医科診療報酬点数表
新旧対照表
（令和８年６月実施）

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料 ―― 1
第２部　入院料等 ―― 11
　第１節　入院基本料 ―― 13
　第２節　入院基本料等加算 ―― 44
　第３節　特定入院料 ―― 74
　第４節　短期滞在手術等基本料 ―― 124

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等 ―― 132
第２部　在宅医療 ―― 191
第３部　検査 ―― 243
第４部　画像診断 ―― 254
第５部　投薬 ―― 265
第６部　注射 ―― 271
第７部　リハビリテーション ―― 277
第８部　精神科専門療法 ―― 291
第９部　処置 ―― 314
第10部　手術 ―― 334
第11部　麻酔 ―― 366
第12部　放射線治療 ―― 374
第13部　病理診断 ―― 381
第14部　その他 ―― 385

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料 ―― 415
第４章　経過措置 ―― 418
改正告示前文 ―― 419

1　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	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。 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。 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。	
第１節　初診料 **Ａ000 初診料**	**Ａ000 初診料**　　291点 注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、253点を算定する。 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	のを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。 注３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。 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。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、216点（注１のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。 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146点（注１のただし書に規定する場合にあっては、127点）を、この場合において注２から注４までに規定する場合は、108点（注１のただし書に規定する場合にあっては、94点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注16までに規定する加算は算定しない。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	定する加算を算定する場合は算定しない。 注７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、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。 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。 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。 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。 注11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。 注12　注11本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。 注13　注11本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。 注14　注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	←　月に１回
【注の削除】	（削る）	注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注15　保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60点を所定点数に加算する。	（新設）
【注の削除】	（削る）	注16　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、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。 イ　医療ＤＸ推進体制整備加算１　12点 ロ　医療ＤＸ推進体制整備加算２　11点 ハ　医療ＤＸ推進体制整備加算３　10点 ニ　医療ＤＸ推進体制整備加算４　10点 ホ　医療ＤＸ推進体制整備加算５　９点 ヘ　医療ＤＸ推進体制整備加算６　８点
【注の追加】	注16　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月１回に限り、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。この場合において、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。 イ　電子的診療情報連携体制整備加算１　15点 ロ　電子的診療情報連携体制整備加算２　９点 ハ　電子的診療情報連携体制整備加算３　４点	（新設）
第２節　再診料 **Ａ001 再診料** 【点数の見直し】	**Ａ001 再診料**　76点 注１　保険医療機関（許可病床のうち一般病床	**Ａ001 再診料**　75点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。	
【点数の見直し】	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、56点を算定する。	注２　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。
【点数の見直し】	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、39点（注２に規定する場合にあっては、29点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。	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、38点（注２に規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。
	注４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注５又は注６に規定する加算を算定する場合は算定しない。	
	注５　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。	
	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。	
	注７　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注５のただし書又は注６に規定する場合にあっては、この限りでない。	
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に加算する。	
	注９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注８、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。	
【注の見直し】	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。	
	イ　時間外対応体制加算１　７点	イ　時間外対応加算１　５点
	ロ　時間外対応体制加算２　５点	ロ　時間外対応加算２　４点
	ハ　時間外対応体制加算３　４点	ハ　時間外対応加算３　３点
	ニ　時間外対応体制加算４　２点	ニ　時間外対応加算４　１点
【注の見直し】	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。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。	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。
【注の見直し】	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、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、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。	注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
	イ　地域包括診療加算１	イ　地域包括診療加算１　28点
	(1)　認知症を有する患者等の場合　38点	（新設）
	(2)　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　28点	（新設）
	ロ　地域包括診療加算２	ロ　地域包括診療加算２　21点
	(1)　認知症を有する患者等の場合　31点	（新設）
	(2)　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　21点	（新設）
【注の削除】	（削る）	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。
		イ　認知症地域包括診療加算１　38点
		ロ　認知症地域包括診療加算２　31点
【注の追加】	注13　注12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	（新設）

項　　目	改　正　後	改　正　前
	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及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月１回に限り10点を更に所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注14　注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、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。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、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、退院後若しくは退所後１月以内又は当該情報提供から３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、３月に１回に限り、30点を更に所定点数に加算する。	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。
	注15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。	
	注16　注15本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	
	注17　注15本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	
	注18　注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	←　月に１回
【注の削除】	（削る）	注19　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注19　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。	
	注20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。	
A002 外来診療料		
【点数の見直し】	**A002 外来診療料**　77点	**A002 外来診療料**　76点
【点数の見直し】	注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、76点を算定する。	注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、75点を算定する。
【点数の見直し】	注２　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）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、57点を算定する。	注２　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）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、56点を算定する。
【点数の見直し】	注３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、57点を算定する。	注３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、56点を算定する。
【点数の見直し】	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、57点を算定する。	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、56点を算定する。
【点数の見直し】	注５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り39点（注２から注４までに規定する場合にあっては、29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。	注５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り38点（注２から注４までに規定する場合にあっては、28点）を算定する。この場合において、注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。
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 イ　尿検査 区分番号Ｄ000からＤ002-2までに掲げるもの 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 ハ　血液形態・機能検査 区分番号Ｄ005（ヘモグロビンA1c（HbA1c）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの 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 ホ　削除 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 ト　膀胱洗浄 チ　腟洗浄 リ　眼処置 ヌ　睫毛抜去 ル　耳処置 ヲ　耳管処置 ワ　鼻処置 カ　口腔、咽頭処置 ヨ　間接喉頭鏡下喉頭処置 タ　ネブライザ レ　超音波ネブライザ ソ　介達牽引 ツ　消炎鎮痛等処置	
	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。	
	注８　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。	
	注９　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注10　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に１回に限り２点を所定点数に加算する。 注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。	十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。
【項目の削除】	（削る）	**A003　削除**

第１章　基本診療料　第２部　入院料等

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	1　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第５節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。	
	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。	
【通則の追加】	3　情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、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）第五、第九及び第十における１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	（新設）
	4　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ400の２に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。	3（略）
	5　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。	4（略）
	6　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。	5（略）
	7　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。	6（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	8　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。	7（略）
【通則の見直し】	9　8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。	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。
【通則の見直し】	10　8に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。ただし、8に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から１日につき20点を減算する。	9　7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。
【通則の追加】	11　継続的に賃上げに係る取組を実施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以外の保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき次に掲げる点数を減算する。 イ　急性期病院Ａ一般入院料、急性期一般入院料１、急性期病院Ｂ一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）及び急性期一般入院料４（看護・多職種協働加算を算定する場合）　121点 ロ　急性期病院Ｂ一般入院料及び急性期一般入院料２から６まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。）　85点 ハ　地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料及び特定一般病棟入院料（注７に規定する場合を除く。）　65点 ニ　療養病棟入院基本料　42点 ホ　結核病棟入院基本料　64点 ヘ　急性期病院精神病棟入院基本料及び精神病棟入院料（10対１入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対１入院基本料の場合）　106点 ト　急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対１入院基本料の場合）及び精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	を算定する場合を除く15対１入院基本料、18対１入院基本料、20対１入院基本料及び特別入院基本料の場合）　39点 チ　特定機能病院入院基本料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　141点 リ　専門病院入院基本料　88点 ヌ　障害者施設等入院基本料　58点 ル　有床診療所入院基本料　95点 ヲ　有床診療所療養病床入院基本料　58点 ワ　救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び一類感染症患者入院医療管理料　171点 カ　地域包括医療病棟入院料　113点 ヨ　特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料　53点 タ　小児入院医療管理料及び児童・思春期精神科入院医療管理料　97点 レ　回復期リハビリテーション病棟入院料　76点 ソ　地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料（注７に規定する場合）　69点 ツ　緩和ケア病棟入院料　99点 ネ　精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料　42点 ナ　精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料35点 ラ　短期滞在手術等基本料３　189点	
第１節　入院基本料 **Ａ100 一般病棟入院基本料（１日につき）** 【項目の見直し】	**Ａ100 一般病棟入院基本料（１日につき）** １　急性期病院一般入院基本料 イ　急性期病院Ａ一般入院料　1,930点 ロ　急性期病院Ｂ一般入院料　1,643点 ２　急性期一般入院基本料 イ　急性期一般入院料１　1,874点 ロ　急性期一般入院料２　1,779点 ハ　急性期一般入院料３　1,704点 ニ　急性期一般入院料４　1,597点 ホ　急性期一般入院料５　1,575点 ヘ　急性期一般入院料６　1,523点 ３　地域一般入院基本料 イ　地域一般入院料１　1,290点 ロ　地域一般入院料２　1,282点 ハ　地域一般入院料３　1,097点	（新設） １　急性期一般入院基本料 イ　急性期一般入院料１　1,688点 ロ　急性期一般入院料２　1,644点 ハ　急性期一般入院料３　1,569点 ニ　急性期一般入院料４　1,462点 ホ　急性期一般入院料５　1,451点 ヘ　急性期一般入院料６　1,404点 ２　地域一般入院基本料 イ　地域一般入院料１　1,176点 ロ　地域一般入院料２　1,170点 ハ　地域一般入院料３　1,003点
【注の見直し】	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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【点数の見直し】	る。ただし、通則第７号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。 注２　注１に規定する病棟以外の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、704点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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。 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　14日以内の期間　450点（特別入院基本料等については、300点） 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） 注４　地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ246に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。 注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。 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。	る。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。 注２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、612点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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。	
	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。	
	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。	
【注の見直し】	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　急性期総合体制加算（急性期病院一般入院基本料に限る。）	イ　総合入院体制加算
	（削る）	ロ　急性期充実体制加算（急性期一般入院料１を算定するものに限る。）
	ロ　地域医療支援病院入院診療加算	ハ　（略）
	ハ　臨床研修病院入院診療加算	ニ　（略）
	ニ　紹介受診重点医療機関入院診療加算	ホ　（略）
	ホ　救急医療管理加算	ヘ　（略）
	ヘ　超急性期脳卒中加算	ト　（略）
	ト　妊産婦緊急搬送入院加算	チ　（略）
	チ　在宅患者緊急入院診療加算	リ　（略）
	リ　診療録管理体制加算	ヌ　（略）
	ヌ　医師事務作業補助体制加算	ル　（略）
	ル　急性期看護補助体制加算	ヲ　（略）
	ヲ　看護職員夜間配置加算	ワ　（略）
	ワ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	カ　乳幼児加算・幼児加算	
	ヨ　特定感染症入院医療管理加算	
	タ　難病等特別入院診療加算	
	レ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	
	ソ　看護配置加算	
	ツ　看護補助加算	
	ネ　看護・多職種協働加算（急性期病院Ｂ一般入院料及び急性期一般入院料４に限る。）	（新設）
	ナ　地域加算	ネ　（略）
	ラ　離島加算	ナ　（略）
	ム　療養環境加算	ラ　（略）
	ウ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ム　（略）
	キ　特定感染症患者療養環境特別加算	ウ　（略）
	ノ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	オ　重症者等療養環境特別加算	キ　（略）
	ク　小児療養環境特別加算	ノ　（略）
	ヤ　産科管理加算（１に限る。）	（新設）
	マ　無菌治療室管理加算	オ　（略）
	ケ　放射線治療病室管理加算	ク　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	フ　緩和ケア診療加算	ヤ　（略）
	コ　小児緩和ケア診療加算	マ　（略）
	エ　精神科リエゾンチーム加算	ケ　（略）
	テ　強度行動障害入院医療管理加算	フ　（略）
	ア　依存症入院医療管理加算	コ　（略）
	サ　摂食障害入院医療管理加算	エ　（略）
	キ　がん拠点病院加算	テ　（略）
	ユ　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料に限る。）	ア　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（急性期一般入院基本料に限る。）
	メ　栄養サポートチーム加算	サ　（略）
	ミ　口腔管理連携加算	（新設）
	シ　医療安全対策加算	キ　（略）
	ヱ　感染対策向上加算	ユ　（略）
	ヒ　患者サポート体制充実加算	メ　（略）
	モ　報告書管理体制加算	ミ　（略）
	セ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	シ　（略）
	ス　ハイリスク妊娠管理加算	ヱ　（略）
	ン　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）	ヒ　（略）
	イイ　呼吸ケアチーム加算	モ　（略）
	イロ　術後疼痛管理チーム加算（急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料に限る。）	セ　術後疼痛管理チーム加算（急性期一般入院基本料に限る。）
	イハ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	ス　後発医薬品使用体制加算
	イニ　バイオ後続品使用体制加算	ン　（略）
	イホ　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	イイ　病棟薬剤業務実施加算１
	イヘ　データ提出加算	イロ　（略）
	イト　入退院支援加算（１のイ、２のイ又は３に限る。）	イハ　（略）
	イチ　医療的ケア児（者）入院前支援加算	イニ　（略）
	イリ　認知症ケア加算	イホ　（略）
	イヌ　せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料に限る。）	イヘ　せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）
	イル　精神疾患診療体制加算	イト　（略）
	イヲ　薬剤総合評価調整加算	イチ　（略）
	イワ　排尿自立支援加算	イリ　（略）
	イカ　地域医療体制確保加算（急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料に限る。）	イヌ　地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）
	イヨ　協力対象施設入所者入院加算（急性期病院Ａ一般入院料を除く。）	イル　協力対象施設入所者入院加算
	イタ　医療提供機能連携確保加算	（新設）
	注11　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注10までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。	
Ａ101 療養病棟入院基本料（１日につき）	**Ａ101 療養病棟入院基本料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　療養病棟入院料１	
	イ　入院料１　2,035点 （健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、2,014点）	イ　入院料１　1,964点 （健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,949点）
	ロ　入院料２　1,980点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,960点）	ロ　入院料２　1,909点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,895点）
	ハ　入院料３　1,692点	ハ　入院料３　1,621点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,672点） ニ　入院料４　1,763点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,742点） ホ　入院料５　1,708点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,688点） ヘ　入院料６　1,420点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,400点） ト　入院料７　1,715点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,694点） チ　入院料８　1,660点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,640点） リ　入院料９　1,372点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,352点） ヌ　入院料10　1,902点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,881点） ル　入院料11　1,847点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） ヲ　入院料12　1,559点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,539点） ワ　入院料13　1,526点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,505点） カ　入院料14　1,498点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,478点） ヨ　入院料15　1,344点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,323点） タ　入院料16　1,442点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,421点） レ　入院料17　1,414点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,394点） ソ　入院料18　1,260点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,239点） ツ　入院料19　1,902点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,881点） ネ　入院料20　1,847点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） ナ　入院料21　1,559点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,539点） ラ　入院料22　1,513点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,492点） ム　入院料23　1,485点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,465点） ウ　入院料24　1,331点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,310点）	（生活療養を受ける場合にあっては、1,607点） ニ　入院料４　1,692点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,677点） ホ　入院料５　1,637点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,623点） ヘ　入院料６　1,349点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,335点） ト　入院料７　1,644点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,629点） チ　入院料８　1,589点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,575点） リ　入院料９　1,301点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,287点） ヌ　入院料10　1,831点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,816点） ル　入院料11　1,776点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,762点） ヲ　入院料12　1,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,474点） ワ　入院料13　1,455点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,440点） カ　入院料14　1,427点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,413点） ヨ　入院料15　1,273点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,258点） タ　入院料16　1,371点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,356点） レ　入院料17　1,343点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,329点） ソ　入院料18　1,189点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,174点） ツ　入院料19　1,831点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,816点） ネ　入院料20　1,776点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,762点） ナ　入院料21　1,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,474点） ラ　入院料22　1,442点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,427点） ム　入院料23　1,414点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,400点） ウ　入院料24　1,260点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,245点）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	キ　入院料25　1,054点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,033点） ノ　入院料26　1,006点 （生活療養を受ける場合にあっては、985点） オ　入院料27　901点 （生活療養を受ける場合にあっては、881点） ク　入院料28　1,902点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,881点） ヤ　入院料29　1,847点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） マ　入院料30　1,559点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,539点） 2　療養病棟入院料２ イ　入院料１　1,967点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,947点） ロ　入院料２　1,913点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,893点） ハ　入院料３　1,624点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,604点） ニ　入院料４　1,695点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,675点） ホ　入院料５　1,641点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,621点） ヘ　入院料６　1,352点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,332点） ト　入院料７　1,647点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,627点） チ　入院料８　1,593点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,573点） リ　入院料９　1,304点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,284点） ヌ　入院料10　1,834点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,814点） ル　入院料11　1,780点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,760点） ヲ　入院料12　1,491点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,471点） ワ　入院料13　1,457点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,437点） カ　入院料14　1,430点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,409点） ヨ　入院料15　1,275点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,255点） タ　入院料16　1,373点	キ　入院料25　983点 （生活療養を受ける場合にあっては、968点） ノ　入院料26　935点 （生活療養を受ける場合にあっては、920点） オ　入院料27　830点 （生活療養を受ける場合にあっては、816点） ク　入院料28　1,831点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,816点） ヤ　入院料29　1,776点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,762点） マ　入院料30　1,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,474点） 2　療養病棟入院料２ イ　入院料１　1,899点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,885点） ロ　入院料２　1,845点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,831点） ハ　入院料３　1,556点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,542点） ニ　入院料４　1,627点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,613点） ホ　入院料５　1,573点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,559点） ヘ　入院料６　1,284点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,270点） ト　入院料７　1,579点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,565点） チ　入院料８　1,525点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,511点） リ　入院料９　1,236点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,222点） ヌ　入院料10　1,766点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,752点） ル　入院料11　1,712点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,698点） ヲ　入院料12　1,423点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,409点） ワ　入院料13　1,389点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,375点） カ　入院料14　1,362点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,347点） ヨ　入院料15　1,207点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,193点） タ　入院料16　1,305点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,353点） レ　入院料17　1,346点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,325点） ソ　入院料18　1,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,171点） ツ　入院料19　1,834点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,814点） ネ　入院料20　1,780点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,760点） ナ　入院料21　1,491点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,471点） ラ　入院料22　1,444点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,424点） ム　入院料23　1,417点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,396点） ウ　入院料24　1,262点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,242点） ヰ　入院料25　986点 （生活療養を受ける場合にあっては、966点） ノ　入院料26　938点 （生活療養を受ける場合にあっては、918点） オ　入院料27　834点 （生活療養を受ける場合にあっては、813点） ク　入院料28　1,834点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,814点） ヤ　入院料29　1,780点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,760点） マ　入院料30　1,491点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,471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「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料１から３まで、10から12まで又は19から21までのいずれかを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料	（生活療養を受ける場合にあっては、1,291点） レ　入院料17　1,278点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,263点） ソ　入院料18　1,123点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,109点） ツ　入院料19　1,766点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,752点） ネ　入院料20　1,712点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,698点） ナ　入院料21　1,423点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,409点） ラ　入院料22　1,376点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,362点） ム　入院料23　1,349点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,334点） ウ　入院料24　1,194点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,180点） ヰ　入院料25　918点 （生活療養を受ける場合にあっては、904点） ノ　入院料26　870点 （生活療養を受ける場合にあっては、856点） オ　入院料27　766点 （生活療養を受ける場合にあっては、751点） ク　入院料28　1,766点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,752点） ヤ　入院料29　1,712点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,698点） マ　入院料30　1,423点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,409点）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	4から6まで、13から15まで又は22から24までのいずれかを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料27を算定する。	
【点数の見直し】	注2　注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、646点（生活療養を受ける場合にあっては、626点）を算定できる。	注2　注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、582点（生活療養を受ける場合にあっては、568点）を算定できる。
	注3　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。	
	注4　当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　褥瘡対策加算1　15点 ロ　褥瘡対策加算2　5点	
	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。	
	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。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注7　当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　地域医療支援病院入院診療加算 ロ　臨床研修病院入院診療加算 ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ニ　在宅患者緊急入院診療加算	
	ホ　診療録管理体制加算	
	ヘ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）	
	ト　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	チ　乳幼児加算・幼児加算	ト　（略）
	リ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	チ　（略）
	ヌ　地域加算	リ　（略）
	ル　離島加算	ヌ　（略）
	ヲ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ル　（略）
	ワ　療養病棟療養環境加算	ヲ　（略）
	カ　療養病棟療養環境改善加算	ワ　（略）
	ヨ　重症皮膚潰瘍管理加算	カ　（略）
	タ　栄養サポートチーム加算	ヨ　（略）
	レ　口腔管理連携加算	（新設）
	ソ　医療安全対策加算	タ　（略）
	ツ　感染対策向上加算	レ　（略）
	ネ　患者サポート体制充実加算	ソ　（略）
	ナ　報告書管理体制加算	ツ　（略）
	ラ　身体的拘束最小化推進体制加算	（新設）
	ム　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	ネ　病棟薬剤業務実施加算１
	ウ　データ提出加算	ナ　（略）
	ヰ　入退院支援加算（１のハ又は２のロに限る。）	ラ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）
	ノ　医療的ケア児（者）入院前支援加算	ム　（略）
	オ　認知症ケア加算	ウ　（略）
	ク　薬剤総合評価調整加算	ヰ　（略）
	ヤ　排尿自立支援加算	ノ　（略）
	マ　協力対象施設入所者入院加算	オ　（略）
	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。	
	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。	
	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。	
	注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、経腸栄養管理加算として、入院中１回に限り、経腸栄養を開始した日か	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ら起算して７日を限度として、１日につき300点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料又は区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。	
【注の見直し】	注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。この場合において、注13に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算は別に算定できない。	注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。この場合において、注13に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。
【注の見直し】	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助・患者ケア体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助・患者ケア体制充実加算１　80点 ロ　看護補助・患者ケア体制充実加算２　65点 ハ　看護補助・患者ケア体制充実加算３　55点	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　80点 ロ　看護補助体制充実加算２　65点 ハ　看護補助体制充実加算３　55点
Ａ102 結核病棟入院基本料（１日につき）	**Ａ102 結核病棟入院基本料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,836点 ２　10対１入院基本料　1,521点 ３　13対１入院基本料　1,289点 ４　15対１入院基本料　1,107点 ５　18対１入院基本料　960点 ６　20対１入院基本料　911点	１　７対１入院基本料　1,677点 ２　10対１入院基本料　1,405点 ３　13対１入院基本料　1,182点 ４　15対１入院基本料　1,013点 ５　18対１入院基本料　868点 ６　20対１入院基本料　819点
【注の見直し】	注１　病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第７条第２項第３号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第７号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。	注１　病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第７条第２項第３号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
【点数の見直し】	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、678点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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	注２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、586点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
	注３　注１及び注２の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。	
【点数の見直し】	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。	
	イ　14日以内の期間　600点（特別入院基本料等については、500点）	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）
	ロ　15日以上30日以内の期間　480点（特別入院基本料等については、400点）	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）
	ハ　31日以上60日以内の期間　360点（特別入院基本料等については、300点）	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）
	ニ　61日以上90日以内の期間　120点	ニ　61日以上90日以内の期間　100点
【注の見直し】	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。	
	イ　地域医療支援病院入院診療加算	
	ロ　臨床研修病院入院診療加算	
	ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算	
	ニ　救急医療管理加算	
	ホ　妊産婦緊急搬送入院加算	
	ヘ　在宅患者緊急入院診療加算	
	ト　診療録管理体制加算	
	チ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）	
	リ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ヌ　乳幼児加算・幼児加算	リ　（略）
	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。）	ヌ　（略）
	ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ル　（略）
	ワ　看護配置加算	ヲ　（略）
	カ　看護補助加算	ワ　（略）
	ヨ　地域加算	カ　（略）
	タ　離島加算	ヨ　（略）
	レ　療養環境加算	タ　（略）
	ソ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	レ　（略）
	ツ　特定感染症患者療養環境特別加算	ソ　（略）
	ネ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	ナ　栄養サポートチーム加算	ツ　（略）
	ラ　口腔管理連携加算	（新設）
	ム　医療安全対策加算	ネ　（略）
	ウ　感染対策向上加算	ナ　（略）
	ヰ　患者サポート体制充実加算	ラ　（略）
	ノ　報告書管理体制加算	ム　（略）
	オ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	ウ　（略）
	ク　ハイリスク妊娠管理加算	ヰ　（略）
	ヤ　術後疼痛管理チーム加算	ノ　（略）
	マ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	オ　後発医薬品使用体制加算
	ケ　バイオ後続品使用体制加算	ク　（略）
	フ　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	ヤ　病棟薬剤業務実施加算１
	コ　データ提出加算	マ　（略）
	エ　入退院支援加算（１のハ又は２のロに	ケ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	限る。） テ　医療的ケア児（者）入院前支援加算 ア　認知症ケア加算 サ　精神疾患診療体制加算 キ　薬剤総合評価調整加算 ユ　排尿自立支援加算 メ　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。） ミ　協力対象施設入所者入院加算	限る。） フ　（略） コ　（略） エ　（略） テ　（略） ア　（略） サ　（略） キ　（略）
【点数の見直し】	注６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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、688点を算定できる。	注６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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、596点を算定できる。
	注７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（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。	
	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。	
A 103 精神病棟入院基本料（１日につき）		
	A 103 精神病棟入院基本料（１日につき）	
【項目の見直し】	１　急性期病院精神病棟入院基本料	（新設）
	イ　急性期病院Ａ精神病棟入院料	
	(1)　10対１入院基本料　1,519点	
	(2)　13対１入院基本料　1,162点	
	(3)　15対１入院基本料　966点	
	ロ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料	
	(1)　10対１入院基本料　1,502点	
	(2)　13対１入院基本料　1,145点	
	(3)　15対１入院基本料　949点	
	２　精神病棟入院料	（新設）
	イ　10対１入院基本料　1,471点	１　10対１入院基本料　1,306点
	ロ　13対１入院基本料　1,114点	２　13対１入院基本料　973点
	ハ　15対１入院基本料　918点	３　15対１入院基本料　844点
	ニ　18対１入院基本料	４　18対１入院基本料　753点
	(1)　１年未満の場合　816点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　1年以上の場合　703点	（新設）
	ホ　20対1入院基本料	5　20対1入院基本料　697点
	⑴　1年未満の場合　754点	（新設）
	⑵　1年以上の場合　649点	（新設）
	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。	
【点数の見直し】	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、618点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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。	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、566点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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。
	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　14日以内の期間　465点（特別入院基本料等については、300点） 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） 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） ニ　91日以上180日以内の期間　10点 ホ　181日以上1年以内の期間　3点	
	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。	
	注5　当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に加算する。	
【注の見直し】	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。	
	イ　急性期総合体制加算（急性期病院精神病棟入院基本料に限る。）	（新設）
	ロ　地域医療支援病院入院診療加算	イ　（略）
	ハ　臨床研修病院入院診療加算	ロ　（略）
	ニ　紹介受診重点医療機関入院診療加算	ハ　（略）
	ホ　救急医療管理加算	ニ　（略）
	ヘ　妊産婦緊急搬送入院加算	ホ　（略）
	ト　在宅患者緊急入院診療加算	ヘ　（略）
	チ　診療録管理体制加算	ト　（略）
	リ　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。）	チ　（略）
	ヌ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ル　乳幼児加算・幼児加算	リ　（略）
	ヲ　特定感染症入院医療管理加算	ヌ　（略）
	ワ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	カ　難病等特別入院診療加算	ル　（略）
	ヨ　特殊疾患入院施設管理加算	ヲ　（略）
	タ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ワ　（略）
	レ　看護配置加算	カ　（略）
	ソ　看護補助加算	ヨ　（略）
	ツ　地域加算	タ　（略）
	ネ　離島加算	レ　（略）
	ナ　療養環境加算	ソ　（略）
	ラ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ツ　（略）
	ム　特定感染症患者療養環境特別加算	ネ　（略）
	ウ　精神科措置入院診療加算	ナ　（略）
	ヰ　精神科応急入院施設管理加算	ラ　（略）
	ノ　精神科隔離室管理加算	ム　（略）
	オ　精神病棟入院時医学管理加算	ウ　（略）
	ク　精神科地域移行実施加算	ヰ　（略）
	ヤ　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　（略）
	マ　精神科慢性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。）	（新設）
	ケ　強度行動障害入院医療管理加算	オ　（略）
	フ　依存症入院医療管理加算	ク　（略）
	コ　摂食障害入院医療管理加算	ヤ　（略）
	エ　栄養サポートチーム加算	マ　（略）
	テ　口腔管理連携加算	（新設）
	ア　医療安全対策加算	ケ　（略）
	サ　感染対策向上加算	フ　（略）
	キ　患者サポート体制充実加算	コ　（略）
	ユ　報告書管理体制加算	エ　（略）
	メ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	テ　（略）
	ミ　ハイリスク妊娠管理加算	ア　（略）
	シ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）	サ　（略）
	ヱ　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（急性期病院精神病棟入院基本料に限る。）	（新設）
	ヒ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算（精神病棟入院料に限る。）	キ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算
	モ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	ユ　後発医薬品使用体制加算
	セ　バイオ後続品使用体制加算	メ　（略）
	ス　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	ミ　病棟薬剤業務実施加算１

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ン　データ提出加算	シ　（略）
	イイ　精神科入退院支援加算	ヱ　（略）
	イロ　精神科急性期医師配置加算（急性期病院精神病棟入院基本料及び精神病棟入院料の10対１入院基本料、13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定するものに限る。）	ヒ　精神科急性期医師配置加算（10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。）
	イハ　薬剤総合評価調整加算	モ　（略）
	イニ　排尿自立支援加算	セ　（略）
	イホ　地域医療体制確保加算（急性期病院精神病棟入院基本料及び精神病棟入院料の10対１入院基本料又は13対１入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定するものに限る。）を算定するものに限る。）	ス　地域医療体制確保加算（10対１入院基本料を算定するものに限る。）
	イヘ　協力対象施設入所者入院加算	ン　（略）
	イト　精神科地域密着多機能体制加算（精神病棟入院料の10対１入院基本料、13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定するものに限る。）	（新設）
【注の追加】	注７　１のイの⑵若しくは⑶、１のロの⑵若しくは⑶又は２のロ若しくはハにおいて、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、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。	（新設）
	イ　精神病棟看護・多職種協働加算（急性期病院Ａ精神病棟入院料13対１入院基本料の場合）　357点	
	ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（急性期病院Ａ精神病棟入院料15対１入院基本料の場合）　196点	
	ハ　精神病棟看護・多職種協働加算（急性期病院Ｂ精神病棟入院料13対１入院基本料の場合）　357点	
	ニ　精神病棟看護・多職種協働加算（急性期病院Ｂ精神病棟入院料15対１入院基本料の場合）　196点	
	ホ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神病棟入院料13対１入院基本料の場合）　357点	
	ヘ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神病棟入院料15対１入院基本料の場合）　196点	
	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７（略）
	注９　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ａ246-2に掲げる精神科入退院支援加算、区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。	注８（略）
【点数の見直し】	注10　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のみに適合しなくなったものとして地方厚	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のみに適合しなくなったものとして地方厚

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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、628点を算定できる。	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、576点を算定できる。
	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(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。	注10（略）
A 104 特定機能病院入院基本料（１日につき） 【項目の見直し】	**A 104 特定機能病院入院基本料（１日につき）** 1　特定機能病院Ａ入院基本料 イ　一般病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　2,146点 (2)　10対１入院基本料　1,771点 ロ　結核病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　2,125点 (2)　10対１入院基本料　1,757点 (3)　13対１入院基本料　1,526点 (4)　15対１入院基本料　1,350点 ハ　精神病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　1,851点 (2)　10対１入院基本料　1,692点 (3)　13対１入院基本料　1,336点 (4)　15対１入院基本料　1,245点 2　特定機能病院Ｂ入院基本料 イ　一般病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　2,136点 (2)　10対１入院基本料　1,760点 ロ　結核病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　2,115点 (2)　10対１入院基本料　1,746点 (3)　13対１入院基本料　1,514点 (4)　15対１入院基本料　1,337点 ハ　精神病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　1,841点 (2)　10対１入院基本料　1,681点 (3)　13対１入院基本料　1,324点 (4)　15対１入院基本料　1,232点 3　特定機能病院Ｃ入院基本料 イ　一般病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　2,016点 (2)　10対１入院基本料　1,642点 ロ　結核病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　1,995点 (2)　10対１入院基本料　1,628点 (3)　13対１入院基本料　1,398点 (4)　15対１入院基本料　1,223点 ハ　精神病棟の場合 (1)　７対１入院基本料　1,721点 (2)　10対１入院基本料　1,563点 (3)　13対１入院基本料　1,208点 (4)　15対１入院基本料　1,118点 注１　特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は	（新設） 1　一般病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,822点 ロ　10対１入院基本料　1,458点 2　結核病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,822点 ロ　10対１入院基本料　1,458点 ハ　13対１入院基本料　1,228点 ニ　15対１入院基本料　1,053点 3　精神病棟の場合 イ　７対１入院基本料　1,551点 ロ　10対１入院基本料　1,393点 ハ　13対１入院基本料　1,038点 ニ　15対１入院基本料　948点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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 ⑴　14日以内の期間　712点 ⑵　15日以上30日以内の期間　207点 ロ　結核病棟の場合 ⑴　30日以内の期間　330点 ⑵　31日以上90日以内の期間　200点 ハ　精神病棟の場合 ⑴　14日以内の期間　505点 ⑵　15日以上30日以内の期間　250点 ⑶　31日以上90日以内の期間　125点 ⑷　91日以上180日以内の期間　30点 ⑸　181日以上１年以内の期間　15点 注４　当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。 注５　当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護必要度加算１　55点 ロ　看護必要度加算２　45点 ハ　看護必要度加算３　25点 注６　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。 注７　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　臨床研修病院入院診療加算 ロ　救急医療管理加算 ハ　超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ニ　妊産婦緊急搬送入院加算	
	ホ　在宅患者緊急入院診療加算	
	ヘ　診療録管理体制加算	
	ト　医師事務作業補助体制加算	
	チ　急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）	
	リ　看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）	
	ヌ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ル　乳幼児加算・幼児加算	ヌ　（略）
	ヲ　特定感染症入院医療管理加算	ル　（略）
	ワ　難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）	ヲ　（略）
	カ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ワ　（略）
	ヨ　看護補助加算（一般病棟を除く。）	カ　（略）
	タ　地域加算	ヨ　（略）
	レ　離島加算	タ　（略）
	ソ　療養環境加算	レ　（略）
	ツ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ソ　（略）
	ネ　特定感染症患者療養環境特別加算	ツ　（略）
	ナ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	ラ　重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	ネ　（略）
	ム　小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	ナ　（略）
	ウ　産科管理加算（一般病棟に限る。）	（新設）
	ヰ　無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）	ラ　（略）
	ノ　放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）	ム　（略）
	オ　緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	ウ　（略）
	ク　小児緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	ヰ　（略）
	ヤ　精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）	ノ　（略）
	マ　精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）	オ　（略）
	ケ　精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）	ク　（略）
	フ　精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）	ヤ　（略）
	コ　精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）	マ　（略）
	エ　精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）	ケ　（略）
	テ　精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）	フ　（略）
	ア　精神科慢性身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）	（新設）
	サ　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　（略）
	キ　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　（略）
	ユ　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　（略）
	メ　がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）	ア　（略）
	ミ　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（一般病棟に限る。）	サ　（略）
	シ　栄養サポートチーム加算	キ　（略）
	ヱ　口腔管理連携加算	（新設）
	ヒ　医療安全対策加算	ユ　（略）
	モ　感染対策向上加算	メ　（略）
	セ　患者サポート体制充実加算	ミ　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ス　報告書管理体制加算	シ　（略）
	ン　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	ヱ　（略）
	イイ　ハイリスク妊娠管理加算	ヒ　（略）
	イロ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）（一般病棟又は精神病棟に限る。）	モ　（略）
	イハ　呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）	セ　（略）
	イニ　術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	ス　（略）
	イホ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	ン　後発医薬品使用体制加算
	イヘ　バイオ後続品使用体制加算	イイ　（略）
	イト　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	イロ　病棟薬剤業務実施加算１
	イチ　データ提出加算	イハ　（略）
	イリ　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のハ又は２のロに限る。）	イニ　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。）
	イヌ　精神科入退院支援加算（精神病棟に限る。）	イホ　（略）
	イル　医療的ケア児（者）入院前支援加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	イヘ　（略）
	イヲ　認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）	イト　（略）
	イワ　せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）	イチ　（略）
	イカ　精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）	イリ　（略）
	イヨ　精神科急性期医師配置加算（精神病棟に限る。）	イヌ　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。）
	イタ　薬剤総合評価調整加算	イル　（略）
	イレ　排尿自立支援加算	イヲ　（略）
	イソ　地域医療体制確保加算（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（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合に限る。）を算定するものに限る。）	イワ　地域医療体制確保加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）
	イツ　協力対象施設入所者入院加算	イカ　（略）
	イネ　医療提供機能連携確保加算（一般病棟に限る。）	（新設）
	注９　当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注８までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。	
	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	
【注の追加】	注11　１のハの(3)若しくは(4)、２のハの(3)若しくは(4)又は３のハの(3)若しくは(4)において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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、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　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ａ13対１入院基本料の場合）　356点 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ａ15対１入院基本料の場合）　91点 ハ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ｂ13対１入院基本料の場合）　357点 ニ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ｂ15対１入院基本料の場合）　92点 ホ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ｃ13対１入院基本料の場合）　355点 ヘ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院Ｃ15対１入院基本料の場合）　90点	
Ａ105 専門病院入院基本料（１日につき）	**Ａ105 専門病院入院基本料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,904点 ２　10対１入院基本料　1,552点 ３　13対１入院基本料　1,300点	１　７対１入院基本料　1,705点 ２　10対１入院基本料　1,421点 ３　13対１入院基本料　1,191点
【注の見直し】	注１　専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第７号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。 注２　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　512点 ロ　15日以上30日以内の期間　207点 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。 イ　看護必要度加算１　55点 ロ　看護必要度加算２　45点 ハ　看護必要度加算３　25点 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。 注５　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療	注１　専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
	注６　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ　臨床研修病院入院診療加算	
	ロ　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　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ル　乳幼児加算・幼児加算	ヌ　（略）
	ヲ　特定感染症入院医療管理加算	ル　（略）
	ワ　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　（略）
	カ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ワ　（略）
	ヨ　看護補助加算	カ　（略）
	タ　地域加算	ヨ　（略）
	レ　離島加算	タ　（略）
	ソ　療養環境加算	レ　（略）
	ツ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ソ　（略）
	ネ　特定感染症患者療養環境特別加算	ツ　（略）
	ナ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	ラ　重症者等療養環境特別加算	ネ　（略）
	ム　小児療養環境特別加算	ナ　（略）
	ウ　産科管理加算（１に限る。）	（新設）
	キ　無菌治療室管理加算	ラ　（略）
	ノ　放射線治療病室管理加算	ム　（略）
	オ　緩和ケア診療加算	ウ　（略）
	ク　小児緩和ケア診療加算	キ　（略）
	ヤ　精神科リエゾンチーム加算	ノ　（略）
	マ　強度行動障害入院医療管理加算	オ　（略）
	ケ　依存症入院医療管理加算	ク　（略）
	フ　摂食障害入院医療管理加算	ヤ　（略）
	コ　がん拠点病院加算	マ　（略）
	エ　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）	ケ　（略）
	テ　栄養サポートチーム加算	フ　（略）
	ア　口腔管理連携加算	（新設）
	サ　医療安全対策加算	コ　（略）
	キ　感染対策向上加算	エ　（略）
	ユ　患者サポート体制充実加算	テ　（略）
	メ　報告書管理体制加算	ア　（略）
	ミ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	サ　（略）
	シ　ハイリスク妊娠管理加算	キ　（略）
	ヱ　呼吸ケアチーム加算	ユ　（略）
	ヒ　術後疼痛管理チーム加算	メ　（略）
	モ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	ミ　後発医薬品使用体制加算
	セ　バイオ後続品使用体制加算	シ　（略）
	ス　病棟薬剤業務実施加算（１又は２に限る。）	ヱ　病棟薬剤業務実施加算１

