遺伝子標本作製</p> <p>1 単独の場合 2,700点</p> <p>2 区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作製を併せて行った場合 3,050点</p> <p>N005-2 A L K 融合遺伝子標本作製 6,520点</p> <p>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</p>	<p>注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、<u>1,600点</u>を所定点数に加算する。</p>
<p>第2節 病理診断・判断料</p>	<p>N006 病理診断料</p> <p>1 組織診断料 450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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>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 150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に掲げる病理判断料を算定した場合には、算定しない。</p>	<p>← N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作製</p>

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p>	
<p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p>	<p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 緊急時施設治療管理料 500点 注 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の入員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p> <p>2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。</p> <p>3 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料 ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。</p> <p>4 その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料 ロ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。） ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。） ホ 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（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。） ヘ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に</p>	<p>← 平成30</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	掲げる診療料 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。） 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。） 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。）	
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	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 1 施設入所者共同指導料 600点 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。 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料 薬剤 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。 3 施設入所者材料料 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料 ロ 第2章第2部第2節第2款に掲げる加算として算定できる材料 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。 4 その他の診療料 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。 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 ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料1、診療情報提供料（Ⅰ）（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） 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。） ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。） 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。） 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。） 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。）	

項 目	改 正 後	改 正 前
	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 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。） ス 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。） 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。）	

第4章 経過措置

改正後	改正前
(削る)	第1部 経過措置
(削る)	1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
(削る)	2 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の注2については、「400以上」とあるのは、「500以上」、区分番号A000の注3、区分番号A002の注2及び注3並びに区分番号C012の注1から注3までについては、「400床」とあるのは、「500床」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及び注12に規定する診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
(削る)	4 平成31年3月31日までの間における区分番号A206の注2については、「400床」とあるのは、「500床」とする。
(削る)	5 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A245の1のロ又は2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。この場合において、これらの規定中「170点」とあるのは「200点」、「180点」とあるのは「210点」とする。
(削る)	6 旧算定方法別表第一区分番号A300の注3及び注4の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。
(削る)	7 第2章第2部第2節第1款の通則1及び2の規定にかかわらず、平成32年3月31日までの間に限り、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号C119に掲げる在宅経肛門の自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月1回に限り所定点数を算定する。
(削る)	8 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
(削る)	イ 区分番号D006の2に掲げるトロンボテスト
(削る)	ロ 区分番号D006-3の2に掲げるmRNA定量（1以外のもの）
(削る)	ハ 区分番号D007の9に掲げるムコ蛋白
(削る)	ニ 区分番号D007の24に掲げる睪分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）
(削る)	ホ 区分番号D009の6に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（PAP）
(削る)	9 第2章の規定にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対する区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
(削る)	(新設)
(削る)	1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

改正後	改正前
<p>2 <u>令和2年9月30日までの間における区分番号A000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）とあるのは、「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）と、A002の注2中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）とあるのは「病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）とする。</u></p> <p>3 <u>第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p> <p>4 <u>第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u> イ <u>区分番号D001の2に掲げるBence Jones蛋白定性（尿）</u> ロ <u>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</u> ハ <u>区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの</u> ニ <u>区分番号D024に掲げる動物使用検査</u> ホ <u>区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定</u></p> <p>5 <u>第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>(削る)</p>	<p>第2部 算定制限 <u>第1章の規定にかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7（妊婦に対して初診を行った場合に限る。）、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注10及び注11に規定する加算は、別に厚生労働大臣が定める日から算定できるものとする。</u></p>

改正告示 前文

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