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ン　データ提出加算	ヒ　（略）
	イイ　入退院支援加算（１のイ、２のイ又は３に限る。）	モ　（略）
	イロ　医療的ケア児（者）入院前支援加算	セ　（略）
	イハ　認知症ケア加算	ス　（略）
	イニ　精神疾患診療体制加算	ン　（略）
	イホ　薬剤総合評価調整加算	イイ　（略）
	イヘ　排尿自立支援加算	イロ　（略）
	イト　地域医療体制確保加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）	イハ　（略）
	イチ　協力対象施設入所者入院加算	イニ　（略）
	イリ　医療提供機能連携確保加算	（新設）
	注８　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注７までの規定にかかわらず、区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。	
	注９　別に厚生労働大臣が定める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。	
Ａ106 障害者施設等入院基本料（１日につき）		
	Ａ106 障害者施設等入院基本料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　７対１入院基本料　1,749点	１　７対１入院基本料　1,637点
	２　10対１入院基本料　1,475点	２　10対１入院基本料　1,375点
	３　13対１入院基本料　1,242点	３　13対１入院基本料　1,155点
	４　15対１入院基本料　1,083点	４　15対１入院基本料　1,010点
	注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。	
	注３　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　312点	
	ロ　15日以上30日以内の期間　167点	
	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。	
【点数の見直し】	注５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注13の規定にかかわらず、特定入院基本料として1,057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、943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。	注５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注13の規定にかかわらず、特定入院基本料として984点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、878点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
【点数の見直し】	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第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	← 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）
	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	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
	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,617点	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,517点
	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,477点	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,377点
	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	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
	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,449点	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,362点
	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,311点	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,224点
	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	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
	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,335点	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,262点
	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,197点	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,124点
【注の見直し】	注７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　臨床研修病院入院診療加算	イ　臨床研修病院入院診療加算
	ロ　在宅患者緊急入院診療加算	ロ　在宅患者緊急入院診療加算
	ハ　診療録管理体制加算	ハ　診療録管理体制加算
	ニ　医師事務作業補助体制加算	ニ　医師事務作業補助体制加算
	ホ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ヘ　乳幼児加算・幼児加算	ホ　（略）
	ト　特定感染症入院医療管理加算	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　看護配置加算	ヌ　（略）
	ヲ　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）	ル　（略）
	ワ　地域加算	ヲ　（略）
	カ　離島加算	ワ　（略）
	ヨ　療養環境加算	カ　（略）
	タ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	ヨ　（略）
	レ　特定感染症患者療養環境特別加算	タ　（略）
	ソ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	ツ　重症者等療養環境特別加算	レ　（略）
	ネ　強度行動障害入院医療管理加算	ソ　（略）
	ナ　栄養サポートチーム加算	ツ　（略）
	ラ　口腔管理連携加算	（新設）
	ム　医療安全対策加算	ネ　（略）
	ウ　感染対策向上加算	ナ　（略）
	ヰ　患者サポート体制充実加算	ラ　（略）
	ノ　報告書管理体制加算	ム　（略）
	オ　身体的拘束最小化推進体制加算	（新設）
	ク　褥瘡ハイリスク患者ケア加算	ウ　（略）
	ヤ　地域支援・医薬品供給対応体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）	ヰ　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。）
	マ　バイオ後続品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）	ノ　（略）
	ケ　データ提出加算	オ　（略）
	フ　入退院支援加算（１のハ又は２のロに限る。）	ク　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）
	コ　医療的ケア児（者）入院前支援加算	ヤ　（略）
	エ　認知症ケア加算	マ　（略）
	テ　排尿自立支援加算	ケ　（略）
	ア　協力対象施設入所者入院加算	フ　（略）
	注８　注６、注13又は注14に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。	
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助・患者ケア体制充	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	実加算は別に算定できない。	に算定できない。
	イ　14日以内の期間　146点	イ　14日以内の期間　146点
	ロ　15日以上30日以内の期間　121点	ロ　15日以上30日以内の期間　121点
	ハ　イ及びロ以外　50点	（新設）
【注の見直し】	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助・患者ケア体制充実加算３の例により所定点数に加算する。	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病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。
	イ　14日以内の期間	イ　14日以内の期間
	(1)　看護補助・患者ケア体制充実加算１　176点	(1)　看護補助体制充実加算１　176点
	(2)　看護補助・患者ケア体制充実加算２　161点	(2)　看護補助体制充実加算２　161点
	(3)　看護補助・患者ケア体制充実加算３　151点	(3)　看護補助体制充実加算３　151点
	ロ　15日以上30日以内の期間	ロ　15日以上30日以内の期間
	(1)　看護補助・患者ケア体制充実加算１　151点	(1)　看護補助体制充実加算１　151点
	(2)　看護補助・患者ケア体制充実加算２　136点	(2)　看護補助体制充実加算２　136点
	(3)　看護補助・患者ケア体制充実加算３　126点	(3)　看護補助体制充実加算３　126点
	ハ　イ及びロ以外	（新設）
	(1)　看護補助・患者ケア体制充実加算１　60点	
	(2)　看護補助・患者ケア体制充実加算２　55点	
	(3)　看護補助・患者ケア体制充実加算３　51点	
	注11　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り161点を所定点数に加算する。	
	注12　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注２の規定により算定される入院基本料及び注５に規定する特定入院基本料を含む。）は、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。	
【注の見直し】	注13　当該病棟に入院する脳卒中、脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３(2)のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患	注13　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３(2)のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	
	イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,464点	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,364点
	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,339点	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,239点
	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	ロ　13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,312点	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,225点
	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,187点	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,100点
	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	ハ　15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,208点	(1)　医療区分2の患者に相当するもの　1,135点
	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,083点	(2)　医療区分1の患者に相当するもの　1,010点
【点数の見直し】	注14　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注6及び注13に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	
	イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,681点	イ　7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,581点
	ロ　13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,507点	ロ　13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,420点
	ハ　15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,388点	ハ　15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,315点
	A107　削除	
A108 有床診療所入院基本料（1日につき）		
	A108 有床診療所入院基本料（1日につき）	
【点数の見直し】	1　有床診療所入院基本料1	1　有床診療所入院基本料1
	イ　14日以内の期間　1,027点	イ　14日以内の期間　932点
	ロ　15日以上30日以内の期間　819点	ロ　15日以上30日以内の期間　724点
	ハ　31日以上の期間　710点	ハ　31日以上の期間　615点
	2　有床診療所入院基本料2	2　有床診療所入院基本料2
	イ　14日以内の期間　930点	イ　14日以内の期間　835点
	ロ　15日以上30日以内の期間　722点	ロ　15日以上30日以内の期間　627点
	ハ　31日以上の期間　661点	ハ　31日以上の期間　566点
	3　有床診療所入院基本料3	3　有床診療所入院基本料3
	イ　14日以内の期間　711点	イ　14日以内の期間　616点
	ロ　15日以上30日以内の期間　673点	ロ　15日以上30日以内の期間　578点
	ハ　31日以上の期間　639点	ハ　31日以上の期間　544点
	4　有床診療所入院基本料4	4　有床診療所入院基本料4
	イ　14日以内の期間　933点	イ　14日以内の期間　838点
	ロ　15日以上30日以内の期間　747点	ロ　15日以上30日以内の期間　652点
	ハ　31日以上の期間　647点	ハ　31日以上の期間　552点
	5　有床診療所入院基本料5	5　有床診療所入院基本料5
	イ　14日以内の期間　845点	イ　14日以内の期間　750点
	ロ　15日以上30日以内の期間　659点	ロ　15日以上30日以内の期間　564点
	ハ　31日以上の期間　604点	ハ　31日以上の期間　509点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	6　有床診療所入院基本料６ イ　14日以内の期間　648点 ロ　15日以上30日以内の期間　614点 ハ　31日以上の期間　585点 注１　有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注２　当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ246に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。 注４　夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注５　医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　120点 ロ　医師配置加算２　90点 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。 イ　看護配置加算１　60点 ロ　看護配置加算２　35点 ハ　夜間看護配置加算１　105点 ニ　夜間看護配置加算２　55点 ホ　看護補助配置加算１　25点 ヘ　看護補助配置加算２　15点 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	6　有床診療所入院基本料６ イ　14日以内の期間　553点 ロ　15日以上30日以内の期間　519点 ハ　31日以上の期間　490点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
【注の見直し】	注８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ　救急医療管理加算	
	ロ　超急性期脳卒中加算	
	ハ　妊産婦緊急搬送入院加算	
	ニ　在宅患者緊急入院診療加算	
	ホ　診療録管理体制加算	
	ヘ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）	
	ト　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	チ　乳幼児加算・幼児加算	ト　（略）
	リ　特定感染症入院医療管理加算	チ　（略）
	ヌ　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）	リ　（略）
	ル　特殊疾患入院施設管理加算	ヌ　（略）
	ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ル　（略）
	ワ　地域加算	ヲ　（略）
	カ　離島加算	ワ　（略）
	ヨ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算	カ　（略）
	タ　特定感染症患者療養環境特別加算	ヨ　（略）
	レ　特定薬剤治療環境特別加算	（新設）
	ソ　小児療養環境特別加算	タ　（略）
	ツ　産科管理加算（２に限る。）	（新設）
	ネ　無菌治療室管理加算	レ　（略）
	ナ　放射線治療病室管理加算	ソ　（略）
	ラ　重症皮膚潰瘍管理加算	ツ　（略）
	ム　有床診療所緩和ケア診療加算	ネ　（略）
	ウ　口腔管理連携加算	（新設）
	ヰ　医療安全対策加算	ナ　（略）
	ノ　感染対策向上加算	ラ　（略）
	オ　患者サポート体制充実加算	ム　（略）
	ク　報告書管理体制加算	ウ　（略）
	ヤ　ハイリスク妊娠管理加算	ヰ　（略）
	マ　ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算に限る。）	ノ　（略）
	ケ　地域支援・医薬品供給対応体制加算	オ　後発医薬品使用体制加算
	フ　バイオ後続品使用体制加算	ク　（略）
	コ　入退院支援加算（１のイ又は２のイに限る。）	ヤ　（略）
	エ　医療的ケア児（者）入院前支援加算	マ　（略）
	テ　薬剤総合評価調整加算	ケ　（略）
	ア　排尿自立支援加算	フ　（略）
	サ　協力対象施設入所者入院加算	コ　（略）
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者）については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ　介護障害連携加算1　192点 ロ　介護障害連携加算2　38点	
A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）	**A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）**	
【点数の見直し】	1　入院基本料A　1,131点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,116点） 2　入院基本料B　1,018点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,002点） 3　入院基本料C　899点 （生活療養を受ける場合にあっては、884点） 4　入院基本料D　723点 （生活療養を受ける場合にあっては、708点） 5　入院基本料E　633点 （生活療養を受ける場合にあっては、618点） 注1　有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Ｅを算定する。	1　入院基本料A　1,073点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,058点） 2　入院基本料B　960点 （生活療養を受ける場合にあっては、944点） 3　入院基本料C　841点 （生活療養を受ける場合にあっては、826点） 4　入院基本料D　665点 （生活療養を受ける場合にあっては、650点） 5　入院基本料E　575点 （生活療養を受ける場合にあっては、560点）
【点数の見直し】	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、528点（生活療養を受ける場合にあっては、513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	注2　注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、493点（生活療養を受ける場合にあっては、478点）を算定できる。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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って、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ246に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	
	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき350点を所定点数に加算する。	
	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。	
【注の見直し】	注８　当該診療所においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	
	イ　在宅患者緊急入院診療加算	
	ロ　診療録管理体制加算	
	ハ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）	
	ニ　電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
	ホ　乳幼児加算・幼児加算	ニ　（略）
	ヘ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	ホ　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ト　地域加算 チ　離島加算 リ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算 ヌ　診療所療養病床療養環境加算 ル　診療所療養病床療養環境改善加算 ヲ　重症皮膚潰瘍管理加算 ワ　有床診療所緩和ケア診療加算 カ　口腔管理連携加算 ヨ　医療安全対策加算 タ　感染対策向上加算 レ　患者サポート体制充実加算 ソ　報告書管理体制加算 ツ　身体的拘束最小化推進体制加算 ネ　入退院支援加算（１のハ又は２のロに限る。） ナ　医療的ケア児（者）入院前支援加算 ラ　薬剤総合評価調整加算 ム　排尿自立支援加算 ウ　協力対象施設入所者入院加算 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。 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　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。 注12　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ039に掲げる血漿交換療法又はＪ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	ヘ　（略） ト　（略） チ　（略） リ　（略） ヌ　（略） ル　（略） ヲ　（略） （新設） ワ　（略） カ　（略） ヨ　（略） タ　（略） （新設） レ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。） ソ　（略） ツ　（略） ネ　（略） ナ　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第２節　入院基本料等加算		
Ａ200 急性期総合体制加算（１日につき）		
【名称の見直し】	**Ａ200 急性期総合体制加算（１日につき）**	**Ａ200 総合入院体制加算（１日につき）**
【項目の見直し】	１　急性期総合体制加算１	１　総合入院体制加算１　260点
	イ　７日以内の期間　530点	（新設）
	ロ　８日以上11日以内の期間　290点	（新設）
	ハ　12日以上14日以内の期間　210点	（新設）
	２　急性期総合体制加算２	２　総合入院体制加算２　200点
	イ　７日以内の期間　470点	（新設）
	ロ　８日以上11日以内の期間　230点	（新設）
	ハ　12日以上14日以内の期間　150点	（新設）
	３　急性期総合体制加算３	３　総合入院体制加算３　120点
	イ　７日以内の期間　440点	（新設）
	ロ　８日以上11日以内の期間　200点	（新設）
	ハ　12日以上14日以内の期間　120点	（新設）
	４　急性期総合体制加算４	（新設）
	イ　７日以内の期間　360点	
	ロ　８日以上11日以内の期間　150点	
	ハ　12日以上14日以内の期間　90点	
	５　急性期総合体制加算５	（新設）
	イ　７日以内の期間　300点	
	ロ　８日以上11日以内の期間　120点	
	ハ　12日以上14日以内の期間　60点	
【注の見直し】	注　総合的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減、処遇の改善に対する体制並びに地域の医療を支える体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期総合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、それぞれ所定点数に加算する。	注　急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ200-2に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。
【項目の削除】	（削る）	**Ａ200-2 急性期充実体制加算（１日につき）** １　急性期充実体制加算１ イ　７日以内の期間　440点 ロ　８日以上11日以内の期間　200点 ハ　12日以上14日以内の期間　120点 ２　急性期充実体制加算２ イ　７日以内の期間　360点 ロ　８日以上11日以内の期間　150点 ハ　12日以上14日以内の期間　90点 注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。 注２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　90点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　60点 注３　注２に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。
	A201 削除 **A202 削除** **A203 削除** **A204 地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）**　1,000点 注　地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A204-3に掲げる紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。 **A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）** １　基幹型　40点 ２　協力型　20点 注　医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。 **A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）**　800点 注　外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。	
【新設】	**A204-4 包括期充実体制加算（１日につき）**　80点 注　在宅医療並びに介護老人保健施設、介護医	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	療院及び特別養護老人ホームの後方支援を担う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３節の特定入院料のうち、包括期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。 **Ａ205 救急医療管理加算（１日につき）** １　救急医療管理加算１　1,050点 ２　救急医療管理加算２　420点 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算２を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して７日を限度として、210点を所定点数に加算する。 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。 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。 **Ａ205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日）** 10,800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、組織プラスミノー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、組織プラスミノー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。 **Ａ205-3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）** 7,000点 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、入院医療を必要とする異常が疑われ救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	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、入院医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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	て、入院初日に限り所定点数に加算する。	て、入院初日に限り所定点数に加算する。
	A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 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 2　連携医療機関である場合（1の場合を除く。）　2,000点 3　1及び2以外の場合　1,000点 注1　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 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。	
A207 診療録管理体制加算（入院初日）		
【点数の見直し】	**A207 診療録管理体制加算（入院初日）** 1　診療録管理体制加算1　100点 2　診療録管理体制加算2　30点	1　診療録管理体制加算1　140点 2　診療録管理体制加算2　100点
【項目の削除】	（削る）	3　診療録管理体制加算3　30点
	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。	
	A207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日） 1　医師事務作業補助体制加算1 イ　15対1補助体制加算　1,070点 ロ　20対1補助体制加算　855点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ハ　25対１補助体制加算　725点 ニ　30対１補助体制加算　630点 ホ　40対１補助体制加算　530点 ヘ　50対１補助体制加算　450点 ト　75対１補助体制加算　370点 チ　100対１補助体制加算　320点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　995点 ロ　20対１補助体制加算　790点 ハ　25対１補助体制加算　665点 ニ　30対１補助体制加算　580点 ホ　40対１補助体制加算　495点 ヘ　50対１補助体制加算　415点 ト　75対１補助体制加算　335点 チ　100対１補助体制加算　280点 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。 **A207-3　急性期看護補助体制加算（１日につき）** １　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割以上）　240点 ２　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割未満）　220点 ３　50対１急性期看護補助体制加算　200点 ４　75対１急性期看護補助体制加算　160点 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。 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　125点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　120点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　105点 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、71点を更に所定点数に加算する。 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。 イ　看護補助体制充実加算1　20点 ロ　看護補助体制充実加算2　5点 **A207-4 看護職員夜間配置加算（1日につき）** 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1　110点 ロ　看護職員夜間12対1配置加算2　90点 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　70点 ロ　看護職員夜間16対1配置加算2　45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。	
【新設】	**A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算** 1　電子的診療情報連携体制整備加算1　160点 2　電子的診療情報連携体制整備加算2　80点 注　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関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、電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。	（新設）
	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。）　333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。）　289点 ハ　診療所の場合　289点 2　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。）　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 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	いる患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
A209 特定感染症入院医療管理加算（１日につき）		
	A209 特定感染症入院医療管理加算（１日につき）	
	1　治療室の場合　200点	
	2　それ以外の場合　100点	
【注の見直し】	注　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症の患者、同条第５項に規定する四類感染症の患者、同条第６項に規定する五類感染症の患者、同条第８項に規定する指定感染症の患者及びその他他者に感染させた場合に重症になるおそれがある感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。	注　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症の患者、同条第５項に規定する四類感染症の患者、同条第６項に規定する五類感染症の患者及び同条第８項に規定する指定感染症の患者並びにこれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、１入院に限り７日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。
	A210 難病等特別入院診療加算（１日につき）	
	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	
	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。	
	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。	
	A211 特殊疾患入院施設管理加算（１日につき）　350点	
	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。	
	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）	
	1　超重症児（者）入院診療加算	
	イ　６歳未満の場合　800点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したこと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。 **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。 **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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。 注３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り176点を更に所定点数に加算する。 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。 イ　看護補助体制充実加算１　20点 ロ　看護補助体制充実加算２　５点	
【新設】	**A215 看護・多職種協働加算（１日につき）** 1　看護・多職種協働加算１　277点 2　看護・多職種協働加算２　255点 注　看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う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のうち、急性期一般入院料４を算定している患者については看護・多職種協働加算１を、急性期病院Ｂ一般入院料を算定している患者については看護・多職種協働加算２を、それぞれ所定点数に加算する。	（新設）
	A216 削除	
	A217 削除	
A218 地域加算（１日につき）		
	A218 地域加算（１日につき）	
【点数の見直し】	1　１級地　18点 2　２級地　14点 3　３級地　11点 4　４級地　７点 5　５級地　４点	1　１級地　18点 2　２級地　15点 3　３級地　14点 4　４級地　11点 5　５級地　９点
【項目の削除】	（削る） （削る）	6　６級地　５点 7　７級地　３点
	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。	
A218-2 離島加算（１日につき）		
【点数の見直し】	**A218-2 離島加算（１日につき）**　25点	**A218-2 離島加算（１日につき）**　18点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
	Ａ219 療養環境加算（１日につき）　　25点	
	注　１床当たりの平均床面積が８平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第２項第５号及び高齢者医療確保法第64条第２項第５号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	
	Ａ220 ＨＩＶ感染者療養環境特別加算（１日につき）	
	１　個室の場合　　350点	
	２　２人部屋の場合　　150点	
	注　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	
Ａ220-2 特定感染症患者療養環境特別加算（１日につき）		
	Ａ220-2 特定感染症患者療養環境特別加算（１日につき）	
	１　個室加算　　300点	
	２　陰圧室加算　　200点	
【注の見直し】	注　保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。	
	イ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症	
	ロ　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症	
	ハ　感染症法第６条第５項に規定する四類感染症	
	ニ　感染症法第６条第６項に規定する五類感染症	
	ホ　感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症	
	ヘ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症	
	ト　その他個室管理が必要な感染症	（新設）
【新設】	**Ａ220-3 特定薬剤治療環境特別加算（１日につ**	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	き）　300点 注　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、特定薬剤治療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、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成15年法律第97号。以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に、特定薬剤治療環境特別加算として、所定点数に加算する。 **Ａ221　重症者等療養環境特別加算（１日につき）** １　個室の場合　300点 ２　２人部屋の場合　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。 **Ａ221-2　小児療養環境特別加算（１日につき）**　300点 注　治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。	
【新設】	**Ａ221-3　産科管理加算（１日につき）** １　病院の場合　250点 ２　有床診療所の場合　50点 注　母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備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、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。	（新設）
	Ａ222　療養病棟療養環境加算（１日につき） １　療養病棟療養環境加算１　132点 ２　療養病棟療養環境加算２　115点 注　療養病棟であって、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。 **Ａ222-2　療養病棟療養環境改善加算（１日につき）** １　療養病棟療養環境改善加算１　80点 ２　療養病棟療養環境改善加算２　20点 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **Ａ223 診療所療養病床療養環境加算（１日につき）** 100点 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。 **Ａ223-2 診療所療養病床療養環境改善加算（１日につき）** 35点 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。 **Ａ224 無菌治療室管理加算（１日につき）** １　無菌治療室管理加算１ 3,000点 ２　無菌治療室管理加算２ 2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は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。 **Ａ225 放射線治療病室管理加算（１日につき）** １　治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点 ２　密封小線源による治療の場合 2,200点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。 **Ａ226 重症皮膚潰瘍管理加算（１日につき）** 18点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満た	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **Ａ226-2 緩和ケア診療加算（１日につき）** 390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。 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。 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。 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。 **Ａ226-3 有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）** 250点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。 **Ａ226-4 小児緩和ケア診療加算（１日につき）** 700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15歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ226-2に掲げる緩和ケア診療加算は別に算定できない。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合に	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	は、小児個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。 **A227 精神科措置入院診療加算（入院初日）** 2,500点 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。 **A228 精神科応急入院施設管理加算（入院初日）** 2,500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第33条の６第１項に規定する入院等に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。 **A229 精神科隔離室管理加算（１日につき）** 220点 注　精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健福祉法第36条第３項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、月７日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の６第１項に規定する入院に係る患者について、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院中は精神科隔離室管理加算を算定しない。 **A230 精神病棟入院時医学管理加算（１日につき）** 5点 注　医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **A230-2 精神科地域移行実施加算（１日につき）** 20点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が５年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 **A230-3 精神科身体合併症管理加算（１日につき）**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	1　7日以内　450点 2　8日以上15日以内　300点 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。	
A230-4 精神科リエゾンチーム加算		
【名称の見直し】	**A230-4 精神科リエゾンチーム加算**	**A230-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回）** 300点
【項目の見直し】	1　認知症又はせん妄の場合　300点 2　それ以外の場合　700点	（新設） （新設）
【注の見直し】	注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、週1回に限り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。	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。
【注の追加】	注2　2について、週2回以上精神科リエゾンチームによる診療を行った場合は、複数回診療加算として、週1回に限り300点を加算する。	（新設）
【新設】	**A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算**　700点 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疾患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、精神科慢性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、1月に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A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。	（新設）
	A231 削除	
	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）　300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	を行った場合に、所定点数に加算する。 **A231-3 依存症入院医療管理加算（1日につき）** 1　30日以内　200点 2　31日以上60日以内　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、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。 **A231-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）** 1　30日以内　200点 2　31日以上60日以内　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 **A232 がん拠点病院加算（入院初日）** 1　がん診療連携拠点病院加算 イ　がん診療連携拠点病院　500点 ロ　地域がん診療病院　300点 2　小児がん拠点病院加算　750点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、1のイ又はロの当該加算の点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。 注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。	
A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 【項目の見直し】	**A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）** 1　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1　150点	**A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）**　120点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	2　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２　90点	（新設）
【注の見直し】	注　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。	注　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。
	Ａ233-2 栄養サポートチーム加算（週１回）　200点	
	注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	
	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。	
	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。	
【新設】	**Ａ233-3 口腔管理連携加算**　600点	（新設）
	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のう	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断したものについて、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、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い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は、所定点数に含まれるものとする。	
Ａ234 医療安全対策加算（入院初日）		
	Ａ234 医療安全対策加算（入院初日）	
【点数の見直し】	１　医療安全対策加算１　160点 ２　医療安全対策加算２　70点	１　医療安全対策加算１　85点 ２　医療安全対策加算２　30点
	注１　別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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（ロについては、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。 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	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。 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
Ａ234-2 感染対策向上加算（入院初日）		
	Ａ234-2 感染対策向上加算（入院初日） １　感染対策向上加算１　710点 ２　感染対策向上加算２　175点 ３　感染対策向上加算３　75点	
	注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）それぞれ所定点数に加算する。	
	注２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注３　感染対策向上加算１を算定する場合について、院内感染防止対策及び抗菌薬の適正使用につき別に厚生労働大臣が定める施設	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	基準に適合している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、微生物学的検査体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	
	注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。	注３（略）
	注５　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、３点を更に所定点数に加算する。	注４（略）
	注６　感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用体制加算として、５点を更に所定点数に加算する。	注５（略）
	Ａ234-3　患者サポート体制充実加算（入院初日）　70点 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。	
	Ａ234-4　重症患者初期支援充実加算（１日につき）　300点 注　特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。	
	Ａ234-5　報告書管理体制加算（退院時１回）　７点 注　組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第４部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時１回に限り、所定点数に加算する。	
【新設】	**Ａ235　身体的拘束最小化推進体制加算（１日につき）**　40点	**Ａ235　削除**

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注　身体的拘束最小化について質の高い取組を行う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。）及び第３節の特定入院料のうち、身体的拘束最小化推進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、所定点数に加算する。 **Ａ236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回）**　500点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。 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。 **Ａ236-2 ハイリスク妊娠管理加算（１日につき）**　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。 **Ａ237 ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）** １　ハイリスク分娩管理加算　3,200点 ２　地域連携分娩管理加算　3,200点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ついて、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。 注３　ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、１又は２に含まれるものとする。 **Ａ238 削除** **Ａ238-2 削除** **Ａ238-3 削除** **Ａ238-4 削除** **Ａ238-5 削除** **Ａ238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）**　1,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。 **Ａ238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）**　2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号Ａ238-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。 **Ａ238-8 削除** **Ａ238-9 削除** **Ａ239 削除** **Ａ240 削除** **Ａ241 削除** **Ａ242 呼吸ケアチーム加算（週１回）**　150点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必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。	
Ａ242-2 術後疼痛管理チーム加算（１日につき） 【注の見直し】	**Ａ242-2 術後疼痛管理チーム加算（１日につき）**　100点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｌ008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	保に伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。	式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。
Ａ243 地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日）		
【名称の見直し】	**Ａ243 地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日）**	**Ａ243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）**
【項目の見直し】	１　地域支援・医薬品供給対応体制加算１　87点 ２　地域支援・医薬品供給対応体制加算２　82点 ３　地域支援・医薬品供給対応体制加算３　77点	１　後発医薬品使用体制加算１　87点 ２　後発医薬品使用体制加算２　82点 ３　後発医薬品使用体制加算３　77点
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、地域支援・医薬品供給対応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。	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。
Ａ243-2 バイオ後続品使用体制加算		
【名称の見直し】	**Ａ243-2 バイオ後続品使用体制加算**　100点	**Ａ243-2 バイオ後続品使用体制加算（入院初日）**　100点
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、退院の日に１回に限り所定点数に加算する。	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、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。
Ａ244 病棟薬剤業務実施加算		
【項目の見直し】	**Ａ244 病棟薬剤業務実施加算** １　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　300点 ２　病棟薬剤業務実施加算２（週１回）　120点 ３　病棟薬剤業務実施加算３（１日につき）　100点	（新設） 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
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に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から病棟薬剤業務実施加算３まで	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算１又は病棟薬剤業務実施加算２を算

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	のいずれか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及び病棟薬剤業務実施加算２にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算３にあっては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。	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にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては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。
【注の見直し】	注２　病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算１又は病棟薬剤業務実施加算２を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週１回に限り100点を所定点数に加算する。	注２　病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週１回に限り100点を所定点数に加算する。
A245 データ提出加算	**A245 データ提出加算** １　データ提出加算１（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合 145点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合 215点 ２　データ提出加算２（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合 155点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合 225点 ３　データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合 145点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合 215点 ４　データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合 155点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合 225点 注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。	
【注の見直し】	注２　３及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本	注２　３及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに１回、所定点数に加算する。	料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに１回、所定点数に加算する。
A246　入退院支援加算（退院時１回） 【項目の見直し】	**A246　入退院支援加算（退院時１回）** １　入退院支援加算１ イ　一般病棟入院基本料等の場合　700点 ロ　地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合　1,000点 ハ　療養病棟入院基本料等の場合　1,300点 ２　入退院支援加算２ イ　一般病棟入院基本料等の場合　190点 ロ　療養病棟入院基本料等の場合　635点 ３　入退院支援加算３　1,200点 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。 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 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 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。 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	１　入退院支援加算１ （新設） ロ　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。 イ　当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は区分番号Ａ303の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合 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 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料は別に算定できない。 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る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合 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る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合	
【注の追加】	注５　注４の加算を算定する患者について、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	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。	
	注６　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注２に規定する届出の有無にかかわらず、注２に規定する加算の点数に代えて、入退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。	注５（略）
	注７　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。	注６（略）
	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、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。 イ　入院時支援加算１　240点 ロ　入院時支援加算２　200点	注７（略）
	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入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。	注８（略）
	注10　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。	注９（略）
A246-2 精神科入退院支援加算（退院時１回）	**A246-2 精神科入退院支援加算（退院時１回）** 1,000点	
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の注８若しくは区分番号Ａ312に掲げる精神療養病棟入院料の注５に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。 イ　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の注７若しくは区分番号Ａ312に掲げる精神療養病棟入院料の注５に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ロ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合	
	注２　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。	
A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算	**A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算** 1,000点	
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき１回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。	
	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、当該加算の点数に代えて、500点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注３　区分番号A246の注８に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。	注３　区分番号A246の注７に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。
A247 認知症ケア加算（１日につき）	**A247 認知症ケア加算（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
	イ　14日以内の期間　186点	イ　14日以内の期間　180点
	ロ　15日以上の期間　39点	ロ　15日以上の期間　34点
	２　認知症ケア加算２	２　認知症ケア加算２
	イ　14日以内の期間　115点	イ　14日以内の期間　112点
	ロ　15日以上の期間　31点	ロ　15日以上の期間　28点
	３　認知症ケア加算３	３　認知症ケア加算３
	イ　14日以内の期間　47点	イ　14日以内の期間　44点
	ロ　15日以上の期間　13点	ロ　15日以上の期間　10点
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ａ247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。	
【点数の見直し】	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の20に相当する点数により算定する。	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
	Ａ247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算（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に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。	
	Ａ248 精神疾患診療体制加算 １　精神疾患診療体制加算１（入院初日）　1,000点 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 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。 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。	
	Ａ249 精神科急性期医師配置加算（１日につき） １　精神科急性期医師配置加算１　600点 ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　精神病棟入院基本料等の場合　500点 ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　450点 ３　精神科急性期医師配置加算３　400点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。	
Ａ250 薬剤総合評価調整加算（退院時１回） 【点数の見直し】 【注の見直し】	**Ａ250 薬剤総合評価調整加算（退院時１回）** 160点 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。 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、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合 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。 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 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	**Ａ250 薬剤総合評価調整加算（退院時１回）** 100点 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 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合
	Ａ251 排尿自立支援加算（週１回）　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。	
Ａ252 地域医療体制確保加算（入院初日）	**Ａ252 地域医療体制確保加算（入院初日）**	**Ａ252 地域医療体制確保加算（入院初日）** 620点
【項目の見直し】	１　地域医療体制確保加算１　620点 ２　地域医療体制確保加算２　720点	（新設） （新設）
【注の見直し】	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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所	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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	定点数に加算する。 **A253 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）** 1　往診が行われた場合　600点 2　1以外の場合　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介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。	
【新設】	**A254 医療提供機能連携確保加算（入院初日）**　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、医療提供機能連携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。	（新設）
【新設】	**A255 精神科地域密着多機能体制加算（1日につき）** 1　精神科地域密着多機能体制加算1　800点 2　精神科地域密着多機能体制加算2　250点 3　精神科地域密着多機能体制加算3　50点 注　精神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に適合している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、精神科地域密着多機能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、それぞれ所定点数に加算する。	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第３節　特定入院料		
Ａ300　救命救急入院料（１日につき）		
	Ａ300　救命救急入院料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　救命救急入院料１	１　救命救急入院料１
	イ　３日以内の期間　12,379点	イ　３日以内の期間　10,268点
	ロ　４日以上７日以内の期間　11,240点	ロ　４日以上７日以内の期間　9,292点
	ハ　８日以上の期間　9,894点	ハ　８日以上の期間　7,934点
	２　救命救急入院料２	２　救命救急入院料２
	イ　３日以内の期間　10,623点	イ　３日以内の期間　11,847点
	ロ　４日以上７日以内の期間　9,629点	ロ　４日以上７日以内の期間　10,731点
	ハ　８日以上の期間　8,469点	ハ　８日以上の期間　9,413点
【項目の削除】	（削る）	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　10,268点
		(2)　４日以上７日以内の期間　9,292点
		(3)　８日以上の期間　7,934点
		ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(1)　３日以内の期間　10,268点
		(2)　４日以上７日以内の期間　9,292点
		(3)　８日以上60日以内の期間　8,356点
	（削る）	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　11,847点
		(2)　４日以上７日以内の期間　10,731点
		(3)　８日以上の期間　9,413点
		ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(1)　３日以内の期間　11,847点
		(2)　４日以上７日以内の期間　10,731点
		(3)　８日以上14日以内の期間　9,413点
		(4)　15日以上60日以内の期間　8,356点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注12に規定する加算を算定する患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
	注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であ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、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。 イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に届け出た保険医療機関において行った場合　7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点 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合しているものと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。 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。 イ　急性薬毒物中毒加算１（機器分析）　5,000点 ロ　急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）　350点 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。	
【注の見直し】	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。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算３、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（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）及び同部第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８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） 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。）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	
	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	
	注10　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｉ002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。	
【注の見直し】	注11　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料１に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　３日以内の期間　750点 ロ　４日以上７日以内の期間　500点 ハ　８日以上14日以内の期間　300点	注11　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
【注の追加】	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において、広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して８日以降60日までの期間に限り、200点を所定点数に加算する。	（新設）
Ａ301 特定集中治療室管理料（１日につき）		
	Ａ301 特定集中治療室管理料（１日につき）	
【項目の見直し】	１　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,980点 ロ　８日以上の期間　13,371点 （削る）	１　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,406点 ロ　８日以上の期間　12,828点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,406点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		(2)　8日以上の期間　12,828点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　7日以内の期間　14,406点 (2)　8日以上60日以内の期間　13,028点
	2　特定集中治療室管理料2 イ　7日以内の期間　10,390点 ロ　8日以上の期間　8,773点 （削る）	3　特定集中治療室管理料3 イ　7日以内の期間　9,890点 ロ　8日以上の期間　8,307点 4　特定集中治療室管理料4 イ　特定集中治療室管理料 (1)　7日以内の期間　9,890点 (2)　8日以上の期間　8,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　7日以内の期間　9,890点 (2)　8日以上60日以内の期間　8,507点
	3　特定集中治療室管理料3 イ　7日以内の期間　9,390点 ロ　8日以上の期間　7,770点 （削る）	5　特定集中治療室管理料5 イ　7日以内の期間　8,890点 ロ　8日以上の期間　7,307点 6　特定集中治療室管理料6 イ　特定集中治療室管理料 (1)　7日以内の期間　8,890点 (2)　8日以上の期間　7,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 (1)　7日以内の期間　8,890点 (2)　8日以上60日以内の期間　7,507点
【注の見直し】	注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があっ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に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注8に規定する加算を算定する患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2、4及び6に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2、4及び6に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
	注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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	
【注の見直し】	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、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、口腔管理連携加算、医	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算3、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（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）及び同部第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。 注5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。 注6　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　3日以内の期間　750点 ロ　4日以上7日以内の期間　500点 ハ　8日以上14日以内の期間　300点	染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ　第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
【注の見直し】	注7　特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料3を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機	注7　特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。	器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。
【注の追加】	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、広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して８日以降60日までの期間に限り、200点を所定点数に加算する。	（新設）
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）	**A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　ハイケアユニット入院医療管理料１ 7,202点 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２ 4,501点	１　ハイケアユニット入院医療管理料１ 6,889点 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２ 4,250点
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、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。	
	イ　入院基本料	
	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算３、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。）	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
	ハ　第２章第３部の各区分の検査（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）及び同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）	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３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行っ	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	た場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	
【注の追加】	注５　注１に規定するハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号Ａ301に掲げる特定集中治療室管理料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21日を限度として4,401点を算定する。	（新設）
Ａ301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）		
【点数の見直し】	**Ａ301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）** 6,365点	**Ａ301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）** 6,045点
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。	
	イ　入院基本料	
	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算３、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	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。）
Ａ301-4 小児特定集中治療室管理料（１日につき）	**Ａ301-4 小児特定集中治療室管理料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　７日以内の期間　16,925点 ２　８日以上の期間　14,784点	１　７日以内の期間　16,362点 ２　８日以上の期間　14,256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、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があっ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っては21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査（区分番号Ｄ006-19に掲げるがんゲノム	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	プロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、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。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算３、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　第13部第１節の病理標本作製料 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	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。 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
Ａ302 新生児特定集中治療室管理料（１日につき）	**Ａ302 新生児特定集中治療室管理料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　新生児特定集中治療室管理料１　10,931点 ２　新生児特定集中治療室管理料２　8,790点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	１　新生児特定集中治療室管理料１　10,584点 ２　新生児特定集中治療室管理料２　8,472点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、区分番号A303の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児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、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算３、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。） 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　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ　第13部第１節の病理標本作製料	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき） 【点数の見直し】	**A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）**　15,108点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号A303の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算し	**A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）**　14,539点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	て、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して７日を限度として、所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に含まれるものとする。	
	イ　入院基本料	
	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算３、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。）	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（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。）
	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　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）	
	チ　第13部第１節の病理標本作製料	
Ａ303 総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）		
	Ａ303 総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　母体・胎児集中治療室管理料　7,723点	１　母体・胎児集中治療室管理料　7,417点
	２　新生児集中治療室管理料　10,931点	２　新生児集中治療室管理料　10,584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、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号Ａ303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算3、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ　第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。） ニ　点滴注射 ホ　中心静脈注射 ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ト　留置カテーテル設置 チ　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） リ　第13部第1節の病理標本作製料 注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 【点数の見直し】	**A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）**　5,931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、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出	**A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき）**　5,728点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。	
【注の見直し】	注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） 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　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） チ　第13部第１節の病理標本作製料	ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（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。）
A304 地域包括医療病棟入院料（１日につき） 【項目の見直し】	**A304 地域包括医療病棟入院料（１日につき）** 1　地域包括医療病棟入院料１ イ　入院料１　3,367点 ロ　入院料２　3,267点 ハ　入院料３　3,117点 2　地域包括医療病棟入院料２ イ　入院料１　3,316点 ロ　入院料２　3,216点 ハ　入院料３　3,066点	**A304 地域包括医療病棟入院料（１日につき）** 3,050点 （新設） （新設）
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該基準に係る区分に従って、それぞれ所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。
【注の追加】	注２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	（新設）
	注３　入院した日から起算して14日を限度とし	注２（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	て、初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。 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。	注３（略）
【注の見直し】	注５　診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院料に含まれるものとする。 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、包括期充実体制加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、栄養サポートチーム加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（１及び２に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算、協力対象施設入所者入院加算及び医療提供機能連携確保加算を除く。） ハ　第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ000からＢ001-3-3まで、Ｂ001-6からＢ015まで及びＢ200に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｂ000からＢ001-3-3まで及びＢ001-6からＢ015までに掲げるものに係るものに限る。）を除く。）	注４　診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院料に含まれるものとする。 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、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（１に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。） ハ　第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、Ｂ001に掲げる特定疾患治療管理料、Ｂ001-2に掲げる小児科外来診療料、Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、Ｂ001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料、Ｂ001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、Ｂ001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、Ｂ001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、Ｂ001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料 、Ｂ001-2-9に掲げる地域包括診療料、Ｂ001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、Ｂ001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、Ｂ001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、Ｂ001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）、Ｂ001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、Ｂ001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）、Ｂ001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、Ｂ001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、Ｂ001-8に掲げる臍ヘルニア圧迫指導管理料、Ｂ001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１、Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２、Ｂ005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、Ｂ005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、Ｂ005-4に掲げるハイリスク

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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、B004に掲げる退院時共同指導料１、B005に掲げる退院時共同指導料２、B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料、B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、B005-5に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料、B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、B005-7-2に掲げる認知症療養指導料、B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、B005-9に掲げる外来排尿自立指導料、B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料１、B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料２、B005-11に掲げる遠隔連携診療料、B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）、B005-13に掲げるこころの連携指導料（Ⅱ）、B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、B006に掲げる救急救命管理料、B006-3に掲げる退院時リハビリテーション指導料、B007に掲げる退院前訪問指導料、B007-2に掲げる退院後訪問指導料、B008に掲げる薬剤管理指導料、B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料、B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、B010-2に掲げる診療情報連携共有料、B011に掲げる連携強化診療情報提供料、B011-3に掲げる薬剤情報提供料、B011-4に掲げる医療機器安全管理料、B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-6に掲げる栄養情報連携料、B012に掲げる傷病手当金意見書交付料、B013に掲げる療養費同意書交付料、B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料及びB015に掲げる精神科退院時共同指導料に係るものに限る。）を除く。）
	ニ　第３部検査（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2まで、D500に掲げる薬剤（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2までに掲げる検査に係るものに限る。）及びD600に掲げる特定保険医療材料（区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2までに掲げる検査に係るものに限る。）を除く。）	ニ　第３部検査（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、D298に掲げる喉裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコピー、D300に掲げる中耳ファイバースコピー、D300-2に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気管支ファイバースコピー、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		ファイバースコピー、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、D309に掲げる胆道ファイバースコピー、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコピー、D312-2に掲げる回腸嚢ファイバースコピー、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコピー、D316に掲げるクルドスコピー、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、D320に掲げるヒステロスコピー、D321に掲げるコルポスコピー、D322に掲げる子宮ファイバースコピー、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髄穿刺、D404-2に掲げる骨髄生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、D412-2に掲げる経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法（１臓器につき）、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ-ＦＮＡ）、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ-ＴＢＮＡ）、D415-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D415-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮膣部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取、D419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査、D500に掲げる薬剤（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補

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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腟部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に係るものに限る。）及びD600に掲げる特定保険医療材料（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、D298に掲げる喉裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコピー、D300に掲げる中耳ファイバースコピー、D300-2に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気管支ファイバースコピー、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコピー、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、D309に掲げる胆道ファイバースコピー、D310に掲げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファイバースコピー、D312-2に掲げる回腸嚢ファイバースコピー、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコピー、D316に掲げるクルドスコピー、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコピー（片側）、D320に掲げるヒステロスコピー、D321に掲げるコルポスコピー、D322に掲げる子宮ファイバースコピー、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髄穿刺、D404-2に掲げる骨髄生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）、D412-2に掲げる

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法（１臓器につき）、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ-ＦＮＡ）、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ-ＴＢＮＡ）、D415-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D415-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腟部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査に係るものに限る。）を除く。）
	ホ　第４部画像診断（通則第４号及び第６号に掲げる画像診断管理加算１、通則第５号及び第８号に掲げる画像診断管理加算２、画像診断管理加算３及び画像診断管理加算４、通則第７号に掲げる画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）並びに区分番号Ｅ003（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）、Ｅ300に掲げる薬剤（区分番号Ｅ003（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）に係るものに限る。）並びにＥ401に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｅ003（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）に係るものに限る。）を除く。）	ホ　第４部画像診断（通則第４号及び第６号に掲げる画像診断管理加算１、通則第５号及び第７号に掲げる画像診断管理加算２、画像診断管理加算３及び画像診断管理加算４、区分番号Ｅ003に掲げる造影剤注入手技（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）、Ｅ300に掲げる薬剤（区分番号Ｅ003に掲げる造影剤注入手技（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）に係るものに限る。）並びにＥ401に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｅ003に掲げる造影剤注入手技（３のイ（注１及び注２を含む。）に限る。）に係るものに限る。）を除く。）
	ヘ　第５部投薬（除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）	
	ト　第６部注射（区分番号Ｇ020に掲げる無菌製剤処理料及び除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）	
	チ　第７部第２節薬剤料	
	リ　第８部第２節薬剤料	
	ヌ　第９部処置（区分番号Ｊ001（５に限る。）、Ｊ003、Ｊ003-3、Ｊ003-4、Ｊ007-2、Ｊ010-2、Ｊ017、Ｊ017-2、Ｊ027、Ｊ034、Ｊ034-3、Ｊ038からＪ042まで、Ｊ043-6、Ｊ043-7、Ｊ045（３のイに限る。）、Ｊ045-2、Ｊ045-3、Ｊ047、Ｊ047-2、Ｊ049、Ｊ052-2、Ｊ054-2、Ｊ062、Ｊ062-2、Ｊ116-5、Ｊ118-4、Ｊ122（４から６までに限る。ただし、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を除く。）、Ｊ123からＪ128まで（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を除く。）、Ｊ129（２に限る。ただし、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を除く。）、Ｊ129-2（２に限る。ただし、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を除く。）、Ｊ300に掲げる薬剤（区分番号Ｊ001（５に限る。）、Ｊ003、Ｊ003-3、Ｊ003-4、Ｊ007-2、Ｊ010-2、Ｊ017、Ｊ017-2、Ｊ027、Ｊ034、Ｊ034-3、Ｊ038からＪ042まで、Ｊ043-6、Ｊ043-7、Ｊ045（３のイに限る。）、Ｊ045-2、Ｊ045-3、Ｊ047、Ｊ	ヌ　第９部処置（区分番号Ｊ001に掲げる熱傷処置（５に限る。）、Ｊ003に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、Ｊ003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、Ｊ003-4に掲げる多血小板血漿処置、Ｊ007-2に掲げる硬膜外自家血注入、Ｊ010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、Ｊ017に掲げるエタノールの局所注入、Ｊ017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、Ｊ027に掲げる高気圧酸素治療、Ｊ034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、Ｊ038に掲げる人工腎臓、Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ039に掲げる血漿交換療法、Ｊ040に掲げる局所灌流、Ｊ041に掲げる吸着式血液浄化法、Ｊ041-2に掲げる血球成分除去療法、Ｊ042に掲げる腹膜灌流、Ｊ043-6に掲げる人工膵臓療法、Ｊ043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、Ｊ045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、Ｊ047に掲げるカウンターショック、Ｊ047-2に掲げる心腔内除細動、Ｊ049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、Ｊ052-2に掲げる熱傷温浴療法、Ｊ054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、Ｊ062に掲げる腎

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J062-2、J116-5、J118-4、J122（4から6までに限る。ただし、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を除く。）、J123からJ128まで（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を除く。）、J129（2に限る。ただし、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を除く。）及びJ129-2（2に限る。ただし、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を除く。）に係るものに限る。）及びJ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J001（5に限る。）、J003、J003-3、J003-4、J007-2、J010-2、J017、J017-2、J027、J034、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J043－7、J045（3のイに限る。）、J045-2、J045-3、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J062-2、J116-5、J118-4、J122（4から6までに限る。ただし、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を除く。）、J123からJ128まで（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を除く。）、J129（2に限る。ただし、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を除く。）及びJ129-2（2に限る。ただし、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を除く。）に係るものに限る。）を除く。）	盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、J116-5に掲げる酵素注射療法、J118-4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、J122に掲げる四肢ギプス包帯（4から6までに限る。ただし、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を除く。）、J123に掲げる体幹ギプス包帯（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を除く。）、J124に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（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を除く。）、J125に掲げるギプスベッド（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を除く。）、J126に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（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を除く。）、J127に掲げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（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を除く。）、J128に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（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を除く。）、J129に掲げる義肢採型法（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J300に掲げる薬剤（区分番号J001に掲げる熱傷処置（5に限る。）、J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、J003-4に掲げる多血小板血漿処置、J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017に掲げるエタノールの局所注入、J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、J027に掲げる高気圧酸素治療、J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法、J040に掲げる局所灌流、J041に掲げる吸着式血液浄化法、J041-2に掲げる血球成分除去療法、J042に掲げる腹膜灌流、J043-6に掲げる人工膵臓療法、J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、J047に掲げるカウンターショック、J047-2に掲げる心腔内除細動、J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2に掲げる熱傷温浴療法、J054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、J062に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、J116-5に掲げる酵素注射療法、J118-4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、J122に掲げる四肢ギプス包帯（4から6までに限る。ただし、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を除く。）、J123に掲げる体幹ギプス包帯（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を除く。）、J

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		124に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（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を除く。）、Ｊ125に掲げるギプスベッド（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を除く。）、Ｊ126に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ127に掲げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ128に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ129に掲げる義肢採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に係るものに限る。）及びＪ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ001に掲げる熱傷処置（５に限る。）、Ｊ003に掲げる局所陰圧閉鎖処置（入院）、Ｊ003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、Ｊ003-4に掲げる多血小板血漿処置、Ｊ007-2に掲げる硬膜外自家血注入、Ｊ010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、Ｊ017に掲げるエタノールの局所注入、Ｊ017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、Ｊ027に掲げる高気圧酸素治療、Ｊ034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、Ｊ038に掲げる人工腎臓、Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ039に掲げる血漿交換療法、Ｊ040に掲げる局所灌流、Ｊ041に掲げる吸着式血液浄化法、Ｊ041-2に掲げる血球成分除去療法、Ｊ042に掲げる腹膜灌流、Ｊ043-6に掲げる人工膵臓療法、Ｊ043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、Ｊ045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、Ｊ047に掲げるカウンターショック、Ｊ047-2に掲げる心腔内除細動、Ｊ049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、Ｊ052-2に掲げる熱傷温浴療法、Ｊ054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、Ｊ062に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、Ｊ116-5に掲げる酵素注射療法、Ｊ118-4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、Ｊ122に掲げる四肢ギプス包帯（４から６までに限る。ただし、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を除く。）、Ｊ123に掲げる体幹ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ124に掲げる鎖骨ギプス包帯（片側）（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を除く。）、Ｊ125に掲げるギプスベッド（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を除く。）、Ｊ126に掲げる斜頸矯正ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ127に掲

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		げる先天性股関節脱臼ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ128に掲げる脊椎側弯矯正ギプス包帯（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を除く。）、Ｊ129に掲げる義肢採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）及びＪ129-2に掲げる練習用仮義足又は仮義手採型法（２に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に係るものに限る。）を除く。）
	ル　第13部第１節病理標本作製料（区分番号Ｎ003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（１手術につき）を除く。）	
	注６　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。	注５（略）
	イ　25対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　240点	
	ロ　25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点	
	ハ　50対１看護補助体制加算　200点	
	ニ　75対１看護補助体制加算　160点	
	注７　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。	注６（略）
	イ　夜間30対１看護補助体制加算　125点	
	ロ　夜間50対１看護補助体制加算　120点	
	ハ　夜間100対１看護補助体制加算　105点	
	注８　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。	注７（略）
【注の見直し】	注９　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、看護補助・患者ケア体制充実加算として、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助・患者ケア体制充実加算３の例により所定点数に加算する。	注８　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、看護補助体制充実加算として、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。
	イ　看護補助・患者ケア体制充実加算１	イ　看護補助体制充実加算１　25点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	25点 ロ　看護補助・患者ケア体制充実加算２ 15点 ハ　看護補助・患者ケア体制充実加算３ ５点	ロ　看護補助体制充実加算２　15点 ハ　看護補助体制充実加算３　５点
	注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。 イ　看護職員夜間12対１配置加算 (1)　看護職員夜間12対１配置加算１ 110点 (2)　看護職員夜間12対１配置加算２ 90点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 (1)　看護職員夜間16対１配置加算１ 70点 (2)　看護職員夜間16対１配置加算２ 45点	注９（略）
【注の見直し】	注11　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 イ　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算１　110点 ロ　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算２　50点	注10　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として80点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。 （新設） （新設）
Ａ305 一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）		
	Ａ305 一類感染症患者入院医療管理料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　14日以内の期間　9,732点 ２　15日以上の期間　8,466点	１　14日以内の期間　9,413点 ２　15日以上の期間　8,147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。	
【注の見直し】	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。 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、口腔管理	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。） ニ　留置カテーテル設置 ホ　第13部第１節の病理標本作製料	対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
Ａ306 特殊疾患入院医療管理料（１日につき） 【点数の見直し】	**Ａ306 特殊疾患入院医療管理料（１日につき）** 2,172点 注１　重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について､所定点数を算定する。 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。 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。	**Ａ306 特殊疾患入院医療管理料（１日につき）** 2,090点
【点数の見直し】	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3⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の3⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの 2,009点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの 1,843点	イ　医療区分２の患者に相当するもの 1,927点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの 1,761点
【注の見直し】	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、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、身体的拘束最小化推進体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のハ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。	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、特定感染症患者療養環境特別加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注６　当該病室に入院する脳卒中、脳卒中の後	注６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,816点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,670点	後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,734点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,588点
【点数の見直し】	注７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ039に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、2,093点を算定する。	注７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ039に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、2,011点を算定する。
Ａ307 小児入院医療管理料（１日につき）	**Ａ307 小児入院医療管理料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　小児入院医療管理料１　5,216点 ２　小児入院医療管理料２　4,486点 ３　小児入院医療管理料３　4,022点 ４　小児入院医療管理料４　3,361点 ５　小児入院医療管理料５　2,357点	１　小児入院医療管理料１　4,807点 ２　小児入院医療管理料２　4,275点 ３　小児入院医療管理料３　3,849点 ４　小児入院医療管理料４　3,210点 ５　小児入院医療管理料５　2,235点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の精神病棟入院料の15対１入院基本料の例により算定する。 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　保育士１名の場合　100点 ロ　保育士２名以上の場合　180点 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。 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	注１　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　重症児受入体制加算１　200点 ロ　重症児受入体制加算２　280点 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ　無菌治療管理加算１　2,000点 ロ　無菌治療管理加算２　1,500点 注６　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 注７　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 注８　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点 注９　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注10に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。 注10　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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、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３部検査（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算（１及び２に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。	注11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。
【注の見直し】	注12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）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（区分番号Ｂ011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、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３部検査（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特	注12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	別加算、小児療養環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算（１及び２に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。	算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。
【注の見直し】	注13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、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３部検査（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（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算（１及び２に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	注13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。
Ａ308 回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）		
	Ａ308 回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１ 2,346点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,326点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 2,274点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,253点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３ 2,062点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,041点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４ 2,000点	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１ 2,229点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,215点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 2,166点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,151点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３ 1,917点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,902点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４ 1,859点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,980点）	（生活療養を受ける場合にあっては、1,845点）
	5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,794点	5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,696点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,774点）	（生活療養を受ける場合にあっては、1,682点）
	6　回復期リハビリテーション入院医療管理料　1,960点	6　回復期リハビリテーション入院医療管理料　1,859点
	（生活療養を受ける場合にあっては、1,940点）	（生活療養を受ける場合にあっては、1,845点）
	注１　１から５までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、６については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、当該病棟又は病室に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。	
【注の見直し】	注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。	注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、区分番号Ｂ007に掲げる退院前訪問指導料、区分番号Ｂ011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加	注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、区分番号Ｂ011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。	算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。
【注の追加】	注４　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者１人につき１日につき80点を所定点数に加算する。	（新設）
【注の見直し】	注５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。	注４　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。
Ａ308-3 地域包括ケア病棟入院料（１日につき）	**Ａ308-2 削除** **Ａ308-3 地域包括ケア病棟入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　地域包括ケア病棟入院料１ イ　40日以内の期間　2,955点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,934点） ロ　41日以上の期間　2,807点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,786点） ２　地域包括ケア入院医療管理料１ イ　40日以内の期間　2,955点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,934点） ロ　41日以上の期間　2,807点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,786点） ３　地域包括ケア病棟入院料２ イ　40日以内の期間　2,766点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,745点） ロ　41日以上の期間　2,627点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,606点） ４　地域包括ケア入院医療管理料２ イ　40日以内の期間　2,766点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,745点） ロ　41日以上の期間　2,627点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,606点） ５　地域包括ケア病棟入院料３	１　地域包括ケア病棟入院料１ イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点） ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点） ２　地域包括ケア入院医療管理料１ イ　40日以内の期間　2,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,823点） ロ　41日以上の期間　2,690点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,675点） ３　地域包括ケア病棟入院料２ イ　40日以内の期間　2,649点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,634点） ロ　41日以上の期間　2,510点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,495点） ４　地域包括ケア入院医療管理料２ イ　40日以内の期間　2,649点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,634点） ロ　41日以上の期間　2,510点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,495点） ５　地域包括ケア病棟入院料３

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　40日以内の期間　2,397点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,376点） ロ　41日以上の期間　2,276点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,255点） 6　地域包括ケア入院医療管理料３ イ　40日以内の期間　2,397点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,376点） ロ　41日以上の期間　2,276点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,255点） 7　地域包括ケア病棟入院料４ イ　40日以内の期間　2,187点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,165点） ロ　41日以上の期間　2,077点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,055点） 8　地域包括ケア入院医療管理料４ イ　40日以内の期間　2,187点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,165点） ロ　41日以上の期間　2,077点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,055点） 注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。	イ　40日以内の期間　2,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,297点） ロ　41日以上の期間　2,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,176点） 6　地域包括ケア入院医療管理料３ イ　40日以内の期間　2,312点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,297点） ロ　41日以上の期間　2,191点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,176点） 7　地域包括ケア病棟入院料４ イ　40日以内の期間　2,102点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,086点） ロ　41日以上の期間　1,992点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,976点） 8　地域包括ケア入院医療管理料４ イ　40日以内の期間　2,102点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,086点） ロ　41日以上の期間　1,992点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,976点）
【点数の見直し】	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病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地	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病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,577点、2,448点、2,577点、2,448点、2,388点、2,269点、2,388点、2,269点、2,093点、1,988点、2,093点、1,988点、1,882点、1,788点、1,882点又は1,788点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,556点、2,427点、2,556点、2,427点、2,368点、2,249点、2,368点、2,249点、2,073点、1,968点、2,073点、1,968点、1,862点、1,768点、1,862点又は1,768点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。	域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,460点、2,331点、2,460点、2,331点、2,271点、2,152点、2,271点、2,152点、2,008点、1,903点、2,008点、1,903点、1,797点、1,703点、1,797点又は1,703点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,445点、2,316点、2,445点、2,316点、2,257点、2,138点、2,257点、2,138点、1,994点、1,889点、1,994点、1,889点、1,783点、1,689点、1,783点又は1,689点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101に掲げる療養病棟入院料１の入院料27又は療養病棟入院料２の入院料27の例により、それぞれ算定する。
	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。	
【注の見直し】	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算は別に算定できない。	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。
【注の見直し】	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助・患者ケア体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助・患者ケア体制充実加算１　190点 ロ　看護補助・患者ケア体制充実加算２　175点	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　190点 ロ　看護補助体制充実加算２　175点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ハ　看護補助・患者ケア体制充実加算３　165点	ハ　看護補助体制充実加算３　165点
【注の見直し】	注６　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　急性期患者支援病床初期加算 ⑴　許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点 ②　①の患者以外の患者の場合　50点 ⑵　許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　250点 ②　①の患者以外の患者の場合　125点 ロ　在宅患者支援病床初期加算 ⑴　介護老人保健施設から入院した患者の場合 ①　緊急入院した患者の場合　590点	①　救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　580点
	②　①の患者以外の患者の場合　410点 ⑵　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ①　緊急入院した患者の場合　490点	②　①の患者以外の患者の場合　480点 ①　救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　480点
	②　①の患者以外の患者の場合　310点	②　①の患者以外の患者の場合　380点
【注の見直し】	注７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、包括期充実体制加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、身体的拘束最小化推進体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価	注７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ001の34に掲げる二次性骨折予防

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	調整加算、排尿自立支援加算、協力対象施設入所者入院加算及び医療提供機能連携確保加算、区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ011の６に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、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、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。 注９　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。 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。 注10　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア病棟入院料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。 注11　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 注12　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院して	継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	いる患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	
	注13　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	
【注の追加】	注14　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として30点を所定点数に加算する。	（新設）
A309 特殊疾患病棟入院料（１日につき）		
	A309 特殊疾患病棟入院料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　特殊疾患病棟入院料１　2,172点 ２　特殊疾患病棟入院料２　1,776点	１　特殊疾患病棟入院料１　2,090点 ２　特殊疾患病棟入院料２　1,694点
	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。	
	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。	
	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。	
【点数の見直し】	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３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	
	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	
	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　2,010点	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,928点
	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,845点	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,763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	
	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,757点	⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,675点
	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,590点	⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,508点
【注の見直し】	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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、身体的拘束最小化推進体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のハ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。	院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。
【注の見直し】	注６　当該病棟に入院する脳卒中、脳卒中の後遺症又は廃用症候群の患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,817点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,668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 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,589点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,439点	注６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第６の３⑵のロの④に規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,735点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,586点 ⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,507点 ⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,357点
【点数の見直し】	注７　当該病棟に入院する患者のうち、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ039に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　2,092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　1,697点	イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　2,010点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,615点
A310 緩和ケア病棟入院料（１日につき）	**A310 緩和ケア病棟入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,277点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,724点 ハ　61日以上の期間　3,515点 ２　緩和ケア病棟入院料２	１　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,135点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,582点 ハ　61日以上の期間　3,373点 ２　緩和ケア病棟入院料２

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　30日以内の期間　5,025点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,555点 ハ　61日以上の期間　3,449点	イ　30日以内の期間　4,897点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,427点 ハ　61日以上の期間　3,321点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全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。	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。
	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。	
【注の見直し】	注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第11部第２節神経ブロック料、第２節神経ブロックに係る第３節薬剤料、第２節神経ブロックに係る第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・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。	注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・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。
	注４　当該病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	
Ａ311 精神科救急急性期医療入院料（１日につき）	**Ａ311 精神科救急急性期医療入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	1　30日以内の期間　2,516点 2　31日以上60日以内の期間　2,216点	1　30日以内の期間　2,420点 2　31日以上60日以内の期間　2,120点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	3　61日以上90日以内の期間　2,014点	3　61日以上90日以内の期間　1,918点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の精神病棟入院料の15対１入院基本料の例により算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。
	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。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　精神科救急医療体制加算１　600点 ロ　精神科救急医療体制加算２　500点 （削る）	イ　精神科救急医療体制加算１　600点 ロ　精神科救急医療体制加算２　590点 ハ　精神科救急医療体制加算３　500点
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）	**A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　2,104点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,803点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,602点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,981点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,696点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,544点	１　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　2,020点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,719点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,518点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,903点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,618点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,466点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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精神病棟入院料の15対１入院基本料の例により算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、精神科慢性身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、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又は精神科急性期治療病棟入院料２（精神病棟看護・多職種協働加算を算定するものに限る。）を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び精神科地域密着多機能体制加算、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９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。 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	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
【注の追加】	注４　精神科急性期治療病棟入院料２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、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　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）30日以内の期間　123点 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）31日以上60日以内の期間　107点 ハ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）61日以上90日以内の期間　58点	（新設）
A311-3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）	**A311-3 精神科救急・合併症入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	1　30日以内の期間　3,805点 2　31日以上60日以内の期間　3,504点 3　61日以上90日以内の期間　3,304点	1　30日以内の期間　3,624点 2　31日以上60日以内の期間　3,323点 3　61日以上90日以内の期間　3,123点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の精神病棟入院料の15対１入院基本料の例により算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、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Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ007-2に掲げるが	注２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療並びに第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。 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。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療並びに第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
Ａ311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき） 【点数の見直し】	**Ａ311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）**　3,144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。	**Ａ311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）**　3,016点
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるもの	注２　診療に係る費用（注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第13部第２節病理診断・判断料及び第14部その他の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	とする。 注３　当該病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。	
Ａ312 精神療養病棟入院料（１日につき） 【点数の見直し】	**Ａ312 精神療養病棟入院料（１日につき）** 1,174点	**Ａ312 精神療養病棟入院料（１日につき）** 1,108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。	
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、精神科慢性身体合併症管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。	注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
	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。	
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	働大臣が定める施設基準に適合している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。 イ　重症者加算１　60点 ロ　重症者加算２　30点 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、１日につき30点を所定点数に加算する。 注６　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注５に規定する加算、区分番号Ａ230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ａ246-2に掲げる精神科入退院支援加算、区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。	
Ａ314 認知症治療病棟入院料（１日につき）	**Ａ313 削除**	
	Ａ314 認知症治療病棟入院料（１日につき）	
【点数の見直し】	１　認知症治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,897点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,589点 ハ　61日以上の期間　1,289点 ２　認知症治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,397点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,192点 ハ　61日以上の期間　1,066点	１　認知症治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,829点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,521点 ハ　61日以上の期間　1,221点 ２　認知症治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,334点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,129点 ハ　61日以上の期間　1,003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。 注２　当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　30日以内の期間　84点 ロ　31日以上の期間　40点	
【注の見直し】	注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、精神科慢性身体合併症管理加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号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	注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法及び区分番号Ｈ007-3に掲げる認知症患

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	機能療法及び区分番号Ｈ007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
【項目の削除】	（削る）	**Ａ315 精神科地域包括ケア病棟入院料（１日につき）** 1,535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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号Ａ311に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号Ａ311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号Ａ311-3に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。 注２　当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。 注３　過去１年以内に、注１本文及び注２に規定する点数を算定した患者（当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む。）については、当該期間を注１本文及び注２に規定する期間に通算する。 注４　区分番号Ａ103に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料、18対１入院基本料並びに20対１入院基本料、区分番号Ａ312に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号Ａ314に掲げる認知症治療病棟入院料及び区分番号Ａ318に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者１人につき１回に限る。 注５　当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 注６　診療に係る費用（注２及び注５に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。
	Ａ315及びＡ316 削除	**Ａ316 削除**
Ａ317 特定一般病棟入院料（１日につき）	**Ａ317 特定一般病棟入院料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　特定一般病棟入院料１　1,275点 ２　特定一般病棟入院料２　1,096点 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。 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 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。 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。 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	１　特定一般病棟入院料１　1,168点 ２　特定一般病棟入院料２　1,002点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、電子的診療情報連携体制整備加算、乳幼児加算・幼児加算、特定感染症入院医療管理加算、特定薬剤治療環境特別加算、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、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、産科管理加算（１に限る。）、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、小児緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、地域支援・医薬品供給対応体制加算、バイオ後続品使用体制加算、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。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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、排尿自立支援加算、協力対象施設入所者入院加算及び医療提供機能連携確保加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。	注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、特定感染症入院医療管理加算、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、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、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、小児緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、バイオ後続品使用体制加算、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。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、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、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
【点数の見直し】	注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があ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、40日以内の期間においては、それぞれ2,573点、2,384点、2,089点又は1,878点を、41日以上の期間においては、それぞれ2,444点、2,265点、1,984点又は1,784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。	注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があ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、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上の期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。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。
【注の見直し】	注８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加	注８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、協力対象施設入所者入院加算及び医療提供機能連携確保加算、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。 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。	算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ004に掲げる摂食機能療法、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。
Ａ318 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき） 【点数の見直し】	**Ａ318 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）**　1,627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精神病棟入院料の15対１入院基本料の例により算定する。 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。 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。 イ　重症者加算１　60点 ロ　重症者加算２　30点	**Ａ318 地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）**　1,557点 ← 15対１入院基本料
【注の見直し】	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。）、	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。）、

項　　目	改　正　後	改　正　前
	地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科慢性身体合併症管理加算、口腔連携管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）、第９部処置の区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。	地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。
Ａ319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		
【点数の見直し】	**Ａ319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料**　2,399点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,379点）	**Ａ319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料**　2,229点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,215点）
	注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ100に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。	
【注の見直し】	注２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ007に掲げる退院前訪問指導料及び区分番号Ｂ011-6に掲げる栄養情報連携料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他	注２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料及び区分番号Ｂ011-6に掲げる栄養情報連携料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ400に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第４節　短期滞在手術等基本料		
Ａ400 短期滞在手術等基本料		
	Ａ400 短期滞在手術等基本料	
【点数の見直し】	1　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　主として入院で実施されている手術を行った場合 (1)　麻酔を伴う手術を行った場合　2,948点 (2)　(1)以外の場合　2,719点 ロ　イ以外の場合 (1)　麻酔を伴う手術を行った場合　795点 (2)　(1)以外の場合　680点	(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 (2)　(1)以外の場合　2,718点 ロ　イ以外の場合 (1)　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点 (2)　(1)以外の場合　1,359点
【点数の見直し】 【項目の見直し】	2　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合） イ　D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　9,388点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,284点） ロ　D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　ロ　保険医療機関内で又は訪問して実施するもの　8,221点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,117点） ハ　D237-2　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　12,290点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,186点） ニ　D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　9,942点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,838点） ホ　D291-2　小児食物アレルギー負荷検査　5,140点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,036点） ヘ　D413　前立腺針生検法　2　その他のもの　10,336点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,232点） ト　K007-2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　32,768点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,664点） チ　K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　7　手軟部腫瘍摘出術　15,281点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,177点） リ　K046　骨折観血的手術　6　手舟状骨骨折観血的手術　35,216点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,112点） ヌ　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　6　前腕骨骨内異物除去術　18,743点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,639点） ル　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　8　鎖骨骨内異物除去術　19,949点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,845点）	イ　D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　9,537点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,463点） ロ　D237　終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合　ロ　その他のもの　8,400点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ　D237-2　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　12,676点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,602点） ニ　D287　内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　9,194点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,120点） ホ　D291-2　小児食物アレルギー負荷検査　5,278点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,204点） ヘ　D413　前立腺針生検法　2　その他のもの　10,262点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,188点） ト　K007-2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　30,882点 （生活療養を受ける場合にあっては、30,808点） チ　K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足（手に限る。）　14,667点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,593点） リ　K046　骨折観血的手術　2　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）　36,240点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,166点） ヌ　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　3　前腕、下腿（前腕に限る。）　19,082点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,008点） ル　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）　20,549点 （生活療養を受ける場合にあっては、

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		20,475点）
	ヲ　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　10　手根骨骨内異物除去術　15,207点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,103点）	ヲ　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）　14,893点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,819点）
	ワ　K048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　11　中手骨骨内異物除去術　15,207点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,103点）	（新設）
	カ　K070　ガングリオン摘出術　1　手部ガングリオン摘出術　13,646点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,542点）	ワ　K070　ガングリオン摘出術　1　手、足、指（手、足）（手に限る。）　13,653点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,579点）
	ヨ　K093-2　手根管開放手術（内視鏡下）　18,786点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,682点）	カ　K093-2　関節鏡下手根管開放手術　18,038点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,964点）
	タ　K196-2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　33,988点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,884点）	ヨ　K196-2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　32,137点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,063点）
	レ　K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（片側）　9,069点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,965点）	タ　K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（片側）　8,663点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,589点）
	ソ　K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（両側）　14,132点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,028点）	レ　K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（両側）　13,990点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,916点）
	ツ　K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（片側）　6,857点 （生活療養を受ける場合にあっては、6,753点）	ソ　K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（片側）　6,524点 （生活療養を受ける場合にあっては、6,450点）
	ネ　K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（両側）　15,421点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,317点）	ツ　K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（両側）　14,425点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,351点）
	ナ　K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（片側）　11,459点 （生活療養を受ける場合にあっては、11,355点）	ネ　K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（片側）　11,000点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,926点）
	ラ　K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（両側）　19,911点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,807点）	ナ　K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（両側）　19,357点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,283点）
	ム　K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの（片側）　10,907点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,803点）	ラ　K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの（片側）　10,493点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,419点）
	ウ　K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの（両側）　17,540点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,436点）	ム　K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの（両側）　17,249点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,175点）
	ヰ　K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側）　8,865点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,761点）	ウ　K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側）　8,437点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,363点）
	ノ　K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側）　14,034点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,930点）	ヰ　K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側）　13,030点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,956点）
	オ　K242　斜視手術　2　後転法（片側）　14,887点 （生活療養を受ける場合にあっては、	ノ　K242　斜視手術　2　後転法（片側）　13,877点 （生活療養を受ける場合にあっては、

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	14,783点） ク　K242　斜視手術　2　後転法（両側） 20,958点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,854点） ヤ　K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（片側）　21,825点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,721点） マ　K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（両側）　34,567点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,463点） ケ　K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側）　15,810点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,706点） フ　K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側）　27,481点 （生活療養を受ける場合にあっては、27,377点） コ　K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 33,991点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,887点） エ　K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 65,894点 （生活療養を受ける場合にあっては、65,790点） テ　K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　18,001点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,897点） ア　K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　33,812点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,708点） サ　K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　15,453点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,349点） キ　K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　26,976点 （生活療養を受ける場合にあっては、26,872点） ユ　K318　鼓膜形成手術　33,822点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,718点） メ　K333　鼻骨骨折整復固定術　16,985点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,881点） ミ　K389　喉頭・声帯ポリープ切除術　2　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　24,188点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,084点） シ　K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径５セ	13,803点） オ　K242　斜視手術　2　後転法（両側） 19,632点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,558点） ク　K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（片側）　20,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,414点） ヤ　K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（両側）　33,119点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,045点） マ　K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側）　16,748点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,674点） ケ　K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側）　28,464点 （生活療養を受ける場合にあっては、28,390点） フ　K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 34,516点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,442点） コ　K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 67,946点 （生活療養を受ける場合にあっては、67,872点） エ　K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　17,457点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,383点） テ　K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　31,685点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,611点） ア　K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　14,901点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,827点） サ　K282　水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　25,413点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,339点） キ　K318　鼓膜形成手術　31,981点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,907点） ユ　K333　鼻骨骨折整復固定術　16,988点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,914点） メ　K389　喉頭・声帯ポリープ切除術　2　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　24,709点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,635点） ミ　K474　乳腺腫瘍摘出術　1　長径５セ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ンチメートル未満　17,919点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,815点） ヌ　K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径５センチメートル以上　24,554点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,450点） ヒ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合）　25,102点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,998点） モ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回（その他の場合）　22,942点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,838点） セ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　１の実施後３月以内に実施する場合　26,278点 （生活療養を受ける場合にあっては、26,174点） ス　K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術　21,673点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,569点） ン　K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）　7,764点 （生活療養を受ける場合にあっては、7,660点） イイ　K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術　10,567点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,463点） イロ　K617-2　大伏在静脈抜去術　21,635点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,531点） イハ　K617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術　18,083点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,979点） イニ　K617-6　下肢静脈瘤血管内塞栓術　21,034点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,930点） イホ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　30,593点 （生活療養を受ける場合にあっては、30,489点） イヘ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　23,811点 （生活療養を受ける場合にあっては、23,707点） イト　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　20,265点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,161点） イチ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,204点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,100点） イリ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	ンチメートル未満　16,684点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,610点） シ　K474　乳腺腫瘍摘出術　2　長径５センチメートル以上　22,904点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,830点） ヌ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回　26,013点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,939点） （新設） ヒ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　１の実施後３月以内に実施する場合　26,057点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,983点） モ　K617　下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術　20,366点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,292点） セ　K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）　8,262点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,188点） ス　K617　下肢静脈瘤手術　3　高位結紮術　9,258点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,184点） ン　K617-2　大伏在静脈抜去術　20,829点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,755点） イイ　K617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術　19,368点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,294点） イロ　K617-6　下肢静脈瘤血管内塞栓術　20,479点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,405点） イハ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　31,914点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,840点） イニ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　24,786点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,712点） イホ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　21,023点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,949点） イヘ　K633　ヘルニア手術　5　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　24,147点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,073点） イト　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（両側）（３歳未満に限る。）　62,039点 （生活療養を受ける場合にあっては、61,935点） イヌ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　48,654点 （生活療養を受ける場合にあっては、48,550点） イル　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　36,912点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,808点） イヲ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　47,734点 （生活療養を受ける場合にあっては、47,630点） イワ　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径２センチメートル未満　12,113点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,009点） イカ　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径２センチメートル以上　16,365点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,261点） イヨ　K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）　9,897点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,793点） イタ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,566点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,462点） イレ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　8,020点 （生活療養を受ける場合にあっては、7,916点） イソ　K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　24,944点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,840点） イツ　K823-6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　24,548点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,444点） イネ　K834-3　顕微鏡下精索静脈瘤手術　22,745点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,641点） イナ　K867　子宮頸部（膣部）切除術　15,614点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,510点） イラ　K872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　1　電解質溶液利用のもの　21,261点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,157点） イム　K872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　2　組織	（両側）（３歳未満に限る。）　63,751点 （生活療養を受ける場合にあっては、63,677点） イチ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　50,817点 （生活療養を受ける場合にあっては、50,743点） イリ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　37,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、37,764点） イヌ　K634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　49,389点 （生活療養を受ける場合にあっては、49,315点） イル　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径２センチメートル未満　12,580点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,506点） イヲ　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　2　長径２センチメートル以上　16,153点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,079点） イワ　K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）　10,386点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,312点） イカ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,017点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,943点） イヨ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　7,617点 （生活療養を受ける場合にあっては、7,543点） イタ　K768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,702点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,628点） イレ　K823-6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　23,829点 （生活療養を受ける場合にあっては、23,755点） イソ　K834-3　顕微鏡下精索静脈瘤手術　21,524点 （生活療養を受ける場合にあっては、21,450点） イツ　K867　子宮頸部（膣部）切除術　15,253点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,179点） イネ　K872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　1　電解質溶液利用のもの　22,099点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,025点） （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	切除回収システム利用によるもの 16,876点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,772点） イウ　K872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　3　その他のもの 18,143点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,039点） イヰ　K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの 35,148点 （生活療養を受ける場合にあっては、35,044点） イノ　K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの 32,440点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,336点） イオ　K890-3　腹腔鏡下卵管形成術 95,723点 （生活療養を受ける場合にあっては、95,619点） イク　M001-2　ガンマナイフによる定位放射線治療 59,673点 （生活療養を受ける場合にあっては、59,569点） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料１を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。 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。	イナ　K872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　3　その他のもの 18,115点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,041点） イラ　K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの 36,674点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,600点） イム　K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの 32,538点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,464点） イウ　K890-3　腹腔鏡下卵管形成術 100,243点 （生活療養を受ける場合にあっては、100,169点） イヰ　M001-2　ガンマナイフによる定位放射線治療 60,796点 （生活療養を受ける場合にあっては、60,722点）
【注の追加】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、以下に掲げる手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、入院手術対応加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　K030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　7　手軟部腫瘍摘出術 462点 ロ　K070　ガングリオン摘出術　1　手部ガングリオン摘出術 411点 ハ　K093-2　手根管開放手術（内視鏡下） 568点 ニ　K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（片側） 273点 ホ　K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（片側） 206点 ヘ　K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（片側） 347点 ト　K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの（片側） 331点 チ　K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） 265点 リ　K254　治療的角膜切除術　1　エキ	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	シマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側）　477点 ヌ　K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側）　1,043点 ル　K282　水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　548点 ヲ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合）　767点 ワ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回（その他の場合）　767点 カ　K616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する場合　802点 ヨ　K617　下肢静脈瘤手術　2　硬化療法（一連として）　235点 タ　K617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術　552点 レ　K617-6　下肢静脈瘤血管内塞栓術　645点 ソ　K721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　1　長径2センチメートル未満　366点 ツ　K743　痔核手術（脱肛を含む。）　2　硬化療法（四段階注射法によるもの）　298点 ネ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　316点 ナ　K747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　240点 ラ　K823-6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　751点	
【注の見直し】	注4　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。 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）、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	注3　（略） 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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ)、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム	ロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ)、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム
	ホ　感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性	
	へ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＣＶ抗体定性・定量及びＨＣＶ抗体・ＨＣＶコア蛋白同時検出定性	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
	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）	
	チ　心電図検査 区分番号Ｄ208の１に掲げるもの	
	リ　写真診断 区分番号Ｅ001の１に掲げるもの	
	ヌ　撮影 区分番号Ｅ002の１に掲げるもの	
	ル　麻酔管理料（Ⅰ） 区分番号Ｌ009に掲げるもの	
	ヲ　麻酔管理料（Ⅱ） 区分番号Ｌ010に掲げるもの	
	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、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとする。	注４　（略）

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	1　医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。	
	2　医学管理等に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。	
【通則の見直し】	3　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注14にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 イ　小児科外来診療料 ロ　外来リハビリテーション診療料 ハ　外来放射線照射診療料 ニ　地域包括診療料 （削る） ホ　小児かかりつけ診療料 ヘ　外来腫瘍化学療法診療料 ト　救急救命管理料 チ　退院後訪問指導料	3　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 ホ　認知症地域包括診療料 ヘ　（略） ト　（略） チ　（略） リ　（略）
	4　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	
	5　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第３号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	6　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第３号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	
【通則の追加】	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、情報通信機器を用いた診療の際に地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋（以下この部において「電子処方箋」という。）を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に１回に限り10点を所定点数に加算する。	（新設）
【通則の追加】	8　区分番号Ａ254に掲げる医療提供機能連携確保加算の注に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第１節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	（新設）
第１節　医学管理料等		
Ｂ000 特定疾患療養管理料	**Ｂ000 特定疾患療養管理料**	
	1　診療所の場合　225点 2　許可病床数が100床未満の病院の場合　147点 3　許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合　87点	
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。
	注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から１月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。	
	注３　入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。	
	注４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	
	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１、２又は３	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。	
B001 特定疾患治療管理料	**B001 特定疾患治療管理料**	
	1　ウイルス疾患指導料	
	イ　ウイルス疾患指導料1　240点	
	ロ　ウイルス疾患指導料2　330点	
	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。	
	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。	
	注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。	
2　特定薬剤治療管理料	2　特定薬剤治療管理料	
	イ　特定薬剤治療管理料1　470点	
	ロ　特定薬剤治療管理料2　100点	
	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。	
	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。	
	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。	
	注4　イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	た月において、２回に限り所定点数を算定できる。 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。 注７　イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、１回に限り､530点を所定点数に加算する。 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。 注９　イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、６月に１回に限り250点を所定点数に加算する。 注10　イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め３月に限り月１回、４月目以降は４月に１回に限り250点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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又はカルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に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。 ３　悪性腫瘍特異物質治療管理料 イ　尿中ＢＴＡに係るもの　220点 ロ　その他のもの (1)　１項目の場合　360点 (2)　２項目以上の場合　400点 注１　イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡ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。 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	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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の検査及び治療管理を行ったときに算定する。 注３　注２に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、１回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。 注４　注１に規定する検査及び治療管理並びに注２に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。 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。 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。 ４　小児特定疾患カウンセリング料 イ　医師による場合 ⑴　初回　800点 ⑵　初回のカウンセリングを行った日後１年以内の期間に行った場合 ①　月の１回目　600点 ②　月の２回目　500点 ⑶　初回のカウンセリングを行った日から起算して２年以内の期間に行った場合(⑵の場合を除く。) ①　月の１回目　500点 ②　月の２回目　400点 ⑷　初回のカウンセリングを行った日から起算して４年以内の期間に行った場合(⑵及び⑶の場合を除く。)　400点 ロ　公認心理師による場合　200点 注１　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り、算定する。ただし、区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの⑴、⑵、⑶又は⑷を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの⑴、⑵の①若しくは②、⑶の①若しくは②又は⑷の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。 ５　小児科療養指導料　270点 注１　小児科を標榜する保険医療機関におい	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。 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。 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。 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。 6　てんかん指導料　250点 注１　小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 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。 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。 注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料又は区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。 注５　第２部第２節第１款在宅療養指導管理	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。	
７　難病外来指導管理料	７　難病外来指導管理料	７　難病外来指導管理料　270点
【項目の見直し】	イ　難病外来指導管理料１　270点	（新設）
	ロ　難病外来指導管理料２　270点	（新設）
【注の見直し】	注１　イについては、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。	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。
【注の追加】	注２　ロについては、小児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、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入院中の患者以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して５年以内の患者に限る。）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。	（新設）
	注３　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。	注２　（略）
	注４　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。	注３　（略）
	注５　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。	注４　（略）
	注６　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。	注５　（略）
	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。	注６　（略）
８　皮膚科特定疾患指導管理料	８　皮膚科特定疾患指導管理料	
	イ　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）　250点	
	ロ　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）　100点	
【注の見直し】	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、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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。	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。
９　外来栄養食事指導料 【項目の見直し】	９　外来栄養食事指導料 イ　外来栄養食事指導料１ ⑴　初回 ①　対面で行った場合　260点 ②　情報通信機器を用いた場合　235点 ⑵　２回目以降 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 ③　⑴の①又は②の追加的な指導を行った場合　50点 ロ　外来栄養食事指導料２ ⑴　初回 ①　対面で行った場合　250点 ②　情報通信機器を用いた場合　225点 ⑵　２回目以降 ①　対面で行った場合　190点 ②　情報通信機器を用いた場合　170点 ③　⑴の①又は②の追加的な指導を行った場合　45点 注１　イの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 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⑵の①の点数を算定する。ただし、区分番号Ｂ001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄	②　情報通信機器等を用いた場合　235点 ②　情報通信機器等を用いた場合　180点 （新設） ②　情報通信機器等を用いた場合　225点 ②　情報通信機器等を用いた場合　170点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月１回に限り260点を算定する。	
【注の見直し】	注４　イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	注４　イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
	注５　ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	
【注の見直し】	注６　ロの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	注６　ロの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
【注の追加】	注７　イの(2)の③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情報通信機器又は電話によってイの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、イの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。	（新設）
【注の追加】	注８　ロの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってロの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、ロの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。	（新設）
	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１　イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。	
	注２　ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 12　心臓ペースメーカー指導管理料 イ　着用型自動除細動器による場合　360点 ロ　ペースメーカーの場合　300点 ハ　植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合　520点 注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｋ597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号Ｋ598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号Ｋ599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号Ｋ599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。 注３　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。 注５　ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。	
13　在宅療養指導料 【項目の見直し】	13　在宅療養指導料 イ　初回 対面で行った場合　170点 ロ　２回目以降 ⑴　対面で行った場合　170点 ⑵　情報通信機器を用いた場合　148点	13　在宅療養指導料　170点 （新設） （新設）
【注の見直し】	注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者（ロの⑵については、区分番号Ｃ	注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に限る。）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、ロについては月１回（イを算定する月にあっては、イとロを合算して月２回）に限り算定する。	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。
	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。	
	14　高度難聴指導管理料	
	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	
	ロ　イ以外の場合　420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、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。	
	注２　区分番号Ｋ328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については年１回に限り算定する。	
	注３　区分番号Ｋ328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として６歳未満の乳幼児については３月に１回に限り、６歳以上の患者については６月に１回に限り800点を所定点数に加算する。	
15　慢性維持透析患者外来医学管理料	15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,211点	
	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。	
【注の見直し】	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。	
	イ　尿中一般物質定性半定量検査	
	ロ　尿沈渣（鏡検法）	
	ハ　糞便検査 糞便中ヘモグロビン定性	
	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）	
	ホ　出血・凝固検査 出血時間	
	ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄	ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシ

項　　目	改　正　後	改　正　前
	(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D_3、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 ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T_3)、サイロキシン（T_4)、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(FT_3)、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ)、遊離サイロキシン（FT_4)、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） 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 リ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ抗体・ＨＣＶコア蛋白同時検出定性 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、C_3、C_4、トランスフェリン（Tf)、β_2-マイクログロブリン 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） 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。	(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D_3、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 リ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量
16　喘息治療管理料	16　喘息治療管理料 イ　喘息治療管理料１ (1)　１月目　75点 (2)　２月目以降　25点	
【点数の見直し】	ロ　喘息治療管理料２　400点 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。 注２　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５又は区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過	ロ　喘息治療管理料２　280点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 イ　１月目　2,525点 ロ　２月目以降６月目まで　1,975点 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。 17　慢性疼痛疾患管理料　130点 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。 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。 18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点 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。 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。 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。 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。 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	合は、所定点数に代えて、479点を算定する。 19　削除 20　糖尿病合併症管理料　　170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、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。 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。	
21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 【注の見直し】	21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　　150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、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。 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。 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。	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。
	22　がん性疼痛緩和指導管理料　　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、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。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき１回に限り所定点数に100点を加算する。 注３　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。	
23　がん患者指導管理料	23　がん患者指導管理料	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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 ロ　医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点 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 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	
【注の見直し】	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に１回に限り算定できる。 注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。 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。 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	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	該保険医療機関の保険医が、区分番号Ｄ006-18に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	
	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。	
	注６　ハについて、区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ100に掲げる処方料の注６に規定する加算又は区分番号Ｆ400に掲げる処方箋料の注５に規定する加算は、別に算定できない。	
【注の追加】	注７　ニについて、区分番号Ｂ001-11に掲げる遺伝性疾患療養指導管理料の１は、別に算定できない。	（新設）
	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、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。	注７　（略）
	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。	
	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。	
	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。	
	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、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注４に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点）を算	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	定する。 25　移植後患者指導管理料 イ　臓器移植後の場合　300点 ロ　造血幹細胞移植後の場合　300点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。 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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。 26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点 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。 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。 27　糖尿病透析予防指導管理料　350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、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。 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。 注３　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注３に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。 28　小児運動器疾患指導管理料　250点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。 29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料 イ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料１ ⑴　初回　500点 ⑵　２回目から４回目まで　150点 ロ　乳腺炎重症化予防ケア・指導料２ ⑴　初回　500点 ⑵　２回目から８回目まで　200点 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、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。 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、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が悪化し区分番号Ｋ472に掲げる乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い母乳育児に困難を来しているものに対し、医師又は助産師が乳腺膿瘍切開創の管理を含む乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、１回の分娩につき８回に限り算定する。 30　婦人科特定疾患治療管理料　250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、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。 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。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	31　腎代替療法指導管理料　　500点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき２回に限り算定する。 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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。 32　一般不妊治療管理料　　250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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。 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。 33　生殖補助医療管理料 イ　生殖補助医療管理料１　　300点 ロ　生殖補助医療管理料２　　250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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り算定する。 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。 34　二次性骨折予防継続管理料 イ　二次性骨折予防継続管理料１　　1,000点 ロ　二次性骨折予防継続管理料２　　750点 ハ　二次性骨折予防継続管理料３　　500点 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 注２　ロについては、別に厚生労働大臣が定	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 注３　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。 35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 イ　１月目　280点 ロ　２月目以降　25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、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 36　下肢創傷処置管理料　500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号Ｊ000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。 37　慢性腎臓病透析予防指導管理料 イ　初回の指導管理を行った日から起算して１年以内の期間に行った場合　300点 ロ　初回の指導管理を行った日から起算して１年を超えた期間に行った場合　250点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、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。 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。 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、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する。	
B001-2 小児科外来診療料（1日につき）	**B001-2 小児科外来診療料（1日につき）**	
	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	
	イ　初診時　604点	
【点数の見直し】	ロ　再診時　411点	ロ　再診時　410点
	2　1以外の場合	
	イ　初診時　721点	
【点数の見直し】	ロ　再診時　529点	ロ　再診時　528点
【注の見直し】	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、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。	注1　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。
	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。	
【注の見直し】	注3　注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児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。	注3　注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児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。
	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、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。	
B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料	**B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	1　地域連携小児夜間・休日診療料１　450点 2　地域連携小児夜間・休日診療料２　600点	
	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、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。	注　（略）
【注の追加】	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
	Ｂ001-2-3 乳幼児育児栄養指導料　130点 注１　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。	
Ｂ001-2-4 地域連携夜間・休日診療料		
	Ｂ001-2-4 地域連携夜間・休日診療料　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、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。	注　（略）
【注の追加】	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
【項目の削除】	**Ｂ001-2-5 削除**	**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。
Ｂ001-2-6 救急外来医学管理料		
【名称の見直し】 【項目の見直し】	**Ｂ001-2-6 救急外来医学管理料** 1　救急搬送医学管理料 イ　救急搬送医学管理料１　800点 ロ　救急搬送医学管理料２　600点 ハ　救急搬送医学管理料３　200点 2　夜間休日救急医学管理料 イ　夜間休日救急医学管理料１　600点 ロ　夜間休日救急医学管理料２　400点 ハ　夜間休日救急医学管理料３　50点	**Ｂ001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料**　600点 （新設） （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【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、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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	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。）にあっては、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。
【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、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。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	（新設）
【注の追加】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、区分番号Ｄ006に掲げる出血・凝固検査、区分番号Ｄ007に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ011に掲げる免疫血液学的検査、区分番号Ｄ018に掲げる細菌培養同定検査、区分番号Ｅ200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）、第６部第１節第１款注射実施料（区分番号Ｇ000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号Ｇ001に掲げる静脈内注射を除く。）又は第９部第１節処置料（区分番号Ｊ063に掲げる留置カテーテル設置、区分番号Ｊ119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号Ｊ119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　救急外来緊急検査対応加算１　300点 ロ　救急外来緊急検査対応加算２　200点	（新設）
	注４　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。	注２　（略）
【注の削除】	（削る）	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 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
【注の追加】	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、注１又は注２に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋の仕組みを用いて診療情報を取得	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に１回に限り、50点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注６　１について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、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は、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合　300点 ロ　土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合　250点 ハ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合　200点	（新設）
【注の追加】	注７　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料の注２に規定する院内トリアージ実施体制加算及び区分番号Ｂ001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料の注２に規定する院内トリアージ実施体制加算は別に算定できない。	（新設）
Ｂ001-2-7 外来リハビリテーション診療料	**Ｂ001-2-7 外来リハビリテーション診療料**	
【点数の見直し】	１　外来リハビリテーション診療料１　74点 ２　外来リハビリテーション診療料２　111点	１　外来リハビリテーション診療料１　73点 ２　外来リハビリテーション診療料２　110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、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。	
【注の見直し】	注２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。	注２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。
【注の見直し】	注３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除	注３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	く。）、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。	算を除く。）、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。
Ｂ001-2-8 外来放射線照射診療料		
【点数の見直し】	**Ｂ001-2-8 外来放射線照射診療料**　298点	**Ｂ001-2-8 外来放射線照射診療料**　297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、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。	
	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日以上の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。	
【注の見直し】	注３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。	注３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ000に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。
Ｂ001-2-9 地域包括診療料（月１回）		
	Ｂ001-2-9 地域包括診療料（月１回）	
【項目の見直し】	１　地域包括診療料１	１　地域包括診療料１　1,660点
	イ　認知症を有する患者等の場合　1,682点	（新設）
	ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　1,661点	（新設）
	２　地域包括診療料２	２　地域包括診療料２　1,600点
	イ　認知症を有する患者等の場合　1,614点	（新設）
	ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　1,601点	（新設）
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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、入院中の患者以外の患者に対して、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。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５から注７まで及び注19に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ001-10に掲げる心不全再入院予防管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号Ｃ001-2	注２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５から注７まで及び注19に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）、第５部投薬（区分番号Ｆ100に掲げる処方料及び区分番号Ｆ400に掲げる処方箋料を除く。）及び第14部その他を除く費用は、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。	医学総合管理料を除く。）、第５部投薬（区分番号Ｆ100に掲げる処方料及び区分番号Ｆ400に掲げる処方箋料を除く。）及び第14部その他を除く費用は、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。
【注の見直し】	注３　他の保険医療機関に入院した患者、介護老人保健施設に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、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、退院後若しくは退所後１月以内又は当該情報提供から３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、３月に１回に限り、30点を所定点数に加算する。	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。
【注の追加】	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月１回に限り10点を所定点数に加算する。	（新設）
【項目の削除】	**Ｂ001-2-10　削除**	**Ｂ001-2-10　認知症地域包括診療料（月１回）** 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 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。 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まで及び注19に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号Ｃ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）、第５部投薬（区分番号Ｆ100に掲げる処方料及び区分番号Ｆ400に掲げる処方箋料を除く。）及び第14部その他を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。 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。
Ｂ001-2-11 小児かかりつけ診療料（１日につき）	**Ｂ001-2-11 小児かかりつけ診療料（１日につき）** １　小児かかりつけ診療料１ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　652点 (2)　再診時　459点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　769点 (2)　再診時　577点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　641点 (2)　再診時　448点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　566点	
【点数の見直し】		(2)　再診時　458点
【点数の見直し】		(2)　再診時　576点
【点数の見直し】		(2)　再診時　447点
【点数の見直し】		(2)　再診時　565点
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。 注２　区分番号Ａ001に掲げる再診料の注９に規定する場合については、算定しない。	
【注の見直し】	注３　注４に規定する加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、注８、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５、注６及び注19に規定する加算、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算並びに通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ	注３　注４に規定する加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、注８、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注５、注６及び注19に規定する加算、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８から注10までに規定する加算並びに通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。	
Ｂ001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 【項目の見直し】 【点数の見直し】	**Ｂ001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料** １　外来腫瘍化学療法診療料１ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　801点 (2)　初回から３回目まで（その他の場合）　351点 (3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　451点 (4)　４回目以降（その他の場合）　201点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　351点 ２　外来腫瘍化学療法診療料２ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　601点 (2)　初回から３回目まで（その他の場合）　261点 (3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　321点 (4)　４回目以降（その他の場合）　141点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　221点 ３　外来腫瘍化学療法診療料３ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　541点 (2)　初回から３回目まで（その他の場合）　241点 (3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　281点 (4)　４回目以降（その他の場合）　121点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　181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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当	(1)　初回から３回目まで　800点 (新設) (2)　４回目以降　450点 (新設) ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　350点 (1)　初回から３回目まで　600点 (新設) (2)　４回目以降　320点 (新設) ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　220点 (1)　初回から３回目まで　540点 (新設) (2)　４回目以降　280点 (新設) ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料（注６から注８まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ001に掲げる再診料（注４から注６まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料（注７から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。	
【注の見直し】	注２　１のイの(1)、２のイの(1)及び３のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合（区分番号Ｇ000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。）に、１のイの(2)、２のイの(2)及び３のイの(2)については、当該患者に対して、区分番号Ｇ000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。	注２　１のイの(1)、２のイの(1)及び３のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。
【注の見直し】	注３　１のイの(3)、２のイの(3)及び３のイの(3)については、１のイの(1)若しくは(2)、２のイの(1)若しくは(2)又は３のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号Ｇ000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、１のイの(4)、２のイの(4)及び３のイの(4)については、１のイの(1)若しくは(2)、２のイの(1)若しくは(2)又は３のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号Ｇ000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。	注３　１のイの(2)、２のイの(2)及び３のイの(2)については、１のイの(1)、２のイの(1)又は３のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。
【注の見直し】	注４　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 イ　１のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 ロ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	イ　１のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
【注の見直し】	注５　２のロ及び３のロについては、２のイ又は３のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	注５　２のロ及び３のロについては、２のイの(1)若しくは(2)又は３のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。
	注６　退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。	
	注７　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。	
【注の見直し】	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの(1)又は(2)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	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤

項　　目	改　正　後	改　正　前
	き薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの(1)又は(2)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。
Ｂ001-3 生活習慣病管理料（Ⅰ）	**Ｂ001-3 生活習慣病管理料（Ⅰ）** １　脂質異常症を主病とする場合　610点 ２　高血圧症を主病とする場合　660点 ３　糖尿病を主病とする場合　760点	
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、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。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
	注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ001の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。	
	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。	
【注の見直し】	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は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。 （新設）
	イ　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合） (1)　充実管理加算１　30点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　充実管理加算２　20点 ⑶　充実管理加算３　10点	
	ロ　充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）　（新設）	
	⑴　充実管理加算１　30点 ⑵　充実管理加算２　20点 ⑶　充実管理加算３　10点	
	ハ　充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）　（新設）	
	⑴　充実管理加算１　30点 ⑵　充実管理加算２　20点 ⑶　充実管理加算３　10点	
【注の追加】	注５　糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者１人につき年１回に限り所定点数に60点を加算する。　（新設）	
【注の追加】	注６　糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者１人につき年１回に限り所定点数に60点を加算する。　（新設）	
	Ｂ001-3-2 ニコチン依存症管理料 １　ニコチン依存症管理料１ イ　初回　230点 ロ　２回目から４回目まで ⑴　対面で行った場合　184点 ⑵　情報通信機器を用いた場合　155点 ハ　５回目　180点 ２　ニコチン依存症管理料２（一連につき）　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、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。 注２　区分番号Ｄ200に掲げるスパイログラフィー等検査の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。 注３　１のロの⑵を算定する場合は、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。	
Ｂ001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）	**Ｂ001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）**　333点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、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。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
【注の見直し】	注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ001の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理料等（区分番号Ｂ001の２に掲げる特定薬剤治療管理料、区分番号Ｂ001の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、区分番号Ｂ001の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の14に掲げる高度難聴指導管理料、区分番号Ｂ001の16に掲げる喘息治療管理料、区分番号Ｂ001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ001の23に掲げるがん患者指導管理料、区分番号Ｂ001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、区分番号Ｂ001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、区分番号Ｂ001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、区分番号Ｂ001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、区分番号Ｂ001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、区分番号Ｂ001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号Ｂ001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、区分番号Ｂ001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号Ｂ005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｂ005-7に掲げる認知症専門診断管理料、区分番号Ｂ005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、区分番号Ｂ005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、区分番号Ｂ005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ006に掲げる救急救命管理料、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Ｂ010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号Ｂ011-3に掲げる薬剤情報提供料、区分番号Ｂ012に掲げる傷病手当金意見書交付料及び区分番号Ｂ013に掲げる療養費同意書交付料を除く。）の費用は、生活習慣病管理	注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ001の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理料等（区分番号Ｂ001の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号Ｂ005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	料（Ⅱ）に含まれるものとする。	
	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。	
【注の見直し】	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は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
	イ　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）	（新設）
	⑴　充実管理加算１　30点	
	⑵　充実管理加算２　20点	
	⑶　充実管理加算３　10点	
	ロ　充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）	（新設）
	⑴　充実管理加算１　30点	
	⑵　充実管理加算２　20点	
	⑶　充実管理加算３　10点	
	ハ　充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）	（新設）
	⑴　充実管理加算１　30点	
	⑵　充実管理加算２　20点	
	⑶　充実管理加算３　10点	
【注の追加】	注５　糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者１人につき年１回に限り所定点数に60点を加算する。	（新設）
【注の追加】	注６　糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者１人につき年１回に限り所定点数に60点を加算する。	（新設）
	注７　区分番号Ｂ001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。	注５　（略）
	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、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。	注６　（略）
Ｂ001-4 手術前医学管理料		
	Ｂ001-4 手術前医学管理料　1,192点	
【注の見直し】	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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。	麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
	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。	
	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。	
	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。	
【注の見直し】	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。	
	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）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム	ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	レプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性	
	ヘ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量、ＨＣＶ抗体定性・定量及びＨＣＶ抗体・ＨＣＶコア蛋白同時検出定性	ヘ　肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量
	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）	
	チ　心電図検査 区分番号Ｄ208の１に掲げるもの	
	リ　写真診断 区分番号Ｅ001の１のイに掲げるもの	
	ヌ　撮影 区分番号Ｅ002の１に掲げるもの	
	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。	
	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。	
Ｂ001-5 手術後医学管理料（１日につき）		
	Ｂ001-5 手術後医学管理料（１日につき）	
	１　病院の場合　1,188点	
	２　診療所の場合　1,056点	
【注の見直し】	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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。	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。
	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。	
【注の見直し】	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。	
	イ　尿中一般物質定性半定量検査	
	ロ　尿中特殊物質定性定量検査 尿蛋白及び尿グルコース	
	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	
	ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱	ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱

項　　目	改　正　後	改　正　前
	合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析 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 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。 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。 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。 **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って身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 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。 **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って、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか	合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ-コレステロール、ＬＤＬ-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあっては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれか）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中１回に限り算定する。 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ものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号Ｂ005-6の注１に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号Ｂ005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、１回に限り算定する。 **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。	
Ｂ001-9 療養・就労両立支援指導料	**Ｂ001-9 療養・就労両立支援指導料**	
【点数の見直し】	１　初回　850点 ２　２回目以降　500点	１　初回　800点 ２　２回目以降　400点
【注の見直し】	注１　１については、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに対して、当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して６月を限度として、月１回に限り算定する。	注２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。
【点数の見直し】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
【点数の見直し】	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ740点又は435点を算定する。	注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。
【新設】	**Ｂ001-10　心不全再入院予防継続管理料** １　心不全再入院予防継続管理料１　1,000点 ２　心不全再入院予防継続管理料２ イ　６回目まで　700点 ロ　７回目以降　225点 ３　心不全再入院予防継続管理料３ イ　６回目まで　400点 ロ　７回目以降　225点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 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、入院中の患者以外の患者であって、１を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、１を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。 注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号Ｂ001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、２については、同一の患者につき、区分番号Ｂ001の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号Ｈ000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。	（新設）
【新設】	**Ｂ001-11　遺伝性疾患療養指導管理料** １　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 ２　医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合 イ　初回　700点 ロ　２回目　200点 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	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断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。 注２　２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、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づき療養上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。 注３　２のロについては、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、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づき療養上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。 注４　遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理（注１から注３までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注１から注３までに掲げる行為を行った場合は、患者１人につき１回に限り、それぞれ１又は２のイ若しくはロに掲げる所定点数を算定する。 **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。 注２　区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。 **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	

項　　目	改　正　後	改　正　前
	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。	
	Ｂ004 退院時共同指導料１ 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 ２　１以外の場合　　900点	
【注の見直し】	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（以下区分番号Ｂ005及び区分番号Ｂ015において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養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。	注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号Ｂ005及び区分番号Ｂ015において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養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。
	注２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。	
	注３　区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号Ｃ000に掲げる往診料、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。	
	Ｂ005 退院時共同指導料２　　400点 注１　保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。 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。 注５　区分番号Ｂ003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。	
Ｂ005-1-2 介護支援等連携指導料 【項目の見直し】	**Ｂ005-1-2 介護支援等連携指導料** 1　介護支援等連携指導料１　400点 2　介護支援等連携指導料２　500点	**Ｂ005-1-2 介護支援等連携指導料**　400点 （新設） （新設）
【注の見直し】	注１　介護支援等連携指導料１については、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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。また、当該入院中、介護支援等連携指導料１を算定した場合は、介護支援等連携指導料２は算定できない。	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。
【注の追加】	注２　介護支援等連携指導料２については、当該保険医療機関に入院中の患者（入退院支援加算１の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している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、当該入院中に２回に限り算定する。なお、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。	（新設）
Ｂ005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料		
	Ｂ005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料　500点	
【注の見直し】	注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ001の注６、区分番号Ｈ001-2の注６又は区分番号Ｈ002の注６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。	注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ001の注５、区分番号Ｈ001-2の注５又は区分番号Ｈ002の注５の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。
	Ｂ005-2からＢ005-3-2まで 削除	
	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。	
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号Ｂ005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者１人につき１回算定する。 **Ｂ005-6 がん治療連携計画策定料** １　がん治療連携計画策定料１　750点 ２　がん治療連携計画策定料２　300点 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。 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。 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。 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。 注５　がん治療連携計画策定料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料２を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。 **Ｂ005-6-2 がん治療連携指導料**　300点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｂ005-6-3 がん治療連携管理料** １　がん診療連携拠点病院の場合　500点 ２　地域がん診療病院の場合　300点 ３　小児がん拠点病院の場合　750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。 **Ｂ005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料** 500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。 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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。 **Ｂ005-7 認知症専門診断管理料** １　認知症専門診断管理料１ イ　基幹型又は地域型の場合　700点 ロ　連携型の場合　500点 ２　認知症専門診断管理料２ イ　基幹型又は地域型の場合　300点 ロ　連携型の場合　280点 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。 注３　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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。 **Ｂ005-7-2 認知症療養指導料** 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 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。 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注４　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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。 **Ｂ005-7-3 認知症サポート指導料**　450点 注１　認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、６月に１回に限り算定する。 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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｂ005-8 肝炎インターフェロン治療計画料** 700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。 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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。 **Ｂ005-9 外来排尿自立指導料**　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、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り、区分番号Ａ251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号Ｃ106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料１ 1,000点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 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。 **B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料２** 750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精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 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。	
B005-11 遠隔連携診療料	**B005-11 遠隔連携診療料**	
【項目の見直し】	１　外来診療の場合　900点 ２　訪問診療の場合　900点 ３　入院診療の場合　900点	１　診断を目的とする場合　750点 ２　その他の場合　500点
	（新設）	
【注の見直し】	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門	注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。
【注の追加】	注３　３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、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、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	（新設）
	Ｂ005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）　350点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。	
	Ｂ005-13 こころの連携指導料（Ⅱ）　500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号Ｂ005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。	
Ｂ005-14 プログラム医療機器等指導管理料	**Ｂ005-14 プログラム医療機器等指導管理料** 90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、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に１回に限り算定する。 注２　プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、プログラム	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	医療機器等指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、78点を算定する。	
	B006 救急救命管理料　500点 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。 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。	
	B006-2 削除	
B006-3 退院時リハビリテーション指導料		
	B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点	
【注の見直し】	注　患者の退院時に当該患者（当該保険医療機関での入院中に、区分番号A233に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号A301の注４に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-2の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-3の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A301-4の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号A304の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第７部リハビリテーションの第１節の各区分のいずれかを算定したものに限る。）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。	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。
B007 退院前訪問指導料		
	B007 退院前訪問指導料　580点	
【注の見直し】	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回に限り算定する。ただし、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回算定することができる。この場合において、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の注３に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。 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。	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。
	B007-2 退院後訪問指導料　580点 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後１回に限り、20点を所定点数に加算する。 注３　注１及び注２に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	
【新設】	**Ｂ007-3 退院後訪問栄養食事指導料（１回につき）**　530点 注１　保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、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患家等を訪問し、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、当該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内（退院日を除く。）の期間に限り、４回を限度として算定する。この場合において、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。 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。	（新設）
	Ｂ008 薬剤管理指導料 １　特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合　380点 ２　１の患者以外の患者の場合　325点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、１については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、２についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者１人につき週１回かつ月４回に限り算定する。 注２　麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき50点を所定点数に加算する。	
	Ｂ008-2 薬剤総合評価調整管理料　250点 注１　入院中の患者以外の患者であって、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。 注２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。	
	Ｂ009 診療情報提供料（Ⅰ）　250点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注１　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。 注２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に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。 注３　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 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。 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。 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。 注７　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 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。 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。 注10　保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、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、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。 注11　保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。 注12　精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。 注13　保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。 注14　保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算１として、100点を所定点数に加算する。 注15　保険医療機関が、周術期等における口腔	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算２として、100点を所定点数に加算する。	← として
	注16　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携する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、当該連携する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。	← 連携 ← 連携
	注17　保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。	
	注18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。 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 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	
	Ｂ009-2 電子的診療情報評価料　30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、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。	
	Ｂ010 診療情報提供料（Ⅱ）　500点 注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の保険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	← 医療機関

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
	Ｂ010-2 診療情報連携共有料　　120点	
	注１　歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	
	注２　区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。	
Ｂ011 連携強化診療情報提供料		
	Ｂ011 連携強化診療情報提供料　　150点	
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介され、又は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へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の削除】	（削る）	注２　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の５第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の削除】	（削る）	注３　注１又は注２に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　注１に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険	注４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定め

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この区分番号において単に「指定難病の患者」という。）又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この区分番号において同じ。）について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	る施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
【注の追加】	注３　注１及び注２に該当しない場合であって、他の保険医療機関（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限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した指定難病の患者又はてんかんの患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	（新設）
【注の見直し】	注４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	注５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月１回）に限り算定する。
【注の追加】	注５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、他の保険医療機関（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限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。 注６　区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 **Ｂ011-2 削除** **Ｂ011-3 薬剤情報提供料**　4点 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。 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。 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。 **Ｂ011-4 医療機器安全管理料** 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 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 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。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。 **Ｂ011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料**　12,000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、区分番号Ｄ006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算定する。 **B011-6 栄養情報連携料**　　70点 注１　区分番号Ｂ001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中１回に限り算定する。 注２　注１に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。 注３　区分番号Ｂ005に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。 **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。 **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。	
B014 退院時薬剤情報管理指導料	**B014 退院時薬剤情報管理指導料**　　90点	
【注の見直し】	注　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。	注１　（略）
【注の削除】	（削る）	注２　保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。
	B015 精神科退院時共同指導料 １　精神科退院時共同指導料１（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合） 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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 注１　１のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の２に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号若しくは第61条第１項第１号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第１項第２号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が１年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。 注２　１のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。 注３　１について、区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１、区分番号Ｃ000に掲げる往診料、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。 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。 **Ｂ016からＢ018まで 削除**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第２節　削除		
第３節　特定保険医療材料料	**Ｂ200 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	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。 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。 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。 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。	
【通則の見直し】	5　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注14にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 イ　在宅患者訪問診療料（Ｉ） ロ　在宅患者訪問診療料（Ⅱ） ハ　在宅患者訪問看護・指導料 ニ　同一建物居住者訪問看護・指導料 ホ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ヘ　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ト　在宅患者訪問薬剤管理指導料 チ　在宅患者訪問栄養食事指導料 リ　在宅患者緊急時等カンファレンス料 6　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。 7　感染防止対策に資する情報を提供する体制	5　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。 8　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	
第１節　在宅患者診療・指導料 **Ｃ000 往診料**	**Ｃ000 往診料**　720点 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。 イ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 ⑴　病床を有する場合 ①　緊急往診加算　850点 ②　夜間・休日往診加算　1,700点 ③　深夜往診加算　2,700点 ⑵　病床を有しない場合 ①　緊急往診加算　750点 ②　夜間・休日往診加算　1,500点 ③　深夜往診加算　2,500点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 ⑴　緊急往診加算　650点 ⑵　夜間・休日往診加算　1,300点 ⑶　深夜往診加算　2,300点 ハ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 ⑴　緊急往診加算　325点 ⑵　夜間・休日往診加算　650点 ⑶　深夜往診加算　1,300点 ニ　別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 ⑴　緊急往診加算　325点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　夜間・休日往診加算　　405点 ⑶　深夜往診加算　　485点 注２　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注３　在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ001の注６に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号Ｃ001-2の注５に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、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2,000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。 イ　有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号、区分番号Ｃ001及び区分番号Ｃ001-2において「有料老人ホーム等」という。）に入居する患者以外の患者 ⑴　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 ①　病床を有する場合　　6,500点 ②　病床を有しない場合　　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　　3,500点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 ⑴　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 ①　病床を有する場合　　6,500点 ②　病床を有しない場合　　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　　3,500点 注４　往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注３に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ001の注７（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する看取り加算は算定できない。 注５　患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を	注３　在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ001の注６に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号Ｃ001-2の注５に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算定する場合は、算定できない。 注６　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。 注７　往診に要した交通費は、患家の負担とする。	
【注の見直し】	注８　注１のイからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、200点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	注８　注１のイからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注９　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。 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が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この注において「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、200点を所定点数に加算する。	注９　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。
Ｃ001 在宅患者訪問診療料（Ｉ）（１日につき）	**Ｃ001 在宅患者訪問診療料（Ｉ）（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　在宅患者訪問診療料１ イ　同一建物居住者以外の場合　890点 ロ　同一建物居住者の場合　215点 ２　在宅患者訪問診療料２ イ　同一建物居住者以外の場合　886点 ロ　同一建物居住者の場合　189点	１　在宅患者訪問診療料１ イ　同一建物居住者以外の場合　888点 ロ　同一建物居住者の場合　213点 ２　在宅患者訪問診療料２ イ　同一建物居住者以外の場合　884点 ロ　同一建物居住者の場合　187点
	注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ000に掲げる往診料は、算定しない。 注２　２については、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者１人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ000に掲げる往診料は、算定しない。 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。 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。 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。	
【注の見直し】	注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ000の注３に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、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2,000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	注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ000の注３に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者 ⑴　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 ①　病床を有する場合　6,500点 ②　病床を有しない場合　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 ⑴　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 ①　病床を有する場合　6,500点 ②　病床を有しない場合　5,500点 ⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点 ⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点 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。 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。 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。 注10　往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（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。 注11　訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。 注12　１について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合における５回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	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。
【注の見直し】	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、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。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、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。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	診料の注16、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注８の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。 イ　在宅医療ＤＸ情報活用加算１　11点 ロ　在宅医療ＤＸ情報活用加算２　９点	診料の注15、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。
Ｃ001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（１日につき） 【点数の見直し】	**Ｃ001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（１日につき）**　152点 注１　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ000に掲げる往診料は、算定しない。 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。） 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 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。 注３　注１のロの場合については、当該患者１人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。 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。	**Ｃ001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（１日につき）**　150点
【注の見直し】	注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡	注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ000の注３に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、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2,000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。 イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 ⑴　病床を有する場合　6,200点 ⑵　病床を有しない場合　5,200点 ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合　4,200点 ハ　イ及びロに掲げるもの以外の場合　3,200点 注６　区分番号Ｃ001の注４、注５、注７、注８、注10、注12及び注13の規定は、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について準用する。この場合において、同注７中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、同注８中「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、「注７に規定する加算」とあるのは「注６において準用するＣ001の注７に規定する加算」、同注12中「１について」とあるのは「注１のイについて」と読み替えるものとする。	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回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ004に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ000の注３に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は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。
Ｃ002 在宅時医学総合管理料（月１回）	**Ｃ002 在宅時医学総合管理料（月１回）** １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 ⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　5,385点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,485点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,400点 ⑤　①から④まで以外の場合　2,110点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,485点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,385点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,185点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,065点 ⑤　①から④まで以外の場合　905点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,014点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,670点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　780点 ⑤　①から④まで以外の場合　660点 ⑷　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　2,745点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,485点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　670点 ⑤　①から④まで以外の場合　575点 ⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,500点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　828点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　425点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　373点 ⑤　①から④まで以外の場合　317点 ロ　病床を有しない場合 ⑴　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　4,985点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,125点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,625点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,205点 ⑤　①から④まで以外の場合　1,935点 ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,085点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,185点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,085点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　970点 ⑤　①から④まで以外の場合　825点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,774点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,550点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　805点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　720点 ⑤　①から④まで以外の場合　611点 ⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,505点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,365点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　705点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　615点 ⑤　①から④まで以外の場合　525点 ⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,380点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　768点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　395点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　344点 ⑤　①から④まで以外の場合　292点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　4,585点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,765点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,385点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,010点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,765点 ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,685点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,985点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　985点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　875点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　745点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,554点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,450点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　679点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　578点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,285点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　665点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　570点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　490点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,270点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　718点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　375点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　321点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　275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 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,435点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,820点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,785点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,500点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,315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。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,735点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,460点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　735点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　655点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　555点 ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,014点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,165点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　645点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　573点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　487点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,745点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　980点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　545点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　455点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　395点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,000点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　575点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　315点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　264点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　225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、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。 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。 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。 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の見直し】	者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　初回の場合　800点 ロ　２回目以降の場合　300点 注６　区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅医療充実体制加算 (1)　単一建物診療患者が１人の場合　800点 (2)　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　400点 (3)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　200点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　170点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　150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　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)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　75点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　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　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)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　50点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　43点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　38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、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　316点 ロ　在宅療養移行加算２　216点 ハ　在宅療養移行加算３　216点 ニ　在宅療養移行加算４　116点 注10　１のイの(2)から(5)まで、１のロの(2)から(5)まで、２のロからホまで及び３のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。 注11　区分番号Ｉ002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番	イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1)　単一建物診療患者が１人の場合　400点 (2)　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点 (3)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　100点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　85点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　75点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。 注12　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。 注14　１のイの(1)の③から⑤まで、１のイの(2)の③から⑤まで、１のイの(3)の③から⑤まで、１のイの(4)の③から⑤まで、１のイの(5)の③から⑤まで、１のロの(1)の③から⑤まで、１のロの(2)の③から⑤まで、１のロの(3)の③から⑤まで、１のロの(4)の③から⑤まで、１のロの(5)の③から⑤まで、２のイの(3)から(5)まで、２のロの(3)から(5)まで、２のハの(3)から(5)まで、２のニの(3)から(5)まで、２のホの(3)から(5)まで、３のイの(3)から(5)まで、３のロの(3)から(5)まで、３のハの(3)から(5)まで、３のニの(3)から(5)まで及び３のホの(3)から(5)までについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。 注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注16　１のイの(2)、１のイの(3)、１のロの(2)、１のロの(3)、２のロ、２のハ、３のロ及び３のハについて、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１のイの(4)、１のイの(4)、１のロの(4)、１のロの(4)、２のニ、２のニ、３のニ及び３のニを算定する。	（新設）
C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月１回）	**C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月１回）** １　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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 ⑴　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　3,885点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,225点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,400点 ⑤　①から④まで以外の場合　2,110点 ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,185点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,185点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,065点 ⑤　①から④まで以外の場合　905点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,234点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,250点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　865点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　780点 ⑤　①から④まで以外の場合　660点 ⑷　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　1,965点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,065点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　670点 ⑤　①から④まで以外の場合　575点 ⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,110点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　618点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　425点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　373点 ⑤　①から④まで以外の場合　317点 ロ　病床を有しない場合 ⑴　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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	①　単一建物診療患者が１人の場合 3,585点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,955点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　2,625点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,205点 ⑤　①から④まで以外の場合　1,935点 ⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合 2,885点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,535点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,085点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　970点 ⑤　①から④まで以外の場合　825点 ⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合 2,054点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,160点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　805点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　720点 ⑤　①から④まで以外の場合　611点 ⑷　月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合 1,785点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　975点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　705点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　615点 ⑤　①から④まで以外の場合　525点 ⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合 1,020点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　573点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　395点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　344点 ⑤　①から④まで以外の場合　292点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合 3,285点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,685点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の場合　2,385点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　2,010点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,765点 ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,585点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,385点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　985点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　875点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　745点 ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,894点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,090点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　765点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　679点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　578点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,625点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　905点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　665点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　570点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　490点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　940点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　538点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　375点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　321点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　275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 ⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,435点 ⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,010点 ⑶　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　1,785点 ⑷　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　1,500点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　1,315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。）	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,935点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,010点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　735点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　655点 (5) (1)から(4)まで以外の場合　555点 ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,534点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　895点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　645点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　573点 (5) (1)から(4)まで以外の場合　487点 ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,265点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　710点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　545点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　455点 (5) (1)から(4)まで以外の場合　395点 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　760点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　440点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　315点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　264点 (5) (1)から(4)まで以外の場合　225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。	
【注の見直し】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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　在宅医療充実体制加算 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 600点	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	(2)　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　300点 (3)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　150点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　128点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　113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)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　56点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　47点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　42点 ハ　在宅療養実績加算２ (1)　単一建物診療患者が１人の場合　150点 (2)　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　75点 (3)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　40点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　33点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　30点 注４　区分番号Ｉ002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）の１又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。	(2)　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3)　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　75点 (4)　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　56点
【注の見直し】	注５　区分番号Ｃ002の注２から注５まで、注８から注10まで及び注12から注16までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。	注５　区分番号Ｃ002の注２から注５まで、注８から注10まで、注14及び注15までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。
【注の削除】	（削る）	注６　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【注の削除】	（削る）	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
Ｃ003 在宅がん医療総合診療料（１日につき）	**Ｃ003 在宅がん医療総合診療料（１日につき）**	
【点数の見直し】	１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点 (2)　処方箋を交付しない場合　2,002点	１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,798点 (2)　処方箋を交付しない場合　2,000点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点 (2)　処方箋を交付しない場合　1,852点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点 ロ　処方箋を交付しない場合　1,687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（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。 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。 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。 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。	ロ　病床を有しない場合 (1)　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,648点 (2)　処方箋を交付しない場合　1,850点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,493点 ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点
【注の見直し】	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、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、300点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	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。
	注6　15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 注7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月1回に限り、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。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注16、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号C005	注8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月1回に限り、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。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注８の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	含む。）に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。
	イ　在宅医療ＤＸ情報活用加算１　　11点 ロ　在宅医療ＤＸ情報活用加算２　　９点	
	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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。	
	Ｃ004 救急搬送診療料　　1,300点	
	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。	
	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。	
	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。	
	注４　注１に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。	
Ｃ004-2 救急患者連携搬送料 【項目の見直し】	**Ｃ004-2 救急患者連携搬送料** １　救急患者連携搬送料１ イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 (1)　入院中の患者以外の患者の場合　　2,400点 (2)　入院初日の患者の場合　　1,200点 (3)　入院２日目の患者の場合　　800点 (4)　入院３日目の患者の場合　　600点 ロ　その他の場合 (1)　入院中の患者以外の患者の場合　　1,000点	（新設） （新設） １　入院中の患者以外の患者の場合　　1,800点 ２　入院初日の患者の場合　　1,200点 ３　入院２日目の患者の場合　　800点 ４　入院３日目の患者の場合　　600点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　入院初日の患者の場合　500点 ⑶　入院２日目の患者の場合　350点 ⑷　入院３日目の患者の場合　200点	
	２　救急患者連携搬送料２ イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合　800点 ロ　その他の場合　200点	（新設）
【注の見直し】	注１　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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。
【注の追加】	注２　１のロについては、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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、当該患者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定する。	（新設）
【注の追加】	注３　２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、他の保険医療機関で１のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、区分番号Ｃ004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。	（新設）
【注の追加】	注４　２のロについては、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、他の保険医療機関で１のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。	（新設）
【注の追加】	注５　１のイ又は２のイに規定する場合であって、当該搬送に要した時間が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。	（新設）
Ｃ005 在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）	**Ｃ005 在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）** １　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合 イ　週３日目まで　580点 ロ　週４日目以降　680点 ２　准看護師による場合 イ　週３日目まで　530点 ロ　週４日目以降　630点 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	
【注の見直し】	注１　１及び２については、保険医療機関が、	注１　１及び２については、保険医療機関が、

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物又は同一の敷地内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「同一建物等居住者」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。	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。
【注の見直し】	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（いずれも同一建物等居住者を除く。）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。	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。
	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。	
	注４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	る。 イ　月14日目まで　265点 ロ　月15日目以降　200点 注５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。	
【点数の見直し】	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140点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、180点）を所定点数に加算する。	注６　１及び２については、６歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、１日につき130点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、180点）を所定点数に加算する。
	注７　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　450点 ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　380点 ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　300点 ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） ⑴　１日に１回の場合　300点 ⑵　１日に２回の場合　600点 ⑶　１日に３回以上の場合　1,000点	
	注８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り300点を所定点数に加算する。	
	注９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り200点を所定点数に加算する。 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。 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 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 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。	
【注の見直し】	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。以下この区分番号及び区分番号Ｃ005-1-2において同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下この区分番号及び区分番号Ｃ005-1-2において同じ。）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（午後10時から午前６時までの時	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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	間をいう。以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において同じ。）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。	
	注13　1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注14　次のいずれかに該当する訪問看護・指導を行う場合、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。	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家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
	イ　保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である患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	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
	⑴　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	（新設）
	⑵　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	（新設）
	ロ　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、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・指導を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合	ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合
	⑴　最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が30分以上である患者に訪問看護・指導を行う場合	（新設）
	⑵　最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの往復にかかる時間及び訪問看護・指導の実施に要した時間の合計が2時間30分以上である場合	（新設）
	注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。	
	注16　1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。）　250点 ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。）　250点	
【注の見直し】	注17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ⅰ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	注17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号Ｃ001－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ⅰ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。
【注の見直し】	注18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｃ001の注８（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ005の注10（区分番号Ｃ005-1-2の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生	注18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｃ001の注８（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ005の注10（区分番号Ｃ005-1-2の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。	労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注19　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護・指導を実施している保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する在宅患者連携指導加算を算定している場合及び区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号Ｃ002-2の注５の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注９にそれぞれ規定する在宅医療情報連携加算を算定した月は、訪問看護医療情報連携加算は算定できない。	（新設）
	注20　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。	注19　（略）
	注21　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。	注20　（略）
Ｃ005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）		
	Ｃ005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）	
【項目の見直し】	1　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合	
	イ　同一日に２人	
	(1)　週３日目まで　580点	
	(2)　週４日目以降　680点	
	ロ　同一日に３人以上９人以下	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	
	ハ　同一日に10人以上19人以下	（新設）
	(1)　月20日目まで　290点	
	(2)　月21日目以降　280点	
	ニ　同一日に20人以上49人以下	（新設）
	(1)　月20日目まで　285点	
	(2)　月21日目以降　275点	
	ホ　同一日に50人以上	（新設）
	(1)　月20日目まで　275点	
	(2)　月21日目以降　265点	
	2　准看護師による場合	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　同一日に２人 ⑴　週３日目まで　530点 ⑵　週４日目以降　630点 ロ　同一日に３人以上９人以下 ⑴　週３日目まで　268点 ⑵　週４日目以降　318点 ハ　同一日に10人以上19人以下 ⑴　月20日目まで　266点 ⑵　月21日目以降　256点 ニ　同一日に20人以上49人以下 ⑴　月20日目まで　261点 ⑵　月21日目以降　251点 ホ　同一日に50人以上 ⑴　月20日目まで　251点 ⑵　月21日目以降　241点 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	ロ　同一日に３人以上 （新設） （新設） （新設）
【注の見直し】	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（同一建物等居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。	注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。
【注の見直し】	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（いずれも同一建物等居住者に限る。）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。	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。
【注の見直し】	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	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

項　　目	改　正　後	改　正　前
	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、同一日に、当該加算又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注11に規定する精神科複数回訪問加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	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。
	イ　１日に２回の場合	
	(1)　同一建物内１人又は２人　450点	
	(2)　同一建物内３人以上９人以下　400点	(2)　同一建物内３人以上　400点
	(3)　同一建物内10人以上19人以下　370点	（新設）
	(4)　同一建物内20人以上49人以下　350点	（新設）
	(5)　同一建物内50人以上　330点	（新設）
	ロ　１日に３回以上の場合	
	(1)　同一建物内１人又は２人　800点	
	(2)　同一建物内３人以上９人以下	(2)　同一建物内３人以上　720点
	①　月20日目まで　720点	（新設）
	②　月21日目以降　690点	（新設）
	(3)　同一建物内10人以上19人以下	（新設）
	①　月20日目まで　630点	
	②　月21日目以降　520点	
	(4)　同一建物内20人以上49人以下	（新設）
	①　月20日目まで　480点	
	②　月21日目以降　350点	
	(5)　同一建物内50人以上	（新設）
	①　月20日目まで　410点	
	②　月21日目以降　300点	
【注の見直し】	注４　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、同一日に、当該加算又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注４に規定する複数名精神科訪問看護・指導加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	注４　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週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。
	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	
	(1)　同一建物内１人又は２人　450点	
	(2)　同一建物内３人以上９人以下　400点	(2)　同一建物内３人以上　400点
	(3)　同一建物内10人以上19人以下　340点	（新設）
	(4)　同一建物内20人以上49人以下　300点	（新設）
	(5)　同一建物内50人以上　270点	（新設）
	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	
	(1)　同一建物内１人又は２人　380点	
	(2)　同一建物内３人以上９人以下　340点	(2)　同一建物内３人以上　340点
	(3)　同一建物内10人以上19人以下　280点	（新設）
	(4)　同一建物内20人以上49人以下　250点	（新設）
	(5)　同一建物内50人以上　220点	（新設）
	ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。）	
	(1)　同一建物内１人又は２人　300点	
	(2)　同一建物内３人以上９人以下　270点	(2)　同一建物内３人以上　270点
	(3)　同一建物内10人以上19人以下　210点	（新設）
	(4)　同一建物内20人以上49人以下　190点	（新設）
	(5)　同一建物内50人以上　160点	（新設）
	ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）	
	(1)　１日に１回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　300点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　270点	②　同一建物内３人以上　270点
	③　同一建物内10人以上19人以下　210点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　190点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　160点	（新設）
	(2)　１日に２回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　600点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　540点	②　同一建物内３人以上　540点
	③　同一建物内10人以上19人以下　380点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　345点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　330点	（新設）
	(3)　１日に３回以上の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　1,000点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　900点	②　同一建物内３人以上　900点
	③　同一建物内10人以上19人以下　550点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　480点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　450点	（新設）
【注の追加】	注５　１及び２については、夜間又は早朝に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として、同一日に、当該加算又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注６に規定する夜間・早朝訪問看護加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じて次に掲げる区分に従い、１日につき所定点数に加算する。	（新設）
	イ　同一建物内１人又は２人　210点	
	ロ　同一建物内３人以上９人以下	
	(1)　月15日目まで　210点	
	(2)　月16日目以降　190点	
	ハ　同一建物内10人以上19人以下	
	(1)　月15日目まで　180点	
	(2)　月16日目以降　130点	
	ニ　同一建物内20人以上49人以下	
	(1)　月15日目まで　120点	
	(2)　月16日目以降　95点	
	ホ　同一建物内50人以上	
	(1)　月15日目まで　100点	
	(2)　月16日目以降　80点	
【注の追加】	注６　１及び２については、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、同一日に、当該加算又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注７に規定する深夜訪問看護加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じて次に掲げる区分に従い、１日につき所定点数に加算する。	（新設）
	イ　同一建物内１人又は２人　420点	
	ロ　同一建物内３人以上９人以下	
	(1)　月15日目まで　420点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑵　月16日目以降　400点 ハ　同一建物内10人以上19人以下 ⑴　月15日目まで　390点 ⑵　月16日目以降　230点 ニ　同一建物内20人以上49人以下 ⑴　月15日目まで　210点 ⑵　月16日目以降　150点 ホ　同一建物内50人以上 ⑴　月15日目まで　180点 ⑵　月16日目以降　130点 注７　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。	注５　（略）
【注の見直し】	注８　区分番号Ｃ005の注４から注６まで、注８から注11まで、注13から注19まで及び注21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（同一建物等居住者に限る。）」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（同一建物等居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10及び同注18中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。	注６　区分番号Ｃ005の注４から注６まで、注８から注18まで及び注20の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10及び同注18中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。
【新設】	**Ｃ005-1-3　訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）**　265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の保険医が、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、情報通信機器を用いた診療を行う際に、看護師等が患者と同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、当該保険医療機関の看護師等が行う訪問看護・指導又は訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）の区分番号06に規定する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訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に１回に限り算定する。 注２　訪問看護遠隔診療補助に要した交通費は、患家の負担とする。 注３　当該点数を算定する場合は、同一日に、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料、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、区分番号Ｃ007に掲げる訪問看護指示料又は区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、別に算定できない。 **Ｃ005-2　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）**　100点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注　区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第１項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の２第１項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第１項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の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。	
	Ｃ006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（１単位） 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 注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者１人につき、１と２を合わせて週６単位（退院の日から起算して３月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。 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。 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。	
	Ｃ007 訪問看護指示料　300点 注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 注３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 注４　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。 注５　訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｉ012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。 **Ｃ007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料**　240点 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22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。 **Ｃ008 在宅患者訪問薬剤管理指導料** １　単一建物診療患者が１人の場合　650点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	3　1及び2以外の場合　290点 注1　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。 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。 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。 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。 **C009 在宅患者訪問栄養食事指導料** 1　在宅患者訪問栄養食事指導料1 イ　単一建物診療患者が1人の場合　530点 ロ　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　480点 ハ　イ及びロ以外の場合　440点 2　在宅患者訪問栄養食事指導料2 イ　単一建物診療患者が1人の場合　510点 ロ　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合　460点 ハ　イ及びロ以外の場合　420点 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。 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。 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。 **C010 在宅患者連携指導料**　900点 注1　訪問診療を実施している保険医療機関	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 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。 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。 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。 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。 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。 **Ｃ011 在宅患者緊急時等カンファレンス料** 200点 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。 **Ｃ012 在宅患者共同診療料** １　往診の場合　1,500点 ２　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点 ３　訪問診療の場合（同一建物居住者）　240点 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	をいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。 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。 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。 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。 注５　往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。	
【新設】	**C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料**　300点 注１　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（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）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、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、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。	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注２　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。 **Ｃ013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料**　750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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき３回に限り所定点数を算定する。 注２　区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。 **Ｃ014 外来在宅共同指導料** １　外来在宅共同指導料１　400点 ２　外来在宅共同指導料２　600点 注１　１については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者１人につき１回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。 注２　２については、注１に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。 **Ｃ015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料**　200点 注　訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号Ｃ002-2の注５の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	
第２節　在宅療養指導管理料		
	通則 在宅療養指導管理料の費用は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。	
第１款　在宅療養指導管理料	**通則** １　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定し、同一の患者に対して１月以内に指導管理を２回以上行った場合においては、第１回の指導管理を行ったときに算定する。 ２　同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。 ３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ102に規定する指導管理とＣ102-2に規定する指導管理、Ｃ103に規定する指導管理とＣ107に規定する指導管理、Ｃ107-2に規定する指導管理又はＣ107-3に規定する指導管理、Ｃ104に規定する指導管理とＣ105に規定する指導管理、Ｃ104に規定する指導管理とＣ105-2に規定する指導管理、Ｃ105に規定する指導管理とＣ105-2に規定する指導管理、Ｃ105-2に規定する指導管理とＣ109に規定する指導管理、Ｃ105-2に規定する指導管理とＣ105-3に規定する指導管理、Ｃ105-3に規定する指導管理とＣ109に規定する指導管理、Ｃ107に規定する指導管理とＣ107-2に規定する指導管理又はＣ107-3に規定する指導管理、Ｃ107-2に規定する指導管理とＣ107-3に規定する指導管理、Ｃ108（３を除く。）に規定する指導管理とＣ110に規定する指導管理、Ｃ108-4に規定する指導管理とＣ110に規定する指導管理及びＣ109に規定する指導管理とＣ114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **C100 退院前在宅療養指導管理料**　120点 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。 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。 **C101 在宅自己注射指導管理料** 1　複雑な場合　1,230点 2　1以外の場合 イ　月27回以下の場合　650点 ロ　月28回以上の場合　750点 注1　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。 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。 注3　処方の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。 注4　患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。 注5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1又は2のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。 **C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料** 820点 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。 **C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料** 1　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1　150点 2　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2　150点 注1　1については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注２　２については、１を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、１回に限り算定する。	
Ｃ102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 【項目の見直し】	**Ｃ102 在宅自己腹膜灌 流指導管理料**	**Ｃ102 在宅自己腹膜灌 流指導管理料** 4,000点
	1　在宅自己腹膜灌流指導管理料１　4,000点 2　在宅自己腹膜灌流指導管理料２　1,500点	（新設） （新設）
【注の見直し】	注１　在宅自己腹膜灌流指導管理料１については、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。	注１　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　当該指導管理料１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。 注３　注１に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月１回に限り115点を所定点数に加算する。	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。
【注の追加】	注４　在宅自己腹膜灌流指導管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己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、当該指導管理料１を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。	（新設）
	Ｃ102-2 在宅血液透析指導管理料　10,000点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して２月までの間は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。 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。 注３　注１に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月１回に限り115点を所定点数に加算する。	
	Ｃ103 在宅酸素療法指導管理料 １　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　520点 ２　その他の場合　2,400点 注１　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関す	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **Ｃ104 在宅中心静脈栄養法指導管理料** 3,000点 注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **Ｃ105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料** 2,500点 注　在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **Ｃ105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料** 1,050点 注　在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **Ｃ105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料** 2,500点 注　在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して１年を限度として算定する。 **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　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。 **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。	
Ｃ107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	**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	
【点数の見直し】	２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２　240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。	
【注の追加】	注２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関は、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算として15点を所定点数に加算する。	（新設）
	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、２を算定し、ＣＰＡＰを用いている患者について、	注２　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
	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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、218点を算定する。	注３　（略）
Ｃ107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 【項目の見直し】	**Ｃ107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料**	**Ｃ107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料** 2,400点
	１　在宅ハイフローセラピー指導管理料１ 2,400点	（新設）
	２　在宅ハイフローセラピー指導管理料２ 2,400点	（新設）
【注の見直し】	注１　１については、在宅ハイフローセラピーを行っている慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の患者のうち、入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。	注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。
【注の追加】	注２　２については、在宅ハイフローセラピーを行っている重度の低酸素血症の患者のうち、入院中の患者以外の患者に対して、高濃度の酸素吸入を伴う在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
Ｃ108 在宅麻薬等注射指導管理料	**Ｃ108 在宅麻薬等注射指導管理料**	
	１　悪性腫瘍の場合　1,500点 ２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点	
【項目の見直し】	３　心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合 1,500点	３　心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点
	注１　１については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
	注２　２については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【注の見直し】	注３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。
	Ｃ108-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点	
	注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
	Ｃ108-3 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点	
	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の持続投	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	与を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅心不全管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	
Ｃ108-4 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	**Ｃ108-4 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料** 1,500点	
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に、当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。
	Ｃ109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点	
	注１　在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。	
	注２　区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。	
	Ｃ110 在宅自己疼痛管理指導管理料　1,300点	
	注　疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	
Ｃ110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	**Ｃ110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料** 810点	
	注１　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。	
	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。	
【注の追加】	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、705点を算定する。	（新設）
	Ｃ110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点	
	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。	
	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。	
	Ｃ110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点	
	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、	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料** 810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、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料** 1,500点 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Ｉ$_2$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。 **C112 在宅気管切開患者指導管理料**　900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、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。 **C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料**　900点 注　喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C113 削除** **C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料** 1,000点 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。 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。 **C115 削除** **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 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。 **C117 在宅経腸投薬指導管理料**　1,500点 注　入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。	
C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 【項目の見直し】	**C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料** 1　膠芽腫の場合　2,800点 2　非小細胞肺癌の場合　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	**C118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料** 2,800点 （新設） （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	行った場合に算定する。 **C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料** 800点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的自己洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 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。 **C120 在宅中耳加圧療法指導管理料**　1,800点 注　在宅中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 **C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料**　800点 注１　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。 注２　在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。	
第２款　在宅療養指導管理材料加算 **通則** 【通則の見直し】	**通則** 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、３月に３回に限り算定する。 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。 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。	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。
C150 血糖自己測定器加算	**C150 血糖自己測定器加算** １　月20回以上測定する場合　350点 ２　月30回以上測定する場合　465点 ３　月40回以上測定する場合　580点 ４　月60回以上測定する場合　830点 ５　月90回以上測定する場合　1,170点 ６　月120回以上測定する場合　1,490点 ７　間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの　1,250点	
【注の見直し】	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、第１	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者及び膵全摘後の患者を除く。） ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。） ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ニ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）	に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）	注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。
【注の見直し】	注３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【注の見直し】	注４　ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、40点を更に第１款の所定点数に加算する。	注４　ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、３月に３回に限り、40点を更に第１款の所定点数に加算する。
	Ｃ151 注入器加算　300点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ152 間歇注入シリンジポンプ加算	**Ｃ152 間歇注入シリンジポンプ加算** １　プログラム付きシリンジポンプ　2,500点 ２　１以外のシリンジポンプ　1,500点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。
Ｃ152-2 持続血糖測定器加算	**Ｃ152-2 持続血糖測定器加算** １　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 イ　２個以下の場合　1,320点 ロ　３個又は４個の場合　2,640点 ハ　５個以上の場合　3,300点 ２　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合 イ　２個以下の場合　1,320点 ロ　３個又は４個の場合　2,640点 ハ　５個以上の場合　3,300点	

項　　目	改　正　後	改　正　前
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【注の見直し】	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。	注２　当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、２月に２回に限り、第１款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。
Ｃ152-3 経腸投薬用ポンプ加算		
	Ｃ152-3 経腸投薬用ポンプ加算　2,500点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	注　別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。
Ｃ152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算		
	Ｃ152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算 １　月５個以上10個未満の場合　2,330点 ２　月10個以上15個未満の場合　3,160点 ３　月15個以上20個未満の場合　3,990点 ４　月20個以上の場合　4,820点	
【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続皮下注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。
	Ｃ153 注入器用注射針加算 １　治療上の必要があって、１型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合　200点 ２　１以外の場合　130点 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
	Ｃ154 紫外線殺菌器加算　360点 注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
	Ｃ155 自動腹膜灌流装置加算　2,500点 注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
	Ｃ156 透析液供給装置加算　10,000点 注　在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ157 酸素ボンベ加算		
	Ｃ157 酸素ボンベ加算 １　携帯用酸素ボンベ　880点 ２　１以外の酸素ボンベ　3,950点	
【注の見直し】	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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ158 酸素濃縮装置加算		
	Ｃ158 酸素濃縮装置加算　4,000点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ157に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ157に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。
Ｃ159 液化酸素装置加算		
	Ｃ159 液化酸素装置加算 １　設置型液化酸素装置　3,970点 ２　携帯型液化酸素装置　880点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算		
	Ｃ159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291点	
【注の見直し】	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
	Ｃ160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点 注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ161 注入ポンプ加算		
	Ｃ161 注入ポンプ加算　1,250点	
【注の見直し】	注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者 ロ　次のいずれかに該当する患者 (1)　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 (2)　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者 (3)　(1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者 ハ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ニ　在宅強心剤持続投与を行っている患者 ホ　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている患者	注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。 (3)　(1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ163 特殊カテーテル加算		
	Ｃ163 特殊カテーテル加算 １　再利用型カテーテル　400点 ２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル イ　親水性コーティングを有するもの ⑴　60本以上90本未満の場合　1,700点 ⑵　90本以上120本未満の場合　1,900点 ⑶　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	
【注の見直し】	注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
	Ｃ164 人工呼吸器加算 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。	
Ｃ165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算		
	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　960点	
【注の見直し】	注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算		
	Ｃ166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　2,500点 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル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。 イ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 ロ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者	
【項目の見直し】	ハ　イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	ハ　イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	プログラマを含む。）を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
	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。	
	Ｃ168-2 携帯型精密ネブライザ加算　3,200点	
	注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
	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。	
	Ｃ170 排痰補助装置加算　1,829点	
	注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	
Ｃ171 在宅酸素療法材料加算		
	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	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	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。
Ｃ171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算		
	Ｃ171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算　100点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	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。
Ｃ171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算		
	Ｃ171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算　100点	
【注の見直し】	注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
Ｃ172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算		
	Ｃ172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算　2,400点	
【注の見直し】	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、第１款の所定点数に加算する。	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。
	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。	
Ｃ174 在宅ハイフローセラピー装置加算		
	Ｃ174 在宅ハイフローセラピー装置加算	
	１　自動給水加湿チャンバーを用いる場合　3,500点	
	２　１以外の場合　2,500点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の見直し】	注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 **Ｃ175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算** １　１月目　7,480点 ２　２月目以降　1,800点 注　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
第３節　薬剤料	**Ｃ200 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。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｃ300 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第２章　特掲診療料　第３部　検査（改正部分）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
【通則の追加】	7　看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第３節又は第４節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第３節又は第４節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。 イ　１種類の場合　100点 ロ　２種類以上の場合　150点	（新設）
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 区分	**第１款　検体検査実施料** 区分
（尿・糞便等検査）		
	（尿・糞便等検査）	**（尿・糞便等検査）**
【点数の見直し】	**D001 尿中特殊物質定性定量検査**	**D001 尿中特殊物質定性定量検査**
【項目の見直し】	7　黄体形成ホルモン（ＬＨ）定性（尿）72点 8　フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）（尿）　77点 9～15 16　Ⅳ型コラーゲン（尿）　179点 17～22	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 （新設） 8～14 15　Ⅳ型コラーゲン（尿）　184点 16～21
【点数の見直し】	**D004 穿刺液・採取液検査**	**D004 穿刺液・採取液検査**
【項目の見直し】	（削る） 4・5 6　髄液一般検査　77点 8　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）　113点 11　オリゴクローナルバンド　507点 15　アミロイドβ42/40比（髄液）、リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比（髄液）　1,282点	4　髄液一般検査　62点 5・6 （新設） 8　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）　116点 11　オリゴクローナルバンド　522点 15　アミロイドβ42/40比（髄液）　1,282点
【新設】	**D004-3 ＤＮＡメチル化検出検査**　2,500点	（新設）
（血液学的検査）		
	（血液学的検査）	**（血液学的検査）**
【点数の見直し】	**D005　血液形態・機能検査**	**D005　血液形態・機能検査**
【注の見直し】	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52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）　1,882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37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
【点数の見直し】	**D006 出血・凝固検査**	**D006 出血・凝固検査**
【項目の見直し】	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	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
【注の追加】	注　後天性低フィブリノゲン血症の患者に対して、フィブリノゲン製剤の適応の可否を判断する目的で、手術室等の場所でフィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量を実施した場合は、迅速フィブリノゲン測定加算として、150点を所定点数に加算する。	（新設）
	10　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、プラスミン、プラスミン活性、α_1-アンチトリプシン　80点	10　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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		ミン、プラスミン活性、α1-アンチトリプシン　80点
	12　フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定量　95点	（新設）
	13～22	12～21
	23　プロテインＳ抗原　152点	22　プロテインＳ抗原　154点
	24	23
	25　トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　166点	（新設）
	26　β-トロンボグロブリン（β-ＴＧ）　171点	24　β-トロンボグロブリン（β-ＴＧ）、トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　171点
	27～30	25～28
	31　プロテインＣ抗原　220点	（新設）
	32	29
	（削る）	30　プロテインＣ抗原　226点
	33～37	31～35
【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。	注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から32までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
【点数の見直し】	**Ｄ006-5 染色体検査（全ての費用を含む。）**	**Ｄ006-5 染色体検査（全ての費用を含む。）**
	２　流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合　4,465点	２　流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合　4,603点
	３　その他の場合　2,444点	３　その他の場合　2,477点
【注の見直し】	注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、386点を所定点数に加算する。	注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	**Ｄ006-6 免疫関連遺伝子再構成**　2,362点	**Ｄ006-6 免疫関連遺伝子再構成**　2,373点
【点数の見直し】	**Ｄ006-13 骨髄微小残存病変量測定**	**Ｄ006-13 骨髄微小残存病変量測定**
	１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,294点	１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,395点
【点数の見直し】	**Ｄ006-17 Nudix hydrolase 15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型**　2,274点	**Ｄ006-17 Nudix hydrolase 15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型**　2,100点
【項目の見直し】	**Ｄ006-19 がんゲノムプロファイリング検査**	**Ｄ006-19 がんゲノムプロファイリング検査**　44,000点
	１　固形腫瘍を対象とする場合　44,000点	（新設）
	２　造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合　44,000点	（新設）
【点数の見直し】	**Ｄ006-25 ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型**　1,976点	**Ｄ006-25 ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型**　2,037点
【項目の見直し】	**Ｄ006-27 悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）**	**Ｄ006-27 悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）**
	10　ＨＥＲ２遺伝子検査（大腸癌及び肺癌以外の固形癌に係るもの）　2,500点	（新設）
	11　ＥＳＲ１遺伝子検査（乳癌に係るもの）　2,500点	（新設）
【注の見直し】	注１　患者から１回に採取した血液又は（血漿）を用いて本区分の１、２、５、６、７、９、10若しくは11に掲げる検査又は区分番号Ｄ006-12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目、３項目又は４項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、6,000点又は8,000点を算定する。	注１　患者から１回に採取した血液又は（血漿）を用いて本区分の１、２、５、６、７若しくは９に掲げる検査又は区分番号Ｄ006-12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目、３項目又は４項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点、6,000点又は8,000点を算定する。
【点数の見直し】	**Ｄ006-30 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査**　23,500点	**Ｄ006-30 遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査**　20,500点
【新設】	**Ｄ006-31 ＩＤＨ１遺伝子検査**　2,500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）、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、	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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）　11点	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）　11点
	29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）、シスタチンＣ　109点	29　心筋トロポニンＩ、心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量、アルミニウム（Ａｌ）　109点
	（削る）	30　シスタチンＣ　112点
	30 ～ 53	31 ～ 54
	54　ビタミンＢ$_2$　231点	55　ビタミンＢ$_2$　235点
	55 ～ 64	56 ～ 65
（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】	（削る）	9　ガストリン　101点
	9	10
	10　成長ホルモン（ＧＨ）　104点	（新設）
	12　卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　105点	12　成長ホルモン（ＧＨ）、卵胞刺激ホルモン（ＦＳＨ）、Ｃ-ペプチド（ＣＰＲ）、黄体形成ホルモン（ＬＨ）　105点
	16　カルシトニン　127点	（新設）
	17・18	16・17
	19　サイロキシン結合グロブリン（ＴＢＧ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　130点	18　サイロキシン結合グロブリン（ＴＢＧ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、カルシトニン、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　130点
	20	19
	21　脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ-ｐｒｏＢＮＰ）　136点	20　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）　136点
	22	21
	23　プロゲステロン　139点	22　プロゲステロン　143点
	24　グルカゴン、低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　150点	23　グルカゴン　150点
	（削る）	24　低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　154点
	25　Ⅰ型コラーゲン架橋Ｎ-テロペプチド（ＮＴＸ）、オステオカルシン（ＯＣ）　153点	（新設）
	26　酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ- ５ｂ）、遊離テストステロン　156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
	27　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　157点	26　オステオカルシン（ＯＣ）、骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　157点
	（削る）	27　遊離テストステロン　159点
	29　副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　161点	29　副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　161点
	32　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　165点	32　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　165点
	38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）　185点	38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）　186点
	51　ガストリン　380点	（新設）
	52　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　585点	51　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　450点
	53・54	52・53
【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】	18　シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）　152点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	19　サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　154点	18　サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　154点
	（削る）	19　シアリルＬｅˣ抗原（ＣＳＬＥＸ）　156点
	27　γ-セミノプロテイン（γ-Ｓｍ）　187点	（新設）
	28	27
	（削る）	28　γ-セミノプロテイン（γ-Ｓｍ）　192点
【点数の見直し】	**D010 特殊分析**	**D010 特殊分析**
	4　アミノ酸	4　アミノ酸
	ロ　５種類以上　1,074点	ロ　５種類以上　1,107点
	7　脂肪酸分画　389点	7　脂肪酸分画　393点
	8　先天性代謝異常症検査	8　先天性代謝異常症検査
	ハ　タンデムマス分析　1,074点	ハ　タンデムマス分析　1,107点
	ニ　その他　1,074点	ニ　その他　1,107点
（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　39点	1　ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型　24点
	3　Ｒｈ（その他の因子）血液型　163点	3　Ｒｈ（その他の因子）血液型　148点
	4　不規則抗体　174点	4　不規則抗体　159点
	5　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性　176点	5　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性　181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】	12　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
	15　トキソプラズマＩｇＭ抗体、クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性　95点	15　トキソプラズマＩｇＭ抗体　95点
	（削る）	18　抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性　116点
	18	19
	19　ＨＩＶ-1，2抗体定量　124点	（新設）
	20　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　126点	（新設）
	21　ＨＩＶ-1，2抗原・抗体同時測定定量　127点	20　ＨＩＶ-1，2抗体定量、ＨＩＶ-1，2抗原・抗体同時測定定量　127点
	（削る）	21　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　129点
	24　ＲＳウイルス抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗原定性　138点	24　ＲＳウイルス抗原定性　138点
	25　ヒトメタニューモウイルス抗原定性　141点	25　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性　142点
	29　抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性　151点	（新設）
	30	29
	31　大腸菌Ｏ157抗体定性　155点	（新設）
	32	30
	33　ＨＴＬＶ-Ⅰ抗体　159点	31　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ-Ⅰ抗体　159点
	34・35	32・33
	36　クリプトコックス抗原定性　164点	（新設）
	37	34
	（削る）	35　クリプトコックス抗原定性　169点
	38	36
	39　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）　174点	（新設）
	40	37
	41　肺炎球菌細胞壁抗原定性　179点	38　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　179点
	42・43	39・40
	（削る）	41　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　188点
	44　（1→3）-β-D-グルカン　190点	42　（1→3）-β-D-グルカン　195点
	45 ～ 50	43 ～ 48
	51　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　220点	（新設）
	52　赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性、赤痢アメーバ抗体定性　223点	49　赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性　223点
	53 ～ 56	50 ～ 53

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	57　百日咳菌抗体　250点	54　百日咳菌抗体　257点
	58 ～ 61	55 ～ 58
	62　アスペルギルスＩｇＧ抗体　390点	（新設）
	63	59
	64　ＨＴＬＶ-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、トキソプラズマＩｇＧ抗体アビディティー　425点	60　ＨＴＬＶ-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
	65 ～ 67	61 ～ 63
	68　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　798点	64　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　822点
	69	65
	70　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体、抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ74（ＡＡＶｒｈ74）抗体　12,850点	66　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体　12,850点
【点数の見直し】	**D013 肝炎ウイルス関連検査**	**D013 肝炎ウイルス関連検査**
【項目の見直し】	5　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白、ＨＣＶ抗体・ＨＣＶコア蛋白同時検出定性　102点	5　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　102点
	12　ＨＢＶコア関連抗原（HBcrAg）　246点	12　ＨＢＶコア関連抗原（HBcrAg）　252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】	15　Ｃ１ｑ結合免疫複合体、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体定性、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体半定量、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体定量　153点	15　Ｃ１ｑ結合免疫複合体　153点
	16　抗Ｓcl-70抗体定性、抗Ｓcl-70抗体半定量、抗Ｓcl-70抗体定量　157点	16　抗Ｓcl-70抗体定性、抗Ｓcl-70抗体半定量、抗Ｓcl-70抗体定量、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体定性、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体半定量、抗ＳＳ-Ｂ／Ｌａ抗体定量　157点
	19　抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体　166点	19　抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体　170点
	20　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　173点	20　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　174点
	22　抗ミトコンドリア抗体定量、モノクローナルＲＦ結合免疫複合体　189点	22　抗ミトコンドリア抗体定量　189点
	（削る）	25　モノクローナルＲＦ結合免疫複合体　194点
	25	26
	26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　208点	27　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　214点
	27 ～ 30	28 ～ 31
	31　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ-ＡＮＣＡ）、抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３-ＡＮＣＡ）　250点	32　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ-ＡＮＣＡ）　251点
	（削る）	33　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３-ＡＮＣＡ）　252点
	32　抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）　257点	34　抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）　262点
	33・34	35・36
	35　抗ＴＩＦ１-γ抗体、抗Ｍｉ-２抗体　270点	37　抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１-γ抗体、抗Ｍｉ-２抗体　270点
	36　抗ＭＤＡ５抗体　275点	（新設）
	37 ～ 39	38 ～ 40
	40　ＩｇＧ４　373点	41　ＩｇＧ４　377点
	41 ～ 43	42 ～ 44
	44　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　752点	45　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　775点
	45	46
	46　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）、抗ＮＦ155抗体、抗ＣＮＴＮ１抗体　1,000点	47　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）　1,000点
	47	48
	48　抗ＧＭ-ＣＳＦ抗体　1,380点	（新設）
【注の見直し】	注１　本区分の10から16まで、18、19、23、35及び36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、	注１　本区分の10から16まで、18、19、23及び37に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	それぞれ320点又は490点を算定する。	ぞれ320点又は490点を算定する。
【注の見直し】	注２　本区分の47及び49に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	注２　本区分の48及び49に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。
【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】	14　α1-マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）、レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　129点	14　α1-マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　129点
	（削る）	15　レチノール結合蛋白（ＲＢＰ）　132点
	15～29	16～30
	30　免疫固定法（抗悪性腫瘍剤に対する特異的抗体を用いた場合）　776点	（新設）
	31　コンシズマブ　12,850点	（新設）
【点数の見直し】	**Ｄ016 細胞機能検査**	**Ｄ016 細胞機能検査**
	7　リンパ球刺激試験（ＬＳＴ）	7　リンパ球刺激試験（ＬＳＴ）
	ハ　３薬剤以上　700点	ハ　３薬剤以上　515点
（微生物学的検査）		
	（微生物学的検査）	**（微生物学的検査）**
【点数の見直し】	**Ｄ017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査**	**Ｄ017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査**
	1　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　65点	1　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　50点
【点数の見直し】	**Ｄ018 細菌培養同定検査**	**Ｄ018 細菌培養同定検査**
	3　血液又は穿刺液　240点	3　血液又は穿刺液　225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、137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、122点を所定点数に加算する。
【注の追加】	注２　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真菌培養を行った場合は、真菌培養加算として、122点を所定点数に加算する。	（新設）
	注３	注２
【点数の見直し】	**Ｄ019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査**　165点	**Ｄ019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査**　150点
【点数の見直し】	**Ｄ020 抗酸菌分離培養検査**	**Ｄ020 抗酸菌分離培養検査**
	1　抗酸菌分離培養（液体培地法）　315点	1　抗酸菌分離培養（液体培地法）　300点
	2　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）　224点	2　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）　209点
【点数の見直し】	**Ｄ021 抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）**　376点	**Ｄ021 抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）**　361点
【点数の見直し】	**Ｄ022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）**　415点	**Ｄ022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）**　400点
【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】	6　マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出、ＲＳウイルス核酸検出　291点	6　マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出　291点
	7　レジオネラ核酸検出　296点	7　レジオネラ核酸検出　292点
	12　膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出、マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸及びマクロライド耐性変異同時検出　350点	12　膣トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出　350点
	19　ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出　650点	（新設）
	20　ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・インフルエンザ核酸同時検出、ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・ＲＳウイルス核酸同時検出、ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出、エムポックスウイルス核酸検出　700点	19　ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出、ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・インフルエンザ核酸同時検出、ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・ＲＳウイルス核酸同時検出、ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出　700点
	21　サイトメガロウイルス核酸検出　777点	20　サイトメガロウイルス核酸検出　801点
	22	21
	23　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点	22　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出を含まないもの）、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点
	（削る）	注　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出を含まないも

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		の）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
	24　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出　1,273点 注　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。	（新設）
	25　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	23　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出を含む。）　1,350点
	イ　ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出を含むもの　1,350点	（新設）
	ロ　ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-2核酸検出を含まないもの　963点	（新設）
	注　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。	（新設）
	26 ～ 28	24 ～ 26
（基本的検体検査実施料）		
	（基本的検体検査実施料）	**（基本的検体検査実施料）**
	Ｄ025 基本的検体検査実施料（１日につき）	**Ｄ025 基本的検体検査実施料（１日につき）**
【注の見直し】	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 ヲ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ抗体・ＨＣＶコア蛋白同時検出定性、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性並びにＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量	注２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 ヲ　肝炎ウイルス関連検査 ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量
第２款　検体検査判断料		
	第２款　検体検査判断料 区分	**第２款　検体検査判断料** 区分
	Ｄ026 検体検査判断料	**Ｄ026 検体検査判断料**
【注の見直し】	注３　区分番号Ｄ004-2の１、区分番号Ｄ006-2からＤ006-9まで、区分番号Ｄ006-11からＤ006-20まで及び区分番号Ｄ006-22からＤ006-31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３　区分番号Ｄ004-2の１、区分番号Ｄ006-2からＤ006-9まで、区分番号Ｄ006-11からＤ006-20まで及び区分番号Ｄ006-22からＤ006-30までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。
【注の見直し】	注４　検体検査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（検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）については入院中の患者に限る。）１人につき月１回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。 ハ　検体検査管理加算（Ⅲ）　330点 ニ　検体検査管理加算（Ⅳ）　550点	注４　検体検査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（検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）については入院中の患者に限る。）１人につき月１回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。 ハ　検体検査管理加算（Ⅲ）　300点 ニ　検体検査管理加算（Ⅳ）　500点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の削除】	（削る）	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号Ｄ006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号Ｄ006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。
【注の削除】	（削る）	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。
【注の見直し】	注６ 注７　区分番号Ｄ015の16に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）、23に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）又は30に掲げる免疫固定法（抗悪性腫瘍剤に対する特異的抗体を用いた場合）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。	注８ 注９　区分番号Ｄ015の17に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は24に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。
第３節　生体検査料		
	第３節　生体検査料 区分	**第３節　生体検査料** 区分
（呼吸循環機能検査等）		
	（呼吸循環機能検査等） **Ｄ200 スパイログラフィー等検査**	**（呼吸循環機能検査等）** **Ｄ200 スパイログラフィー等検査**
【点数の見直し】	４　呼気ガス分析　145点	４　呼気ガス分析　100点
	Ｄ206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）	**Ｄ206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）**
【注の見直し】	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（ブロッケンブロー）、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、冠動脈造影又はガイドワイヤを用いた冠微小循環の評価を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、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、冠動脈造影加算又は冠微小循	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（ブロッケンブロー）、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、ブロッケンブロー加算、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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	環評価加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点、1,400点又は150点を加算する。	点、800点、800点又は1,400点を加算する。
【注の見直し】	注３　血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は血管内近赤外線分光法検査を実施した場合は、血管内超音波検査加算、血管内光断層撮影加算又は血管内近赤外線分光法検査加算として、400点を所定点数に加算する。	注３　血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注７　同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、血管内近赤外線分光法検査、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、２以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。	注７　同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、２以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
	D210 ホルター型心電図検査	**D210 ホルター型心電図検査**
【点数の見直し】	２　８時間以上の場合　1,730点	２　８時間を超えた場合　1,750点
【項目の見直し】	注１	注
【注の追加】	注２　７日間以上実施した場合は、長時間心電図加算として、320点を所定点数に加算する。	（新設）
（超音波検査等）		
	（超音波検査等）	**（超音波検査等）**
	D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）	**D215 超音波検査（記録に要する費用を含む。）**
	３　心臓超音波検査	３　心臓超音波検査
【点数の見直し】	ハ　経食道心エコー法　1,800点	ハ　経食道心エコー法　1,500点
	ニ　胎児心エコー法　300点	ニ　胎児心エコー法　300点
【注の見直し】	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、1,200点を所定点数に加算する。	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。
【注の見直し】	注１　２又は３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、180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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。	注１　２又は３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、180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に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。
【新設】	**D216-3 蛍光リンパ管・リンパ節造影**　500点	（新設）
	D217 骨塩定量検査	**D217 骨塩定量検査**
【注の見直し】	注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき１年に１回に限り算定する。ただし、骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して１年以内の場合には、患者１人につき４月に１回に限り算定する。	注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき４月に１回に限り算定する。
（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）**
	D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	**D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ**
【注の見直し】	注４　同一の患者につき、区分番号Ｌ008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。	注４　同一の患者につき、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と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。
	D227 頭蓋内圧持続測定	**D227 頭蓋内圧持続測定**
【点数の見直し】	２　３時間を超えた場合（１日につき）　960点	２　３時間を超えた場合（１日につき）　800点
【点数の見直し】	**D232 食道内圧測定検査**　936点	**D232 食道内圧測定検査**　780点
（脳波検査等）		
	（脳波検査等）	**（脳波検査等）**
	D237 終夜睡眠ポリグラフィー	**D237 終夜睡眠ポリグラフィー**
	３　１及び２以外の場合	３　１及び２以外の場合
【項目の見直し】	ロ　保険医療機関内で又は訪問して実施するもの　3,570点	ロ　その他のもの　3,570点
	ハ　その他のもの　2,000点	（新設）
	注１	注

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の追加】	注２　検査に要した交通費は、患家の負担とする。	（新設）
（神経・筋検査）		
	（神経・筋検査）	**（神経・筋検査）**
	通則	通則
【通則の追加】	１　区分番号Ｄ239に掲げる筋電図検査については、所定点数及び区分番号Ｄ241に掲げる神経・筋検査判断料の１の所定点数を合算した点数により算定する。	（新設）
【通則の見直し】	２　区分番号Ｄ239-2からＤ240までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号Ｄ241に掲げる神経・筋検査判断料の２の所定点数を合算した点数により算定する。	区分番号Ｄ239からＤ240までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号Ｄ241に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
	Ｄ239 筋電図検査	**Ｄ239 筋電図検査**
【点数の見直し】	１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき））　384点	１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき））　320点
【項目の見直し】	**Ｄ241 神経・筋検査判断料**	**Ｄ241 神経・筋検査判断料**　180点
	１　筋電図検査の場合　180点	（新設）
	２　その他の場合　180点	（新設）
【注の見直し】	注　神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。ただし、いずれかの神経・筋検査判断料を算定した場合には、同一月において他の神経・筋検査判断料は算定しない。	注　神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。
	Ｄ242 尿水力学的検査	**Ｄ242 尿水力学的検査**
【点数の見直し】	１　膀胱内圧測定　312点	１　膀胱内圧測定　260点
（眼科学的検査）		
	（眼科学的検査）	**（眼科学的検査）**
	通則	通則
	１　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、区分番号Ｄ282-3に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。	コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、区分番号Ｄ282-3に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。
【通則の追加】	２　近視の進行抑制を目的として診療を行い当該目的に係る効能又は効果を有する医薬品を投与している患者に対して眼科学的検査を行った場合は、年２回に限り算定する。この場合において、１回の受診において複数の検査を行った場合は、２種類を限度として算定する。	（新設）
【点数の見直し】	**Ｄ258-2 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）**　600点	**Ｄ258-2 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）**　500点
（内視鏡検査）		
	（内視鏡検査）	**（内視鏡検査）**
【点数の見直し】	**Ｄ295 関節鏡検査（片側）**　912点	**Ｄ295 関節鏡検査（片側）**　760点
	Ｄ308 胃・十二指腸ファイバースコピー　1,140点	**Ｄ308 胃・十二指腸ファイバースコピー**　1,140点
【注の見直し】	注３　胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、3,360点を所定点数に加算する。	注３　胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、2,800点を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	**Ｄ309 胆道ファイバースコピー**　4,800点	**Ｄ309 胆道ファイバースコピー**　4,000点
	Ｄ310 小腸内視鏡検査	**Ｄ310 小腸内視鏡検査**
【注の見直し】	注２　３について、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。	注２　３について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	**Ｄ310-2 消化管通過性検査**　720点	**Ｄ310-2 消化管通過性検査**　600点
	Ｄ313 大腸内視鏡検査	**Ｄ313 大腸内視鏡検査**
【注の見直し】	注４　２について、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。	注４　２について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。
【点数の見直し】	**Ｄ314 腹腔鏡検査**　2,724点	**Ｄ314 腹腔鏡検査**　2,270点
【点数の見直し】	**Ｄ319 腎盂尿管ファイバースコピー（片側）**　2,160点	**Ｄ319 腎盂尿管ファイバースコピー（片側）**　1,800点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第４節　診断穿刺・検体採取料		
	第４節　診断穿刺・検体採取料	**第４節　診断穿刺・検体採取料**
	区分	区分
【点数の見直し】	**Ｄ401 脳室穿刺**　600点	**Ｄ401 脳室穿刺**　500点
【点数の見直し】	**Ｄ403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）**　312点	**Ｄ403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）**　260点
【点数の見直し】	**Ｄ409 リンパ節等穿刺又は針生検**　240点	**Ｄ409 リンパ節等穿刺又は針生検**　200点
【点数の見直し】	**Ｄ412 経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）**　1,920点	**Ｄ412 経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）**　1,600点
【点数の見直し】	**Ｄ412-2 経皮的腎生検法**　2,400点	**Ｄ412-2 経皮的腎生検法**　2,000点
	Ｄ413 前立腺針生検法	**Ｄ413 前立腺針生検法**
【点数の見直し】	2　その他のもの　1,848点	2　その他のもの　1,540点
【点数の見直し】	**Ｄ414-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ-ＦＮＡ）**　5,760点	**Ｄ414-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ-ＦＮＡ）**　4,800点
【新設】	**Ｄ415-6 壁側胸膜凍結生検法**　15,800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。	（新設）
	Ｄ417 組織試験採取、切採法	**Ｄ417 組織試験採取、切採法**
【点数の見直し】	11　直腸　780点	11　直腸　650点
	Ｄ419 その他の検体採取	**Ｄ419 その他の検体採取**
【点数の見直し】	4　前房水採取　504点	4　前房水採取　420点

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		
	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。	
【通則の見直し】	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、画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する場合はこの限りでない。	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、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する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、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４として、区分番号Ｅ102に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ203に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り175点、235点又は340点を所定点数に加算する。	
【通則の見直し】	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	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	診断管理加算２、画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する場合はこの限りでない。	診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定する場合はこの限りでない。
【通則の追加】	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、送信側の保険医療機関が画像診断管理加算２の届出を行った保険医療機関であり、かつ、受信側の保険医療機関が画像診断管理加算２、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４の届出を行った保険医療機関である場合において、受信側の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、通則第５号の規定にかかわらず、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（一部委託を行う場合）として、166点を所定点数に加算する。この場合、送信側の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においても、画像診断管理加算２（一部委託を行う場合）を算定する。	（新設）
【通則の見直し】	8　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（通則第７号に規定する場合を除く。）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、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定することができる。	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、画像診断管理加算３又は画像診断管理加算４を算定することができる。
第１節　エックス線診断料	通則 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。 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 イ　単純撮影の場合　57点 ロ　特殊撮影の場合　58点 ハ　造影剤使用撮影の場合　66点 ニ　乳房撮影の場合　54点 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。 **E000 透視診断**　110点 **E001 写真診断** 1　単純撮影 イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎　85点 ロ　その他　43点 2　特殊撮影（一連につき）　96点 3　造影剤使用撮影　72点 4　乳房撮影（一連につき）　306点 注　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 **E002 撮影** 1　単純撮影 イ　アナログ撮影　60点 ロ　デジタル撮影　68点 2　特殊撮影（一連につき） イ　アナログ撮影　260点 ロ　デジタル撮影　270点 3　造影剤使用撮影 イ　アナログ撮影　144点 ロ　デジタル撮影　154点 4　乳房撮影（一連につき） イ　アナログ撮影　192点 ロ　デジタル撮影　202点 注1　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 注2　新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。 注3　造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。 注4　造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。 注5　造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピーの所定点数（加算を含む。）により算定する。 注6　乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、100点を所定点数に加算する。	
E003 造影剤注入手技	**E003 造影剤注入手技** 1　点滴注射　区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数 2　動脈注射　区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数 3　動脈造影カテーテル法	
【点数の見直し】	イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　4,320点 注1　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。 注2　頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。 ロ　イ以外の場合　1,180点 注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。 4　静脈造影カテーテル法　3,600点 5　内視鏡下の造影剤注入 イ　気管支ファイバースコピー挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコピーの所定点数 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 6　腔内注入及び穿刺注入	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
【点数の見直し】	イ　注腸　360点 ロ　その他のもの　120点 7　嚥下造影　240点	イ　注腸　300点
	E004 基本的エックス線診断料（1日につき） 1　入院の日から起算して4週間以内の期間　55点 2　入院の日から起算して4週間を超えた期間　40点 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。 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。 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。) 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。） 注3　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第２節　核医学診断料	通則 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。 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。 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。 **Ｅ100 シンチグラム（画像を伴うもの）** 1　部分（静態）（一連につき）　1,300点 2　部分（動態）（一連につき）　1,800点 3　全身（一連につき）　2,200点 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。 注２　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。 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。 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。 **Ｅ101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）**　1,800点 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。 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。 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。 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。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
E101-2 ポジトロン断層撮影		
	E101-2 ポジトロン断層撮影 1　^{15}O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000点 2　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500点 3　^{13}N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 4　^{18}F標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　2,500点 5　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　12,500点 ロ　イ以外の場合　2,600点	
【項目の見直し】	6　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　2,780点	（新設）
【注の見直し】	注１　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{13}N標識アンモニア剤の合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビンの注入、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入並びにＰＳＭＡイメージング剤の調製及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。	注１　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{13}N標識アンモニア剤の合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
	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。	
	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。	
	注４　１から４までについては、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。	
E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）		
	E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 1　^{15}O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625点 2　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625点 3　^{18}F標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　3,625点 4　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　13,625点 ロ　イ以外の場合　3,725点	
【項目の見直し】	5　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　3,905点	（新設）
【注の見直し】	注１　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビ	注１　^{15}O標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}F標識フルシクロビ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ンの注入、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入並びにＰＳＭＡイメージング剤の調製及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 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われる場合に限り算定する。 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。 注４　１から３までについては、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。	ンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
Ｅ101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）	**Ｅ101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）**	
	１　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　9,160点 ２　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　4,160点 ３　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき） イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　14,160点 ロ　イ以外の場合　4,260点	
【項目の見直し】	４　ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）　4,440点	（新設）
【注の見直し】	注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入、アミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入並びにＰＳＭＡイメージング剤の調製及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 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われる場合に限り算定する。 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。 注４　１及び２については、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。	注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入、^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入並びにアミロイドＰＥＴイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影　4,000点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 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われる場合に限り算定する。 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。 **E102 核医学診断** １　区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合　450点 ２　１以外の場合　370点 注　行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。	
第３節　コンピューター断層撮影診断料 【通則の見直し】	通則 １　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号E201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E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数、E200-2に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影解析の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 ２　区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 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。 ４　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号E200、区分番号E201又は区分番号E202に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）にあっては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合にあっては、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数	１　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号E200-2に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、区分番号E201に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	を加算する。	
E200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）	**E200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）**	
【項目の見直し】	1　ＣＴ撮影	1　ＣＴ撮影
	イ　128列以上のマルチスライス型の機器による場合	（新設）
	(1)　共同利用施設において行われる場合　1,120点	
	(2)　その他の場合　1,100点	
	ロ　64列以上128列未満のマルチスライス型の機器による場合	イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合
	(1)　共同利用施設において行われる場合　1,020点	(1)　（略）
	(2)　その他の場合　1,000点	(2)　（略）
	ハ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点	ロ　（略）
	ニ　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	ハ　（略）
	ホ　イからニまで以外の場合　560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	
【注の見直し】	注1　ＣＴ撮影のイからニまでについては、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行われる場合に限り算定する。	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。	
【注の見直し】	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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。	
【注の見直し】	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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。	
【注の見直し】	注7　ＣＴ撮影のイ、ロ又はハについて、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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循	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、

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	所定点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注８　ＣＴ撮影のイの(1)又はロの(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。	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。
Ｅ200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影解析		
【名称の見直し】 【点数の見直し】	**Ｅ200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影解析**　7,800点	**Ｅ200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影**　9,400点
【注の見直し】	注１　血流予備量比コンピューター断層撮影解析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。 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。	注１　血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。
	Ｅ201 非放射性キセノン脳血流動態検査　2,000点 注　非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
Ｅ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）		
	Ｅ202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）	
【点数の見直し】	１　３テスラ以上の機器による場合 イ　共同利用施設において行われる場合　1,720点 ロ　その他の場合　1,700点 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 ３　１又は２以外の場合　900点	１　３テスラ以上の機器による場合 イ　共同利用施設において行われる場合　1,620点 ロ　その他の場合　1,600点
	注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　１、２及び３を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。	
【注の見直し】	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に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 注４　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のＭＲＩ撮影を行った場合は、心臓ＭＲＩ撮影加算として、400点を所定点数に加算する。 注５　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のＭＲＩ撮影を行った場合は、乳房ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。	注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。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注６　１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。 注７　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、１回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。 注８　１について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のＭＲＩ撮影を行った場合は、頭部ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。 注９　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のＭＲＩ撮影を行った場合は、全身ＭＲＩ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 注10　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。 **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。	
第４節　薬剤料	**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。	
第５節　特定保険医療材料料	**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。 **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。	

第２章　特掲診療料　第５部　投　薬

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	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。 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。 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。 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。 5　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号Ｆ000に掲げる調剤料、区分番号Ｆ100に掲げる処方料、区分番号Ｆ200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ400に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	
【通則の追加】	6　入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、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、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、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合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。	（新設）
第１節　調剤料		
	Ｆ000　調剤料 1　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　11点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　8点 2　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　7点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
第2節　処方料 **F100 処方料**	**F100 処方料** 1　3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　18点 2　1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　29点 3　1及び2以外の場合　42点 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。 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。 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。 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。 注5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。 注6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。 注7　区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の見直し】	分の40に相当する点数により算定する。 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１　８点 ロ　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２　７点 ハ　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３　５点 注９　抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号Ｆ400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月１回に限り、１処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号Ａ250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号Ｂ008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方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　外来後発医薬品使用体制加算１　８点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　７点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　５点
第３節　薬剤料	**Ｆ200 薬剤** 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。 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 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の100分の80に相当する点数により算定する。 注３　注２以外の場合であって、１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 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。 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。 注６　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｆ300 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。	
第５節　処方箋料 **Ｆ400 処方箋料**	**Ｆ400 処方箋料** １　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　　20点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　32点 3　1及び2以外の場合　60点 注1　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。 注2　区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。 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。 注4　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。 注5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、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。	
【点数の見直し】	注6　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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。 イ　一般名処方加算1　8点 ロ　一般名処方加算2　6点	イ　一般名処方加算1　10点 ロ　一般名処方加算2　8点
	注7　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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。 注８　１、２及び３について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。	
第６節　調剤技術基本料	**Ｆ500 調剤技術基本料** １　入院中の患者に投薬を行った場合　　42点 ２　その他の患者に投薬を行った場合　　14点 注１　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。 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。 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。 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。	

第２章　特掲診療料　第６部　注　射

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	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。 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。 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。 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。 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。 6　区分番号Ｇ001に掲げる静脈内注射、Ｇ002に掲げる動脈注射、Ｇ004に掲げる点滴注射、Ｇ005に掲げる中心静脈注射又はＧ006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。 イ　外来化学療法加算１ (1)　15歳未満の患者の場合　670点 (2)　15歳以上の患者の場合　450点 ロ　外来化学療法加算２ (1)　15歳未満の患者の場合　640点 (2)　15歳以上の患者の場合　370点 7　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。 8　第１節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第２節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第１節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。 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。	
【通則の追加】	10　看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、１日につき、100点を算	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	定する。ただし、第９部通則第９号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。なお、当該実施料を算定した場合には、区分番号Ｃ005-2に掲げる在宅患者訪問点滴注射管理指導料は別に算定できない。	
第１節　注射料		
	通則 　注射料は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。	
第１款　注射実施料		
	Ｇ000 皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　25点 注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 注２　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。 **Ｇ001 静脈内注射（１回につき）**　37点 注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。 注３　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。	
Ｇ002 動脈注射（１日につき）	**Ｇ002 動脈注射（１日につき）** １　内臓の場合　186点 ２　その他の場合　45点	１　内臓の場合　155点
	Ｇ003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）　165点 注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。	
【新設】 **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）**	**Ｇ003-2 薬液膀胱内注入（１日につき）**　60点	**Ｇ003-2 削除**
【点数の見直し】	**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）**　198点	**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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
G004 点滴注射（１日につき）	**G004 点滴注射（１日につき）** １　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　105点 ２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　102点 ３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　53点 注１　点滴に係る管理に要する費用を含む。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。 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。 注４　区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。	
【注の追加】	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保険医療機関において、血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算として、当該行為を実施した日に限り、400点を所定点数に加算する。	（新設）
	G005 中心静脈注射（１日につき）　140点 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。 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。 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。 注４　区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	加算する。	
G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入		
	G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点	
	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。	
【点数の見直し】	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、600点を所定点数に加算する。	注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。
	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。	
G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入		
	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点	
	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。	
【点数の見直し】	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、600点を所定点数に加算する。	注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。
	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	
	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。	
	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。	
【新設】	**G005-5 上腕静脈用カテーテル挿入**　350点	（新設）
	注　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は当該点数に含まれるものとする。	
	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	
	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。	
	注２　区分番号Ｃ108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号Ｃ108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。	
	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。	
	G007 腱鞘内注射　42点	
	G008 骨髄内注射	
	１　胸骨　80点	
	２　その他　90点	
G009 脳脊髄腔注射		
	G009 脳脊髄腔注射	
【点数の見直し】	１　脳室　360点	１　脳室　300点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	2　後頭下　264点 3　腰椎　160点 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。 **G010 関節腔内注射**　80点 **G010-2 滑液嚢穿刺後の注入**　100点	2　後頭下　220点
G011 気管内注入 【点数の見直し】	**G011 気管内注入**　120点 **G012 結膜下注射**　42点 **G012-2 自家血清の眼球注射**　27点 **G013 角膜内注射**　35点 **G014 球後注射**　80点 **G015 テノン氏嚢内注射**　80点 **G016 硝子体内注射**　600点 注　未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。 **G017 腋窩多汗症注射（片側につき）**　200点 **G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）**　1,500点	**G011 気管内注入**　100点
第2款　無菌製剤処理料 **G020 無菌製剤処理料**		
【注の見直し】	**G020 無菌製剤処理料** 1　無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点 ロ　イ以外の場合　45点 2　無菌製剤処理料2（1以外のもの）　40点 注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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。
【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保険医療機関において、1のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150点を所定点数に加算する。	（新設）
第2節　薬剤料	**G100 薬剤** 1　薬価が1回分使用量につき15円以下である場合　1点 2　薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数 注1　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。 注２　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。 注３　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第３節　特定保険医療材料料	**Ｇ200 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第２章　特掲診療料　第７部　リハビリテーション

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則	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。	
第１節　リハビリテーション料 **Ｈ000 心大血管疾患リハビリテーション料**	**Ｈ000 心大血管疾患リハビリテーション料**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	1　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） イ　理学療法士による場合　205点 ロ　作業療法士による場合　205点 ハ　医師による場合　205点 ニ　看護師による場合　205点 ホ　集団療法による場合　205点 2　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） イ　理学療法士による場合　125点 ロ　作業療法士による場合　125点 ハ　医師による場合　125点 ニ　看護師による場合　125点 ホ　集団療法による場合　125点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	
【注の見直し】	注2　注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14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60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。	注2　注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
	注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。	
	注4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注5　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、休日に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	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ら起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	
	注６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。	注５　（略）
	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	注６　（略）
【注の追加】	注８　１及び２について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。	（新設）
H001 脳血管疾患等リハビリテーション料	**H001 脳血管疾患等リハビリテーション料** １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ　理学療法士による場合　245点 ロ　作業療法士による場合　245点 ハ　言語聴覚士による場合　245点 ニ　医師による場合　245点 ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ　理学療法士による場合　200点 ロ　作業療法士による場合　200点 ハ　言語聴覚士による場合　200点 ニ　医師による場合　200点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　100点 ロ　作業療法士による場合　100点 ハ　言語聴覚士による場合　100点 ニ　医師による場合　100点 ホ　イからニまで以外の場合　100点	
	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。	
【注の見直し】	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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、入院した日から起算して14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60点（起算日から４日目以降は１単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。	中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。
	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。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注５　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、休日に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日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	（新設）
	注６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。	注５　（略）
	注７　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、必要があってそれぞれ発症、手術若	注６　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　147点 ⑵　作業療法士による場合　147点 ⑶　言語聴覚士による場合　147点 ⑷　医師による場合　147点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　120点 ⑵　作業療法士による場合　120点 ⑶　言語聴覚士による場合　120点 ⑷　医師による場合　120点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　60点 ⑵　作業療法士による場合　60点 ⑶　言語聴覚士による場合　60点 ⑷　医師による場合　60点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　60点	
【注の削除】	（削る）	注７　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注９　１から３まで及び注７にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。	（新設）
H001-2 廃用症候群リハビリテーション料	**H001-2 廃用症候群リハビリテーション料** １　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ　理学療法士による場合　180点 ロ　作業療法士による場合　180点 ハ　言語聴覚士による場合　180点 ニ　医師による場合　180点 ２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ　理学療法士による場合　146点 ロ　作業療法士による場合　146点 ハ　言語聴覚士による場合　146点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ニ　医師による場合　146点 3　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） （1単位） イ　理学療法士による場合　77点 ロ　作業療法士による場合　77点 ハ　言語聴覚士による場合　77点 ニ　医師による場合　77点 ホ　イからニまで以外の場合　77点 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。	
【注の見直し】	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、入院した日から起算して14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60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。	注2　注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
	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。	
【注の見直し】	注4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。	注4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術又は急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
【注の追加】	注5　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、休日に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日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。	注５　（略）
	注７　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　108点 ⑵　作業療法士による場合　108点 ⑶　言語聴覚士による場合　108点 ⑷　医師による場合　108点 ロ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　88点 ⑵　作業療法士による場合　88点 ⑶　言語聴覚士による場合　88点 ⑷　医師による場合　88点 ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　46点 ⑵　作業療法士による場合　46点 ⑶　言語聴覚士による場合　46点 ⑷　医師による場合　46点 ⑸　⑴から⑷まで以外の場合　46点	注６　（略）
【注の削除】	（削る）	注７　注１本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注９　１から３まで及び注７にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。	（新設）
H002 運動器リハビリテーション料	**H002 運動器リハビリテーション料** 1　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　理学療法士による場合　185点 ロ　作業療法士による場合　185点 ハ　医師による場合　185点 2　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ　理学療法士による場合　170点 ロ　作業療法士による場合　170点 ハ　医師による場合　170点 3　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　85点 ロ　作業療法士による場合　85点 ハ　医師による場合　85点 ニ　イからハまで以外の場合　85点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める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。	
【注の見直し】	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14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60点（入院した日から起算して４日目以降は１単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。
	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビ	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	リテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注５　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ246の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、休日に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日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	（新設）
	注６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。	注５　（略）
	注７　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日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　111点 ⑵　作業療法士による場合　111点 ⑶　医師による場合　111点 ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　102点 ⑵　作業療法士による場合　102点 ⑶　医師による場合　102点 ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） ⑴　理学療法士による場合　51点 ⑵　作業療法士による場合　51点 ⑶　医師による場合　51点 ⑷　⑴から⑶まで以外の場合　51点	注６　（略）
【注の削除】	（削る）	注７　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
	注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注９　１から３まで及び注７にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。	（新設）
H003 呼吸器リハビリテーション料	**H003 呼吸器リハビリテーション料** １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） イ　理学療法士による場合　175点 ロ　作業療法士による場合　175点 ハ　言語聴覚士による場合　175点 ニ　医師による場合　175点 ２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） イ　理学療法士による場合　85点 ロ　作業療法士による場合　85点 ハ　言語聴覚士による場合　85点 ニ　医師による場合　85点	
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。	
【注の見直し】	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14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60点（入院した日から起算して４日目以降は１単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。	注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。
	注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。	
	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	
【注の追加】	注５　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、休日に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日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	（新設）
	注６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から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。	注５　（略）
	注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。	注６　（略）
【注の追加】	注８　１及び２について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第４号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。	（新設）
H003-2 リハビリテーション総合計画評価料	**H003-2 リハビリテーション総合計画評価料**	
【項目の見直し】	1　リハビリテーション総合計画評価料１	1　リハビリテーション総合計画評価料１ 300点
	イ　初回の場合　300点	（新設）
	ロ　２回目以降の場合　240点	（新設）
	2　リハビリテーション総合計画評価料２	2　リハビリテーション総合計画評価料２ 240点
	イ　初回の場合　240点	（新設）
	ロ　２回目以降の場合　196点	（新設）
	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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注２　２について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。 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、患家等を訪問し、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。	
【注の見直し】	注４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、次に掲げる点数をそれぞれ月１回に限り所定点数に加算する。 イ　上肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合　150点 ロ　下肢の運動機能障害に対して機器を用いる場合　150点	注４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）又は脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
		（新設）
		（新設）
【項目の削除】	（削る）	**Ｈ003-3　削除**
【項目の削除】	（削る）	**Ｈ003-4　目標設定等支援・管理料** １　初回の場合　250点 ２　２回目以降の場合　100点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		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。
	H004 摂食機能療法（１日につき） １　30分以上の場合　185点 ２　30分未満の場合　130点 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。 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。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点 ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点 ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点 **H005 視能訓練（１日につき）** １　斜視視能訓練　135点 ２　弱視視能訓練　135点 **H006 難病患者リハビリテーション料（１日につき）**　640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、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。 注２　医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して３月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　退院日から起算して１月以内の期間に行われた場合　280点 ロ　退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われた場合　140点 **H007 障害児（者）リハビリテーション料（１単位）** １　６歳未満の患者の場合　225点 ２　６歳以上18歳未満の患者の場合　195点 ３　18歳以上の患者の場合　155点 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **Ｈ007-2　がん患者リハビリテーション料（１単位）**　205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。 **Ｈ007-3 認知症患者リハビリテーション料（１日につき）**　240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、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。	
Ｈ007-4 リンパ浮腫複合的治療料 【項目の見直し】	**Ｈ007-4 リンパ浮腫複合的治療料** １　重症の場合 イ　60分以上　500点 ロ　40分以上60分未満　350点 ２　１以外の場合　150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、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。 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。 **Ｈ008 集団コミュニケーション療法料（１単位）**　50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、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。	１　重症の場合　200点 （新設） （新設） ２　１以外の場合　100点
第２節　薬剤料	**Ｈ100 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。	

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 **Ｉ000 精神科電気痙攣療法** 【項目の見直し】	**Ｉ000 精神科電気痙攣療法** 1　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。 **Ｉ000-2 経頭蓋磁気刺激療法**　2,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。 **Ｉ001 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。	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
Ｉ002 通院・在宅精神療法（１回につき）	**Ｉ002 通院・在宅精神療法（１回につき）**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【項目の見直し】	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 ロ　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場合 ⑴　60分以上の場合 ①　精神保健指定医による場合　650点 ②　①以外の場合　550点 ⑵　精神保健指定医による30分以上60分未満の場合　550点 ハ　イ及びロ以外の場合 ⑴　30分以上の場合 ①　精神保健指定医による場合　410点 ②　①以外の場合　390点 ⑵　30分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合　315点 ②　①以外の場合　290点	ロ　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 （新設） ⑴　精神保健指定医による場合　600点 ⑵　⑴以外の場合　550点 （新設）
【項目の見直し】	2　在宅精神療法 イ　精神保健福祉法第29条又は第29条の２の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合　660点 ロ　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場合 ⑴　60分以上の場合 ①　精神保健指定医による場合　650点 ②　①以外の場合　600点 ⑵　精神保健指定医による30分以上60分未満の場合　550点 ハ　イ及びロ以外の場合 ⑴　60分以上の場合 ①　精神保健指定医による場合　590点 ②　①以外の場合　540点 ⑵　30分以上60分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合　410点 ②　①以外の場合　390点 ⑶　30分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合　315点 ②　①以外の場合　290点 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及び区分番号Ｂ001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定している患者については算定しない。 注２　通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。 注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神	ロ　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 （新設） ⑴　精神保健指定医による場合　640点 ⑵　⑴以外の場合　600点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、320点を所定点数に加算する。ただし、注４又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 注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。また、注３又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 ⑴　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点 ⑵　⑴以外の場合　300点 ロ　20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,200点 注５　１のハの⑴並びに２のハの⑴及び⑵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。 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。 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。 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ　直近の入院において、区分番号Ｂ015	

項　　目	改　正　後	改　正　前
	に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合　500点 ロ　イ以外の患者の場合　350点	
【注の見直し】	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、心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り280点を所定点数に加算する。	注９　心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して２年を限度として、月２回に限り250点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	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、１を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イの(1)及びロの(1)については、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　児童思春期支援指導加算１ (1)　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,100点 (2)　(1)以外の場合 ①　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　490点 ②　①以外の場合　290点 ロ　児童思春期支援指導加算２ (1)　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　500点 (2)　(1)以外の場合 ①　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　400点 ②　①以外の場合　100点	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、１を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 （新設） イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,000点 ロ　イ以外の場合 (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　450点 (2)　(1)以外の場合　250点 （新設）
【注の見直し】	注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、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　早期診療体制充実加算１ (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　50点 (2)　(1)以外の場合　15点 ロ　早期診療体制充実加算２ (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　20点 (2)　(1)以外の場合　15点 ハ　早期診療体制充実加算３ (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　15点	注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　病院の場合 (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　20点 (2)　(1)以外の場合　15点 ロ　診療所の場合 (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合　50点 (2)　(1)以外の場合　15点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	(2)　(1)以外の場合　10点	
【注の見直し】	注12　1のロの(1)の①若しくは(2)又はハの(1)の①若しくは(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ566点、479点、357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。	注12　1のハの(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。
【注の追加】	注13　1のロの(1)の②、1のハの(1)の②、1のハの(2)の②、2のロの(1)の②、2のハの(1)の②、2のハの(2)の②及び2のハの(3)の②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において行われる場合は、所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注9に規定する心理支援加算は別に算定できない。	（新設）
	I 002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）　55点	
	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。	
	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。	
	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。	
	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。	
	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。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注６　他の精神科専門療法と同一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。	
	Ｉ002-3 救急患者精神科継続支援料	
	１　入院中の患者　900点	
	２　入院中の患者以外の患者　300点	
	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。	
	注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に週１回に限り算定する。	
	注３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週１回に限り算定する。	
	Ｉ003 標準型精神分析療法（１回につき）	
	390点	
	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。	
Ｉ003-2 認知療法・認知行動療法（１日につき）		
	Ｉ003-2 認知療法・認知行動療法（１日につき）	
	１　医師による場合　480点	
	２　医師及び看護師が共同して行う場合　350点	
【項目の見直し】	３　公認心理師による心理支援を伴う場合　330点	（新設）
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、医師若しくは看護師が認知療法・認知行動療法を行った場合又は公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。	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。
	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。	
	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。	
	注４　認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。	
	Ｉ004 心身医学療法（１回につき）	
	１　入院中の患者　150点	
	２　入院中の患者以外の患者	
	イ　初診時　110点	
	ロ　再診時　80点	
	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。	
	注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
	注３　入院中の患者については、入院の日から	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。 **Ｉ005 入院集団精神療法（１日につき）**　100点 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。 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。 **Ｉ006 通院集団精神療法（１日につき）**　270点 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。 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。 **Ｉ006-2 依存症集団療法（１回につき）** １　薬物依存症の場合　340点 ２　ギャンブル依存症の場合　300点 ３　アルコール依存症の場合　300点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して６月を限度として、週１回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して６月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計24回に限り算定できる。 注２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して３月を限度として、２週間に１回に限り算定する。 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週１回かつ計10回に限り算定する。 注４　依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｉ007 精神科作業療法（１日につき）**　220点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 **Ｉ008 入院生活技能訓練療法**	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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 2　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　75点 注１　入院中の患者について、週１回に限り算定する。 注２　入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｉ008-2 精神科ショート・ケア（１日につき）** 1　小規模なもの　275点 2　大規模なもの　330点 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。 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。 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。 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。 注５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ011に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。 注６　精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 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。 **Ｉ009 精神科デイ・ケア（１日につき）** 1　小規模なもの　590点 2　大規模なもの　700点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。 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。 注５　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。 注６　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号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。 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。 **Ｉ010 精神科ナイト・ケア（１日につき）** 540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算定する。 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 注５　精神科ナイト・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Ｉ009に掲げる精神科デイ・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。 **Ｉ010-2 精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）**　1,000点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。 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。 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。 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。 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。 注６　精神科デイ・ナイト・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Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。 **Ｉ011 精神科退院指導料**　320点 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に１回に限り200点を所定点数に加算する。 **Ｉ011-2 精神科退院前訪問指導料**　380点 注１　入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中３回（入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中６回）に限り算定する。 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。 注３　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	
Ｉ012 精神科訪問看護・指導料	**Ｉ012 精神科訪問看護・指導料** １　精神科訪問看護・指導料（Ｉ） イ　保健師又は看護師による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合 530点 ロ　准看護師による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合 530点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合 405点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合 630点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合 490点 ハ　作業療法士による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合 530点 ニ　精神保健福祉士による場合 ⑴　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ⑵　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ⑶　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ⑷　週４日目以降　30分未満の場合 530点 ２　削除 ３　精神科訪問看護・指導料（Ⅲ） イ　保健師又は看護師による場合 ⑴　同一日に２人 ①　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 530点	
【項目の見直し】	⑵　同一日に３人以上９人以下 ①　週３日目まで　30分以上の場合 293点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 225点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 343点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 268点	⑵　同一日に３人以上

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【項目の見直し】	(3) 同一日に10人以上19人以下	(新設)
	① 月20日目まで 30分以上の場合 290点	
	② 月20日目まで 30分未満の場合 223点	
	③ 月21日目以降 30分以上の場合 280点	
	④ 月21日目以降 30分未満の場合 213点	
	(4) 同一日に20人以上49人以下	(新設)
	① 月20日目まで 30分以上の場合 285点	
	② 月20日目まで 30分未満の場合 219点	
	③ 月21日目以降 30分以上の場合 275点	
	④ 月21日目以降 30分未満の場合 209点	
	(5) 同一日に50人以上	(新設)
	① 月20日目まで 30分以上の場合 275点	
	② 月20日目まで 30分未満の場合 211点	
	③ 月21日目以降 30分以上の場合 265点	
	④ 月21日目以降 30分未満の場合 201点	
	ロ 准看護師による場合	
	(1) 同一日に２人	
	① 週３日目まで 30分以上の場合 530点	
	② 週３日目まで 30分未満の場合 405点	
	③ 週４日目以降 30分以上の場合 630点	
	④ 週４日目以降 30分未満の場合 490点	
【項目の見直し】	(2) 同一日に３人以上９人以下	(2) 同一日に３人以上
	① 週３日目まで 30分以上の場合 268点	
	② 週３日目まで 30分未満の場合 205点	
	③ 週４日目以降 30分以上の場合 318点	
	④ 週４日目以降 30分未満の場合 248点	
【項目の見直し】	(3) 同一日に10人以上19人以下	(新設)
	① 月20日目まで 30分以上の場合 266点	
	② 月20日目まで 30分未満の場合 204点	
	③ 月21日目以降 30分以上の場合 256点	
	④ 月21日目以降 30分未満の場合 194点	
	(4) 同一日に20人以上49人以下	(新設)
	① 月20日目まで 30分以上の場合 261点	
	② 月20日目まで 30分未満の場合 200点	
	③ 月21日目以降 30分以上の場合 251点	
	④ 月21日目以降 30分未満の場合 190点	
	(5) 同一日に50人以上	(新設)

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	①　月20日目まで　30分以上の場合 251点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 192点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 241点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 182点	
	ハ　作業療法士による場合	
	(1)　同一日に２人	
	①　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 530点	
【項目の見直し】	(2)　同一日に３人以上９人以下	(2)　同一日に３人以上
	①　週３日目まで　30分以上の場合 293点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 225点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 343点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 268点	
【項目の見直し】	(3)　同一日に10人以上19人以下	（新設）
	①　月20日目まで　30分以上の場合 290点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 223点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 280点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 213点	
	(4)　同一日に20人以上49人以下	（新設）
	①　月20日目まで　30分以上の場合 285点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 219点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 275点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 209点	
	(5)　同一日に50人以上	（新設）
	①　月20日目まで　30分以上の場合 275点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 211点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 265点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 201点	
	ニ　精神保健福祉士による場合	
	(1)　同一日に２人	
	①　週３日目まで　30分以上の場合 580点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 445点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 680点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 530点	
【項目の見直し】	(2)　同一日に３人以上９人以下	(2)　同一日に３人以上

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	①　週３日目まで　30分以上の場合 293点 ②　週３日目まで　30分未満の場合 225点 ③　週４日目以降　30分以上の場合 343点 ④　週４日目以降　30分未満の場合 268点	
【項目の見直し】	⑶　同一日に10人以上19人以下 ①　月20日目まで　30分以上の場合 290点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 223点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 280点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 213点	（新設）
	⑷　同一日に20人以上49人以下 ①　月20日目まで　30分以上の場合 285点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 219点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 275点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 209点	（新設）
	⑸　同一日に50人以上 ①　月20日目まで　30分以上の場合 275点 ②　月20日目まで　30分未満の場合 211点 ③　月21日目以降　30分以上の場合 265点 ④　月21日目以降　30分未満の場合 201点	（新設）
【注の見直し】	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又は同一の敷地内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「同一建物等居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から７日以内の期間については、１日につき１回に限り算定することができる。	注１　１については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から７日以内の期間については、１日につき１回に限り算定することができる。
【注の見直し】	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、同一日に同一建物等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	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

項　　目	改　正　後	改　正　前
	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。	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。
	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。	
【注の見直し】	注４　注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、同一日に、当該加算又は区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に規定する複数名訪問看護・指導加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	注４　注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度とする。
	イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	
	⑴　１日に１回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　450点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　400点	②　同一建物内３人以上　400点
	③　同一建物内10人以上19人以下　340点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　300点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　270点	（新設）
	⑵　１日に２回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　900点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　810点	②　同一建物内３人以上　810点
	③　同一建物内10人以上19人以下　688点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　607点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　546点	（新設）
	⑶　１日に３回以上の場合	
	①　同一建物内１人又は２人 1,450点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　1,300点	②　同一建物内３人以上　1,300点
	③　同一建物内10人以上19人以下　1,105点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	④　同一建物内20人以上49人以下　975点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　877点	（新設）
	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	
	⑴　１日に１回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　380点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　340点	②　同一建物内３人以上　340点
	③　同一建物内10人以上19人以下　280点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　250点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　220点	（新設）
	⑵　１日に２回の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　760点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　680点	②　同一建物内３人以上　680点
	③　同一建物内10人以上19人以下　560点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　500点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　440点	（新設）
	⑶　１日に３回以上の場合	
	①　同一建物内１人又は２人　1,240点	
	②　同一建物内３人以上９人以下　1,120点	②　同一建物内３人以上　1,120点
	③　同一建物内10人以上19人以下　922点	（新設）
	④　同一建物内20人以上49人以下　823点	（新設）
	⑤　同一建物内50人以上　724点	（新設）
	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	
	⑴　同一建物内１人又は２人　300点	
	⑵　同一建物内３人以上９人以下　270点	⑵　同一建物内３人以上　270点
	⑶　同一建物内10人以上19人以下　210点	（新設）
	⑷　同一建物内20人以上49人以下　190点	（新設）
	⑸　同一建物内50人以上　160点	（新設）
	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っては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。	
【注の見直し】	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、同一日に、当該加算又は区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注５に規定する夜間・早朝訪問看護加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	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。
	イ　同一建物内１人又は２人　210点	（新設）
	ロ　同一建物内３人以上９人以下	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	⑴　月15日目まで　210点 ⑵　月16日目以降　190点	
	ハ　同一建物内10人以上19人以下	（新設）
	⑴　月15日目まで　180点 ⑵　月16日目以降　130点	
	ニ　同一建物内20人以上49人以下	（新設）
	⑴　月15日目まで　120点 ⑵　月16日目以降　95点	
	ホ　同一建物内50人以上	（新設）
	⑴　月15日目まで　100点 ⑵　月16日目以降　80点	
【注の追加】	注７　注１及び注２に規定する場合であって、深夜（午後10時から午前６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、深夜訪問看護加算として、同一日に、当該加算又は区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注６に規定する深夜訪問看護加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	（新設）
	イ　同一建物内１人又は２人　420点 ロ　同一建物内３人以上９人以下 ⑴　月15日目まで　420点 ⑵　月16日目以降　400点 ハ　同一建物内10人以上19人以下 ⑴　月15日目まで　390点 ⑵　月16日目以降　230点 ニ　同一建物内20人以上49人以下 ⑴　月15日目まで　210点 ⑵　月16日目以降　150点 ホ　同一建物内50人以上 ⑴　月15日目まで　180点 ⑵　月16日目以降　130点	
	注８　注１及び注２に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。	注７　（略）
	イ　月14日目まで　265点 ロ　月15日目以降　200点	
	注９　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。	注８　（略）
	注10　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。	注９　（略）
【注の見直し】	注11　区分番号Ｉ016に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、同一日に、当該加算又は区分番号Ｃ005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・ 指導料の注３に規定する難病等複数回訪問加算を算定する患者（同一建物等居住者に限る。）の合計人数に応じ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。	注10　区分番号Ｉ016に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イ　1日に2回の場合	
	(1)　同一建物内1人又は2人　450点	
	(2)　同一建物内3人以上9人以下　400点	(2)　同一建物内3人以上　400点
	(3)　同一建物内10人以上19人以下　370点	（新設）
	(4)　同一建物内20人以上49人以下　350点	（新設）
	(5)　同一建物内50人以上　330点	（新設）
	ロ　1日に3回以上の場合	
	(1)　同一建物内1人又は2人　800点	
	(2)　同一建物内3人以上9人以下	(2)　同一建物内3人以上　720点
	①　月20日目まで　720点	（新設）
	②　月21日目以降　690点	（新設）
	(3)　同一建物内10人以上19人以下	（新設）
	①　月20日目まで　630点	
	②　月21日目以降　520点	
	(4)　同一建物内20人以上49人以下	（新設）
	①　月20日目まで　480点	
	②　月21日目以降　350点	
	(5)　同一建物内50人以上	（新設）
	①　月20日目まで　410点	
	②　月21日目以降　300点	
	注12　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。	注11　（略）
【注の見直し】	注13　次のいずれかに該当する精神科訪問看護・指導を行う場合、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。	注12　保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して精神科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
	イ　保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である患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	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
	(1)　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	（新設）
	(2)　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精神科訪問看護・指導を行う場合	（新設）
	ロ　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、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精神科訪問看護・指導を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合	ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合
	(1)　最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が30分以上である患者に精神科訪問看護・指導を行う場合	（新設）
	(2)　最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの往復にかかる時間及び精神科訪問看	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	護・指導の実施に要した時間の合計が２時間30分以上である場合	
	注14　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、精神科訪問看護・指導を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月１回に限り20点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。	注13　（略）
【注の見直し】	注15　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注14に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。	注14　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注16　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注14に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。	注15　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注17　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注14に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。	注16　抗菌薬の使用状況につき区分番号Ａ000に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ001に掲げる再診料の注18に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月１回に限り５点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	注18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）	注17　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で精神科訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り５点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の注13（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	整備加算又は区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）の注13（区分番号Ｃ001-2の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８にそれぞれ規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ005-1-2の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。
	Ｉ012-2 精神科訪問看護指示料　300点 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。 注２　当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回に限り、100点を所定点数に加算する。 注３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。 注４　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。 注５　精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｃ007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。 **Ｉ013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料** １　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 イ　入院中の患者　250点 ロ　入院中の患者以外の患者　250点 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。 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。	
Ｉ014 医療保護入院等診療料 【項目の見直し】	**Ｉ014 医療保護入院等診療料** １　医療保護入院等診療料１　300点 ２　医療保護入院等診療料２　400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、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項又は第33条の６第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。	**Ｉ014 医療保護入院等診療料**　300点 （新設） （新設） 注　（略）
【注の追加】	注２　２については、１を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して６月までの間は３月に１回に限り、６月以降は６月に１回に限り算定する。	（新設）
	Ｉ015 重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき）　1,040点 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。 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。 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。 注４　重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号Ｉ008-2に掲げる精神科	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ショート・ケア、区分番号Ｉ009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ010に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。 **Ｉ016 精神科在宅患者支援管理料（月１回）** １　精神科在宅患者支援管理料１ 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 ⑴　単一建物診療患者１人　3,000点 ⑵　単一建物診療患者２人以上　2,250点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 ⑴　単一建物診療患者１人　2,500点 ⑵　単一建物診療患者２人以上　1,875点 ２　精神科在宅患者支援管理料２ 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 ⑴　単一建物診療患者１人　2,467点 ⑵　単一建物診療患者２人以上　1,850点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 ⑴　単一建物診療患者１人　2,056点 ⑵　単一建物診療患者２人以上　1,542点 ３　精神科在宅患者支援管理料３ イ　単一建物診療患者１人　2,030点 ロ　単一建物診療患者２人以上　1,248点 注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。 注２　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。 注３　３については、１又は２を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月１回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 注4　精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、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。 注5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。 注6　精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。	
第2節　薬剤料	**I 100 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。	

第２章　特掲診療料　第９部　処　置

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
	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。 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。 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。 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。 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。 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 ⑴　休日加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑵　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 ⑶　深夜加算１ 所定点数の100分の160に相当する点数 ⑷　⑴から⑶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 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。） ⑴　休日加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑵　時間外加算２ 所定点数の100分の40に相当する点数 ⑶　深夜加算２ 所定点数の100分の80に相当する点数 ⑷　⑴から⑶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	

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。 7　耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ095からＪ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｊ113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。 8　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ095からＪ115-2までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。	
【通則の追加】	9　看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第１節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。 イ　１種類の場合　100点 ロ　２種類以上の場合　150点	（新設）
第１節　処置料	**（一般処置）** **Ｊ000　創傷処置** 1　100平方センチメートル未満　52点 2　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　60点 3　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　90点 4　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　160点 5　6,000平方センチメートル以上　275点 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。 注２　区分番号Ｃ109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。 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。 **Ｊ000-2　下肢創傷処置** 1　足部（踵を除く。）の浅い潰瘍　135点 2　足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍　147点 3　足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍　270点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
J001 熱傷処置		
	J 001 熱傷処置 1　100平方センチメートル未満　135点 2　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　147点 3　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　337点 4　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　630点	
【点数の見直し】	5　6,000平方センチメートル以上　2,250点	5　6,000平方センチメートル以上　1,875点
	注1　初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。 注2　1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。 注3　1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。 注4　4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
	J 001-2 絆創膏固定術　500点	
	J 001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術　500点	
	J 001-4 重度褥瘡処置（1日につき） 1　100平方センチメートル未満　90点 2　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　98点 3　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　150点 4　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　280点 5　6,000平方センチメートル以上　500点 注1　重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。 注2　1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。	
	J 001-5 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。	
	J 001-6 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。)	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	(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） 【点数の見直し】	**J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）** 80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。 **J003 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）** 1　100平方センチメートル未満 1,040点 2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点 3　200平方センチメートル以上 1,375点 注1　初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。 注2　初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。 注3　新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。 **J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）** 1　100平方センチメートル未満 240点 2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 270点 3　200平方センチメートル以上 330点 注　初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。	**J001-7 爪甲除去（麻酔を要しないもの）** 70点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき） 【点数の見直し】	**J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）** 1,650点 **J 003-4 多血小板血漿処置** 4,190点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	**J 003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）** 1,375点
J 004 流注膿瘍穿刺	190点	
J 005 脳室穿刺 【点数の見直し】	**J 005 脳室穿刺** 900点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	**J 005 脳室穿刺** 750点
J 006 後頭下穿刺	300点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 【点数の見直し】	**J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺** 380点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	**J 007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺** 317点
	J 007-2 硬膜外自家血注入 1,000点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注２　硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。） 【点数の見直し】	**J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）** 330点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	**J 008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）** 275点
J 009 削除		
J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。） 【点数の見直し】	**J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）** 344点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	**J 010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）** 287点
	J 010-2 経皮的肝膿瘍等穿刺術 1,450点	
J 011 骨髄穿刺 【点数の見直し】	**J 011 骨髄穿刺** １　胸骨 330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。	１　胸骨 310点
J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺 【点数の見直し】	**J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺** 420点 注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	**J 012 腎嚢胞又は水腎症穿刺** 350点
	J 013 ダグラス窩穿刺 240点 **J 014 乳腺穿刺** 200点 **J 015 甲状腺穿刺** 150点	
J 016 リンパ節等穿刺 【点数の見直し】	**J 016 リンパ節等穿刺** 240点	**J 016 リンパ節等穿刺** 200点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。 注2　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。 注3　区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。 **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C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号C112に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号C112-2に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。	
J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日） 【点数の見直し】	**J019 持続的胸腔ドレナージ（開始日）**　990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 持続的胸腔ドレナージ（開始日）**　825点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	Ｊ022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 65点 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。 **Ｊ022-2 摘便** 100点 **Ｊ022-3 腰椎麻酔下直腸内異物除去** 45点 **Ｊ022-4 腸内ガス排気処置（開腹手術後）** 45点 **Ｊ022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）** 50点	
Ｊ023 気管支カテーテル薬液注入法 【点数の見直し】	**Ｊ023 気管支カテーテル薬液注入法** 180点 **Ｊ024 酸素吸入（１日につき）** 65点 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。 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。 注３　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。 **Ｊ024-2 突発性難聴に対する酸素療法（１日につき）** 65点 **Ｊ025 酸素テント（１日につき）** 65点 注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。 **Ｊ026 間歇的陽圧吸入法（１日につき）** 160点 注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。 **Ｊ026-2 鼻マスク式補助換気法（１日につき）** 160点 注１　鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。	**Ｊ023 気管支カテーテル薬液注入法** 150点
Ｊ026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき） 【点数の見直し】	**Ｊ026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）** 192点 注１　体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。 注２　区分番号Ｃ103に掲げる在宅酸素療法指	**Ｊ026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）** 160点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	導管理料、区分番号Ｃ107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。	
Ｊ026-4 ハイフローセラピー（１日につき） 【点数の見直し】	**Ｊ026-4 ハイフローセラピー（１日につき）** １　15歳未満の患者の場合　338点 ２　15歳以上の患者の場合　230点	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
	Ｊ027 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。	
	Ｊ028 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。	
	Ｊ029 鉄の肺（１日につき）　260点	
	Ｊ029-2 減圧タンク療法　260点	
Ｊ030 食道ブジー法 【点数の見直し】	**Ｊ030 食道ブジー法**　180点	**Ｊ030 食道ブジー法**　150点
Ｊ031 直腸ブジー法 【点数の見直し】	**Ｊ031 直腸ブジー法**　180点	**Ｊ031 直腸ブジー法**　150点
	Ｊ032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）　150点 注　３歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して３月以内に限り、100点を所定点数に加算する。	
	Ｊ033 削除	
Ｊ034 イレウス用ロングチューブ挿入法 【点数の見直し】	**Ｊ034 イレウス用ロングチューブ挿入法**　1,094点	**Ｊ034 イレウス用ロングチューブ挿入法**　912点
	Ｊ034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術　180点	
	Ｊ034-3 内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）　5,360点	
	Ｊ035 削除	
	Ｊ036 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。	
	Ｊ037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）　290点	
Ｊ038 人工腎臓（１日につき） 【点数の見直し】	**Ｊ038 人工腎臓（１日につき）** １　慢性維持透析を行った場合１ イ　４時間未満の場合　1,856点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,016点 ハ　５時間以上の場合　2,151点 ２　慢性維持透析を行った場合２ イ　４時間未満の場合　1,816点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,976点 ハ　５時間以上の場合　2,106点 ３　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合　1,776点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,931点 ハ　５時間以上の場合　2,061点 ４　その他の場合　1,560点	１　慢性維持透析を行った場合１ イ　４時間未満の場合　1,876点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,036点 ハ　５時間以上の場合　2,171点 ２　慢性維持透析を行った場合２ イ　４時間未満の場合　1,836点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,996点 ハ　５時間以上の場合　2,126点 ３　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合　1,796点 ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,951点 ハ　５時間以上の場合　2,081点 ４　その他の場合　1,580点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　導入期加算１　200点 ロ　導入期加算２　410点 ハ　導入期加算３　810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、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算する。 注14　人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、腎代替療法診療体制充実加算として、20点を所定点数に加算する。	（新設）
	J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき） 1,990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、300点を所定点数に加算する。 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。 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。 注4　区分番号J038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J038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ってはこの限りでない。 **J039 血漿交換療法（1日につき）**　4,200点 注1　血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。 注2　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注3　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 **J040 局所灌流（1日につき）** 1　悪性腫瘍に対するもの　4,300点 2　骨膜・骨髄炎に対するもの　1,700点 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。 **J041 吸着式血液浄化法（1日につき）** 2,000点 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。 **J041-2 血球成分除去療法（1日につき）** 2,000点 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。 **J042 腹膜灌流（1日につき）** 1　連続携行式腹膜灌流　330点 注1　導入期の14日の間に限り、導入期加算	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	として、１日につき500点を加算する。 注２　６歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注１の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ１日につき1,100点又は550点を加算する。 注３　区分番号Ｃ102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週１回に限り、算定する。 ２　その他の腹膜灌流　1,100点 **Ｊ043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（１日につき）**　140点 **Ｊ043-2 瀉血療法**　250点 **Ｊ043-3 ストーマ処置（１日につき）** １　ストーマを１個もつ患者に対して行った場合　70点 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 注１　入院中の患者以外の患者に対して算定する。 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。 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。 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、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合は、ストーマ合併症加算として、65点を加算する。 **Ｊ043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法**　200点 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。	
Ｊ043-5 尿路ストーマカテーテル交換法 【点数の見直し】	**Ｊ043-5 尿路ストーマカテーテル交換法**　150点 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。 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。	**Ｊ043-5 尿路ストーマカテーテル交換法**　100点
	Ｊ043-6 人工膵臓療法（１日につき）　3,500点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、３日を限度として算定する。 **Ｊ043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入**　1,400点	
Ｊ044 救命のための気管挿管 【名称の見直し】	**（救急処置）** **Ｊ044 救命のための気管挿管**　500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。	**Ｊ044 救命のための気管内挿管**　500点
Ｊ044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング		

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
法（１日につき） 【点数の見直し】	**Ｊ044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）** 720点	**Ｊ044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）** 600点
Ｊ045 人工呼吸	**Ｊ045 人工呼吸** １　30分までの場合 302点 ２　30分を超えて５時間までの場合 302点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数 ３　５時間を超えた場合（１日につき） 【点数の見直し】　イ　14日目まで 1,140点 ロ　15日目以降 815点	イ　14日目まで 950点
	注１　使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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。	
【注の見直し】	注３　気管挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。	注３　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。
	注４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。 注５　３のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合に、腹臥位療法加算として、１回につき900点を所定点数に加算する。	
	Ｊ045-2 一酸化窒素吸入療法（１日につき） 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 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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。	
【新設】	**Ｊ045-3 電気インピーダンス断層撮影（１日につき）** 1,550点 注　別に厚生労働大臣が定める患者であって、区分番号Ｊ045に掲げる人工呼吸の３を算定しているものに対して、電気インピーダンス断層撮影を実施し、その結果に基づいて人工呼吸器の設定を行った場合に、一連の入院期間中において10日を限度として算定する。	（新設）
	Ｊ046 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	40点を加算して得た点数 **J047 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 **J047-2 心腔内除細動**　3,500点 **J047-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法（1日につき）**　115点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2　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。	
J048 心膜穿刺 【点数の見直し】	**J048 心膜穿刺**　750点 **J049 食道圧迫止血チューブ挿入法**　3,240点	**J048 心膜穿刺**　625点
J050 気管内洗浄（1日につき） 【点数の見直し】	**J050 気管内洗浄（1日につき）**　510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。	**J050 気管内洗浄（1日につき）**　425点
J051 胃洗浄 【点数の見直し】	**J051 胃洗浄**　450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。 **J052 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。 **J052-2 熱傷温浴療法（1日につき）**　2,175点 注　広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。	**J051 胃洗浄**　375点
	（皮膚科処置） **J053 皮膚科軟膏処置** 1　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　55点 2　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　85点 3　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　155点 4　6,000平方センチメートル以上　270点 注1　100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。 注2　区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。 **J054 皮膚科光線療法（1日につき）** 1　赤外線又は紫外線療法　45点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2　長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの）　150点 3　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　340点 **J054-2 皮膚レーザー照射療法（一連につき）** 1　色素レーザー照射療法　2,712点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注　照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。 2　Qスイッチ付レーザー照射療法 イ　4平方センチメートル未満　2,000点 ロ　4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点 ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点 ニ　64平方センチメートル以上　3,950点 注　3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。 **J055 いぼ焼灼法** 1　3箇所以下　210点 2　4箇所以上　260点 **J055-2 イオントフォレーゼ**　220点 **J055-3 臍肉芽腫切除術**　220点 **J056 いぼ等冷凍凝固法** 1　3箇所以下　210点 2　4箇所以上　270点 **J057 軟属腫摘除** 1　10箇所未満　120点 2　10箇所以上30箇所未満　220点 3　30箇所以上　350点 **J057-2 面皰圧出法**　49点 **J057-3 鶏眼・胼胝処置**　170点 注　月2回に限り算定する。 **J057-4 稗粒腫摘除** 1　10箇所未満　74点 2　10箇所以上　148点	
	（泌尿器科処置） **J058 膀胱穿刺**　80点 **J059 陰嚢水腫穿刺**　80点 **J059-2 血腫、膿腫穿刺**　80点	
J060 膀胱洗浄（1日につき） 【注の見直し】	**J060 膀胱洗浄（1日につき）**　60点 注1　膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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。	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。
	J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）（1日につき）　60点 **J061 腎盂洗浄（片側）**　60点 **J062 腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）**　1,612点 注　ファイバースコープによって行った場合に算定する。	
【新設】	**J062-2 同種死体移植腎機械灌流保存**　18,848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、採取した移植用死体腎を機械灌流を用いて保存した場合に算定する。	（新設）
	J063 留置カテーテル設置　40点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
J065 間歇的導尿（1日につき） 【注の追加】	注1　膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 注2　区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。 **J064 導尿（尿道拡張を要するもの）**　40点 注　区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。 **J065 間歇的導尿（1日につき）**　150点 注　在宅自己導尿を予定している入院中の患者に対し、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合に、親水性カテーテル加算として70点を所定点数に加算する。 **J066 尿道拡張法**　216点 **J066-2 タイダール自動膀胱洗浄（1日につき）**　180点 **J067 誘導ブジー法**　270点 **J068 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）**　290点 **J068-2 陰唇癒合剥離**　290点 **J069 前立腺液圧出法**　50点 **J070 前立腺冷温褥**　50点 **J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法**　50点 注　入院中の患者以外の患者について算定する。 **J070-3 冷却痔処置（1日につき）**　50点 **J070-4 磁気による膀胱等刺激法**　70点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出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）
J071 羊水穿刺（羊水過多症の場合） 【点数の見直し】	**（産婦人科処置）** **J071 羊水穿刺（羊水過多症の場合）**　173点 **J072 腟洗浄（熱性洗浄を含む。）**　56点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **J073 子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）**　56点 **J074 卵管内薬液注入法**　60点 **J075 陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法**　408点 **J076 子宮頸管内への薬物挿入法**　45点 **J077 子宮出血止血法** 1　分娩時のもの　780点 2　分娩外のもの　45点 **J078 子宮腟頸管部薬物焼灼法**　100点 **J079 子宮腟部焼灼法**　180点 **J080 子宮頸管拡張及び分娩誘発法** 1　ラミナリア　120点 2　コルポイリンテル　120点 3　金属拡張器（ヘガール等）　180点 4　メトロイリンテル　340点 **J081 分娩時鈍性頸管拡張法**　456点 **J082 子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）**　290点 **J082-2 薬物放出子宮内システム処置** 1　挿入術　300点	**J071 羊水穿刺（羊水過多症の場合）**　144点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
J 085-2 人工羊水注入法 【点数の見直し】	2　除去術　150点 **J 083 妊娠子宮嵌頓非観血的整復法**　290点 **J 084 胎盤圧出法**　45点 **J 085 クリステル胎児圧出法**　45点 **J 085-2 人工羊水注入法**　864点	**J 085-2 人工羊水注入法**　720点
	（眼科処置） **J 086 眼処置**　25点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　点眼又は洗眼については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **J 086-2 義眼処置**　25点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **J 087 前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）**　180点 注　顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。 **J 088 霰粒腫の穿刺**　45点 **J 089 睫毛抜去** 1　少数の場合　25点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 2　多数の場合　45点 注１　上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても１回の算定とする。 注２　１日に１回に限り算定する。 **J 090 結膜異物除去（１眼瞼ごと）**　100点 **J 091 鼻涙管ブジー法**　45点 **J 091-2 鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄**　45点 **J 092 涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）**　54点 **J 093 強膜マッサージ**　150点 **J 094 削除**	
	（耳鼻咽喉科処置） **J 095 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）**　27点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **J 095-2 鼓室処置（片側）**　62点 注　鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。 **J 096 耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）** 1　カテーテルによる耳管通気法（片側）36点 2　ポリッツェル球による耳管通気法　24点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **J 097 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）**　16点 注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　区分番号Ｊ098に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても16点とする。 注３　鼻洗浄については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。 **J 097-2 副鼻腔自然口開大処置**　25点 注　処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **J 098 口腔、咽頭処置**　16点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注２　区分番号Ｊ097に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても16点とする。 **Ｊ098-2 扁桃処置**　40点 **Ｊ099 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）**　32点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ100 副鼻腔手術後の処置（片側）**　45点 注　当該処置と同一日に行われた区分番号Ｊ097-2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。 **Ｊ101 鼓室穿刺（片側）**　50点 **Ｊ102 上顎洞穿刺（片側）**　60点 **Ｊ103 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）**　180点 **Ｊ104 唾液腺管洗浄（片側）**　60点 **Ｊ105 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）** １　副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合　55点 ２　１以外の場合　25点 **Ｊ106及びＪ107 削除** **Ｊ108 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 **Ｊ109 鼻咽腔止血法（ベロック止血法）**　550点 **Ｊ110 削除** **Ｊ111 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 **Ｊ112 唾液腺管ブジー法（片側）**　45点 **Ｊ113 耳垢栓塞除去（複雑なもの）** １　片側　90点 ２　両側　160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。 **Ｊ114 ネブライザ**　12点 注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 **Ｊ115 超音波ネブライザ（１日につき）**　24点 **Ｊ115-2 排痰誘発法（１日につき）**　44点	
Ｊ116 関節穿刺（片側） 【点数の見直し】	**（整形外科的処置）** **Ｊ116 関節穿刺（片側）**　144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。 **Ｊ116-2 粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）**　100点 **Ｊ116-3 ガングリオン穿刺術**　80点 **Ｊ116-4 ガングリオン圧砕法**　80点 **Ｊ116-5 酵素注射療法**　2,490点 **Ｊ117 鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所を１日につき）**　62点 注１　３歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。 注２　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。 **Ｊ118 介達牽引（１日につき）**　35点 注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。 **Ｊ118-2 矯正固定（１日につき）**　35点	**Ｊ116 関節穿刺（片側）**　120点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 **J118-3 変形機械矯正術（1日につき）**　35点 注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。 **J118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）**　1,100点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 注2　難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。 注3　導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算する。 **J119 消炎鎮痛等処置（1日につき）** 1　マッサージ等の手技による療法　35点 2　器具等による療法　35点 3　湿布処置　35点 注1　1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。 注2　同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。 注3　3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。 注4　区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患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。 **J119-2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき）**　35点 **J119-3 低出力レーザー照射（1日につき）**　35点 **J119-4 肛門処置（1日につき）**　24点	
	（栄養処置） **J120 鼻腔栄養（1日につき）**　60点 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。 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。 **J121 滋養浣腸**　45点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則	**（ギプス）** **通則** 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。 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。 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。 **Ｊ122 四肢ギプス包帯** 1　鼻ギプス　310点 2　手指及び手、足（片側）　490点 3　半肢（片側）　780点 4　内反足矯正ギプス包帯（片側）　1,140点 5　上肢、下肢（片側）　1,200点 6　体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）　1,840点 **Ｊ123 体幹ギプス包帯**　1,500点 **Ｊ124 鎖骨ギプス包帯（片側）**　1,250点 **Ｊ125 ギプスベッド**　1,400点 **Ｊ126 斜頸矯正ギプス包帯**　1,670点 **Ｊ127 先天性股関節脱臼ギプス包帯**　2,400点 **Ｊ128 脊椎側弯矯正ギプス包帯**　3,440点 **Ｊ129 義肢採型法** 1　四肢切断の場合（１肢につき）　700点 2　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）　1,050点 **Ｊ129-2 練習用仮義足又は仮義手採型法** 1　四肢切断の場合（１肢につき）　700点 2　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）　1,050点 **Ｊ129-3 治療用装具採寸法（１肢につき）**　200点 **Ｊ129-4 治療用装具採型法** 1　体幹装具　700点 2　四肢装具（１肢につき）　700点 3　その他（１肢につき）　200点	
第２節　処置医療機器等加算	**Ｊ200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）**　170点 **Ｊ201 酸素加算** 注１　区分番号Ｊ024からＪ028まで及びＪ045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。 注２　酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
第３節　薬剤料	**Ｊ300 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｊ400 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

第２章　特掲診療料　第10部　手術（改正部分）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
【通則の見直し】	4　区分番号Ｋ007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ014-2、Ｋ019-2、Ｋ022の１、Ｋ022-4、Ｋ031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ046（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ053-2、Ｋ054-3、Ｋ059の３のイ及び４、Ｋ081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ082の１のロ、Ｋ082-7、Ｋ082-8、Ｋ133-2、Ｋ134-4、Ｋ136-2、Ｋ147-3、Ｋ154の１、Ｋ169（注１又は２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ169-2、Ｋ169-3、Ｋ178-4（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ180の３、Ｋ181、Ｋ181-2、Ｋ181-6の２のロ、Ｋ188-3、Ｋ190、Ｋ190-2、Ｋ190-6からＫ190-8まで、Ｋ215-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ216（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ224（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ225-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ225-4、Ｋ254の１、Ｋ259（２又は３に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ259-4、Ｋ260-2、Ｋ268の２のイ及び５から７まで、Ｋ271の１、Ｋ276-2、Ｋ280-2、Ｋ281-2、Ｋ305-2、Ｋ308-3、Ｋ319-2、Ｋ320-2、Ｋ328からＫ328-3まで、Ｋ340-7、Ｋ343-2の１、Ｋ371の５、Ｋ372の３、Ｋ373の３、Ｋ374-2、Ｋ388-3、Ｋ392-2の２、Ｋ393の３、Ｋ394-2、Ｋ400の３、Ｋ443の３、Ｋ444の４、Ｋ445-2、Ｋ461-2、Ｋ462-2、Ｋ463-2、Ｋ464-2、Ｋ470-2、Ｋ474-3の２、Ｋ475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ476（１から７までについては、注１又は２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ476-4、Ｋ476-5、Ｋ508-4、Ｋ514の10、Ｋ514-2の４、Ｋ514-4、Ｋ514-6、Ｋ514-7、Ｋ520の４、Ｋ530-3、Ｋ546、Ｋ548、Ｋ549、Ｋ554-2、Ｋ555の４、Ｋ555-2からＫ555-4まで、Ｋ559-3、Ｋ559-4、Ｋ562-2、Ｋ574-4、Ｋ594の４の ロ及びハ、Ｋ595（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ595-2、Ｋ597からＫ600まで、Ｋ602-2、Ｋ603、Ｋ603-2、Ｋ604-2、Ｋ605-2、Ｋ605-4、Ｋ605-5、Ｋ613-2、Ｋ615-2、Ｋ616-6、Ｋ617-5、Ｋ627-2の１、２及び４、Ｋ627-3、Ｋ627-4、Ｋ636-2、Ｋ642-3、Ｋ643-2、Ｋ643-3、Ｋ645-3、Ｋ647-3、Ｋ653-6、Ｋ654-4、Ｋ655-2の３、Ｋ655-5の３、Ｋ656-2、Ｋ657-2の４、Ｋ665の２、Ｋ668-2、Ｋ675-2、Ｋ677の１、Ｋ678、Ｋ684-2、Ｋ695-2、Ｋ697-4の１、Ｋ697-5、Ｋ697-7、Ｋ699-2、Ｋ700-3、Ｋ700-4、Ｋ702-2、Ｋ703-2、Ｋ709-3、Ｋ709-5、Ｋ709-6、Ｋ716-4、Ｋ716-6、Ｋ721-4、Ｋ721-5、Ｋ730の３、Ｋ731の３、Ｋ740-3、Ｋ754-3、Ｋ755-3、Ｋ768、Ｋ769-3、Ｋ772-3、Ｋ773-3からＫ773-7まで、Ｋ777の１、Ｋ780、Ｋ780-2、Ｋ785-2、Ｋ792の１、	4　区分番号Ｋ007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ014-2、Ｋ019-2、Ｋ022の１、Ｋ031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ046（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ053-2、Ｋ059の３のイ及び４、Ｋ081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ082-7、Ｋ133-2、Ｋ134-4、Ｋ136-2、Ｋ147-3、Ｋ169（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ169-2、Ｋ169-3、Ｋ178-4（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ180の３、Ｋ181、Ｋ181-2、Ｋ181-6の２のロ、Ｋ188-3、Ｋ190、Ｋ190-2、Ｋ190-6からＫ190-８まで、Ｋ225-4、Ｋ254の１、Ｋ259（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ260-2、Ｋ268の２のイ及び５から７まで、Ｋ271の１、Ｋ280-2、Ｋ281-2、Ｋ305-2、Ｋ308-3、Ｋ319-2、Ｋ320-2、Ｋ328からＫ328-3まで、Ｋ340-7、Ｋ343-2の１、Ｋ374-2、Ｋ388-3、Ｋ394-2、Ｋ400の３、Ｋ443の３、Ｋ444の４、Ｋ445-2、Ｋ461-2、Ｋ462-2、Ｋ463-2、Ｋ464-2、Ｋ470-2、Ｋ474-3の２、Ｋ475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ476（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ476-4、Ｋ476-5、Ｋ508-4、Ｋ514の10、Ｋ514-2の４、Ｋ514-4、Ｋ514-6、Ｋ514-7、Ｋ520の４、Ｋ530-3、Ｋ546、Ｋ548、Ｋ549、Ｋ554-2、Ｋ555-2、Ｋ555-3、Ｋ559-3、Ｋ562-2、Ｋ574-4、Ｋ594の４のロ及びハ、Ｋ595（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ595-2、Ｋ597からＫ600まで、Ｋ602-2、Ｋ603、Ｋ603-2、Ｋ604-2、Ｋ605-2、Ｋ605-4、Ｋ605-5、Ｋ615-2、Ｋ616-6、Ｋ617-5、Ｋ627-2の１、２及び４、Ｋ627-3、Ｋ627-4、Ｋ636-2、Ｋ642-3、Ｋ643-2、Ｋ645-3、Ｋ647-3、Ｋ653-6、Ｋ654-4、Ｋ655-2の３、Ｋ655-5の３、Ｋ656-2、Ｋ657-2の４、Ｋ665の２、Ｋ668-2、Ｋ675-2、Ｋ677の１、Ｋ678、Ｋ684-2、Ｋ695-2、Ｋ697-4の１、Ｋ697-5、Ｋ697-7、Ｋ699-2、Ｋ700-3、Ｋ700-4、Ｋ702-2、Ｋ703-2、Ｋ709-3、Ｋ709-5、Ｋ709-6、Ｋ716-4、Ｋ716-6、Ｋ721-4、Ｋ721-5、Ｋ730の３、Ｋ731の３、Ｋ754-3、Ｋ755-3、Ｋ768、Ｋ769-3、Ｋ772-3、Ｋ773-3からＫ773-7まで、Ｋ777の１、Ｋ780、Ｋ780-2、Ｋ785-2、Ｋ792の１、Ｋ800-3、Ｋ800-4、Ｋ802-4、Ｋ803-2、Ｋ803-3、Ｋ808の１、Ｋ809-4、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。）、Ｋ821-4、Ｋ823-5、Ｋ823-7、Ｋ825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ828-3、Ｋ830（別

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の１、K809-4、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。）、K821-4、K823-5、K823-7、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K828-3、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830-3、K835の１、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K850（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K851（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の１、K859（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、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（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、K879-2、K882-2、K884-2、K884-3、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K890-4、K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-5までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K215-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K216（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K224（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K225-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K259（注３に規定する加算を算定する場合に限る。）、K546、K549、K597-3、K597-4、K604-2の２、K615-2、K636-2、K721-5、K773-4、K823-7、K828-3、K835の１、K879-2（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-5までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。	に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830-3、K835の１、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K850（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K851（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の１、K859（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K882-2、K884-2、K884-3、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K890-4、K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-5までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2、K636-2、K721-5、K773-4、K823-7、K828-3、K835の１、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-5までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。
【通則の見直し】	5　区分番号K011、K020、K053、K076からK076-3まで、K079、K079-2、K080-2、K082、K082-7、K082-8、K106、K107、K109、K136、K147-3、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K343-2の２、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K508-4、K511、K514、K514-2の４、K518、K519、K525、K526の２、K527、K529、K529-3、K529-5、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の４のロ、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の４、K645、K675-2、K677、K	5　区分番号K011、K020、K053、K076からK076-3まで、K079、K079-2、K080-2、K082、K082-7、K106、K107、K109、K136、K147-3、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K343-2の２、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K508-4、K511、K514、K514-2の４、K518、K519、K525、K526の２、K527、K529、K529-3、K529-5、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の４のロ、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の４、K645、K675-2、K677、K677-2、K695（１歳未満の

項　　目	改　正　後	改　正　前
	677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K740-3、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K821-4、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K821-4、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【通則の見直し】	7　区分番号K002、K138、K142の21からK142の24まで、K145、K147、K147-3、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、K276、K277からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K601-2、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3からK636まで、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。	7　区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K147-3、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K601-2、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3からK636まで、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。
【通則の見直し】	9　区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K374-2、K376、K394、K394-2、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463の1及び3並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469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。また、当該手術（K463の1及び3並びにK463-2を除く。）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放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合は、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。	9　区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K374-2、K376、K394、K394-2、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463の1及び3並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469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。
【通則の見直し】	11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけら	11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけら

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	れるものに限る。）、Ｂ型肝炎感染患者（ＨＢs又はＨＢe抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号Ｌ008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔、区分番号Ｌ002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号Ｌ004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。	れるものに限る。）、Ｂ型肝炎感染患者（ＨＢs又はＨＢe抗原陽性の者に限る。）若しくはＣ型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号Ｌ002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号Ｌ004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。
【通則の見直し】	18　区分番号Ｋ374-2、Ｋ394-2、Ｋ502-5、Ｋ504-2、Ｋ513の３及び４、Ｋ513-2、Ｋ514-2の２から４まで、Ｋ529-2、Ｋ529-3、Ｋ544の１のイ、Ｋ554-2、Ｋ555-3、Ｋ627-2の２、Ｋ634、Ｋ645-2、Ｋ655-2の１、Ｋ655-5の１、Ｋ657-2の１、Ｋ674-2、Ｋ695-2、Ｋ702-2、Ｋ703-2、Ｋ719-3、Ｋ754-2、Ｋ755-2、Ｋ778-2、Ｋ803-2、Ｋ860-3、Ｋ865-2、Ｋ877-2並びにＫ879-2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に適合しているものと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。	18　区分番号Ｋ374-2、Ｋ394-2、Ｋ502-5、Ｋ504-2、Ｋ513の３及び４、Ｋ513-2、Ｋ514-2の２及び３、Ｋ529-2、Ｋ529-3、Ｋ554-2、Ｋ555-3、Ｋ655-2の１、Ｋ655-5の１、Ｋ657-2の１、Ｋ674-2、Ｋ695-2、Ｋ702-2、Ｋ703-2、Ｋ719-3、Ｋ740-2、Ｋ754-2、Ｋ755-2、Ｋ778-2、Ｋ803-2、Ｋ860-3、Ｋ865-2、Ｋ877-2並びにＫ879-2（子宮体がんに限る。）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。
【通則の見直し】	20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ104に掲げる特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ300に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ301に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。	20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ104に掲げる特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ300に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ301に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。
【通則の追加】	22　区分番号Ｋ514-3、Ｋ514-4、Ｋ605からＫ605-4まで、Ｋ697-6、Ｋ697-7、Ｋ709-2からＫ709-6まで、Ｋ716-5、Ｋ716-6、Ｋ779-2及びＫ780に掲げる手術について、臓器提供施設及び臓器あっせん機関等と連携して、当該手術を行った場合は、臓器移植実施体制確保加算として、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400に相当する点数を加算する。	（新設）
【通則の追加】	23　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。	（新設）
第１節　手術料 **第１款　皮膚・皮下組織** **（皮膚、皮下組織）**	**第１節　手術料** **第１款　皮膚・皮下組織** 区分	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（皮膚、皮下組織）	
	K001 皮膚切開術	
	1　長径10センチメートル未満　640点	
	2　長径10センチメートル以上20センチメートル未満　1,110点	
【点数の見直し】	3　長径20センチメートル以上　2,724点	3　長径20センチメートル以上　2,270点
【項目の見直し】	**K019-2 自家脂肪注入**	
	1　50mＬ未満	1　50mＬ未満　22,900点
	イ　1回目　22,900点	（新設）
	ロ　2回目　11,450点	（新設）
	2　50mＬ以上100mＬ未満	2　50mＬ以上100mＬ未満　30,530点
	イ　1回目　30,530点	（新設）
	ロ　2回目　15,265点	（新設）
	3　100mＬ以上	3　100mＬ以上　38,160点
	イ　1回目　38,160点	（新設）
	ロ　2回目　19,080点	（新設）
【項目の見直し】	**K022 組織拡張器による再建手術（一連につき）**	
	1　乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）　18,460点	1　乳房（再建手術）の場合　18,460点
	2　その他の場合　19,400点	
【新設】	**K022-4 静脈奇形硬化療法（一連につき）**　18,000点	（新設）
第2款　筋骨格系・四肢・体幹		
	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）	
【項目の見直し】	**K027 筋炎手術**	
	1　筋炎手術（腸腰筋、殿筋、大腿筋）2,060点	1　腸腰筋、殿筋、大腿筋　2,060点
	2　その他の筋炎手術　1,210点	2　その他の筋　1,210点
【名称の見直し】	**K028 腱鞘切開術**	**K028 腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）**　2,350点
【項目の見直し】	1　腱鞘切開術　2,350点	（新設）
	2　腱鞘切開術（内視鏡下）　2,350点	（新設）
【項目の見直し】	**K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術**	
	1　肩軟部腫瘍摘出術　8,490点	1　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　8,490点
	2　上腕軟部腫瘍摘出術　8,490点	（新設）
	3　前腕軟部腫瘍摘出術　8,490点	（新設）
	4　大腿軟部腫瘍摘出術　8,490点	（新設）
	5　下腿軟部腫瘍摘出術　8,490点	（新設）
	6　躯幹軟部腫瘍摘出術　8,490点	（新設）
	7　手軟部腫瘍摘出術　3,750点	2　手、足　3,750点
	8　足軟部腫瘍摘出術　3,750点	（新設）
【項目の見直し】	**K031 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術**	
	1　肩軟部悪性腫瘍手術　27,740点	1　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　27,740点
	2　上腕軟部悪性腫瘍手術　27,740点	（新設）
	3　前腕軟部悪性腫瘍手術　27,740点	（新設）
	4　大腿軟部悪性腫瘍手術　27,740点	（新設）
	5　下腿軟部悪性腫瘍手術　27,740点	（新設）
	6　躯幹軟部悪性腫瘍手術　27,740点	（新設）
	7　手軟部悪性腫瘍手術　14,800点	2　手、足　14,800点
	8　足軟部悪性腫瘍手術　14,800点	（新設）
	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。	
	K033 筋膜移植術	
【項目の見直し】	1　手指及び足趾筋膜移植術　8,720点	1　指（手、足）　8,720点
	2　その他の筋膜移植術　10,310点	2　その他のもの　10,310点
【名称の見直し】	**K034 腱切離・切除術**	**K034 腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）**　4,290点
【項目の見直し】	1　腱切離・切除術　4,290点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	2　腱切離・切除術（内視鏡下）	4,290点	（新設）	
【名称の見直し】	**K035 腱剥離術**		**K035 腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）**	13,580点
【項目の見直し】	1　腱剥離術	13,580点	（新設）	
	2　腱剥離術（内視鏡下）	13,580点	（新設）	
【名称の見直し】	**K037-2 アキレス腱断裂修復手術**	8,710点	**K037-2 アキレス腱断裂手術**	8,710点
【項目の見直し】	**K039 腱移植術（人工腱形成術を含む。）**			
	1　手指腱移植術	18,780点	1　指（手、足）	18,780点
	2　足趾腱移植術	18,780点	（新設）	
	3　その他の腱移植術	23,860点	2　その他のもの	23,860点
【項目の見直し】	**K040 腱移行術**			
	1　手指及び足趾腱移行術	15,570点	1　指（手、足）	15,570点
	2　その他の腱移行術	18,080点	2　その他のもの	18,080点
【項目の見直し】	**K043 骨掻爬術**			
	1　肩甲骨掻爬術	12,270点	1　肩甲骨、上腕、大腿	12,270点
	2　上腕骨掻爬術	12,270点	（新設）	
	3　大腿骨掻爬術	12,270点	（新設）	
	4　前腕骨掻爬術	8,040点	2　前腕、下腿	8,040点
	5　下腿骨掻爬術	8,040点	（新設）	
	6　鎖骨掻爬術	3,590点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
	7　膝蓋骨掻爬術	3,590点	（新設）	
	8　手部骨掻爬術	3,590点	（新設）	
	9　足部骨掻爬術	3,590点	（新設）	
	10　その他の骨掻爬術	3,590点	（新設）	
【項目の見直し】	**K044 骨折非観血的整復術**			
	1　肩甲骨骨折非観血的整復術	1,840点	1　肩甲骨、上腕、大腿	1,840点
	2　上腕骨骨折非観血的整復術	1,840点	（新設）	
	3　大腿骨骨折非観血的整復術	1,840点	（新設）	
	4　前腕骨骨折非観血的整復術	2,040点	2　前腕、下腿	2,040点
	5　下腿骨骨折非観血的整復術	2,040点	（新設）	
	6　鎖骨骨折非観血的整復術	1,440点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440点
	7　膝蓋骨骨折非観血的整復術	1,440点	（新設）	
	8　手部骨折非観血的整復術	1,440点	（新設）	
	9　足部骨折非観血的整復術	1,440点	（新設）	
	10　その他の骨折非観血的整復術	1,440点	（新設）	
【項目の見直し】	**K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術**			
	1　肩甲骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	7,060点	1　肩甲骨、上腕、大腿	7,060点
	2　上腕骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	7,060点	（新設）	
	3　大腿骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	7,060点	（新設）	
	4　前腕骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	4,100点	2　前腕、下腿	4,100点
	5　下腿骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	4,100点	（新設）	
	6　鎖骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	2,190点
	7　膝蓋骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	8　手根骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	9　中手骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	10　手指骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	11　足根骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	12　中足骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	13　足趾骨骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
	14　その他の骨折経皮的鋼線刺入固定術	2,190点	（新設）	
【項目の見直し】	**K046 骨折観血的手術**			
	1　肩甲骨骨折観血的手術	21,630点	1　肩甲骨、上腕、大腿	21,630点
	2　上腕骨骨折観血的手術	21,630点	（新設）	
	3　大腿骨骨折観血的手術	21,630点	（新設）	
	4　前腕骨骨折観血的手術	18,370点	2　前腕、下腿、手舟状骨	18,370点
	5　下腿骨骨折観血的手術	18,370点	（新設）	
	6　手舟状骨骨折観血的手術	18,370点	（新設）	
	7　鎖骨骨折観血的手術	11,370点	3　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	11,370点
	8　膝蓋骨骨折観血的手術	11,370点	（新設）	
	9　手根骨（舟状骨を除く。）骨折観血的手術	11,370点	（新設）	
	10　中手骨骨折観血的手術	11,370点	（新設）	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	11　手指骨骨折観血的手術　11,370点 12　足根骨骨折観血的手術　11,370点 13　中足骨骨折観血的手術　11,370点 14　足趾骨骨折観血的手術　11,370点 15　その他の骨折観血的手術　11,370点 注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。	（新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
【名称の見直し】	**K046-2 骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）**	**K046-2 観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）**
【項目の見直し】	1　肩甲骨骨折観血的整復固定術　23,420点 2　上腕骨骨折観血的整復固定術　23,420点 3　大腿骨骨折観血的整復固定術　23,420点 4　前腕骨骨折観血的整復固定術　18,800点 5　下腿骨骨折観血的整復固定術　18,800点 6　手根骨骨折観血的整復固定術　13,120点 7　中手骨骨折観血的整復固定術　13,120点 8　手指骨骨折観血的整復固定術　13,120点 9　足根骨骨折観血的整復固定術　13,120点 10　中足骨骨折観血的整復固定術　13,120点 11　足趾骨骨折観血的整復固定術　13,120点	1　肩甲骨、上腕、大腿　23,420点 （新設） （新設） 2　前腕、下腿　18,800点 （新設） 3　手、足、指（手、足）　13,120点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
【名称の見直し】 【項目の見直し】	**K046-3 骨折一時的創外固定術** 1　上腕骨骨折一時的創外固定術　34,000点 2　前腕骨骨折一時的創外固定術　34,000点 3　手部骨折一時的創外固定術　34,000点 4　大腿骨骨折一時的創外固定術　34,000点 5　膝蓋骨骨折一時的創外固定術　34,000点 6　下腿骨骨折一時的創外固定術　34,000点 7　足部骨折一時的創外固定術　34,000点 8　脊椎骨折一時的創外固定術　34,000点 9　骨盤骨折一時的創外固定術　34,000点	**K046-3 一時的創外固定骨折治療術**　34,000点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
【項目の見直し】	**K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術** 1　頭蓋、顔面骨骨内異物除去術（複数切開を要するもの）　12,100点 2　その他の頭蓋、顔面骨骨内異物除去術　7,870点 3　肩甲骨骨内異物除去術　7,870点 4　上腕骨骨内異物除去術　7,870点 5　大腿骨骨内異物除去術　7,870点 6　前腕骨骨内異物除去術　5,200点 7　下腿骨骨内異物除去術　5,200点 8　鎖骨骨内異物除去術　3,620点 9　膝蓋骨骨内異物除去術　3,620点 10　手根骨骨内異物除去術　3,620点 11　中手骨骨内異物除去術　3,620点 12　手指骨骨内異物除去術　3,620点 13　足根骨骨内異物除去術　3,620点 14　中足骨骨内異物除去術　3,620点 15　足趾骨骨内異物除去術　3,620点 16　その他の骨内異物除去術　3,620点	1　頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）　12,100点 2　その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿　7,870点 （新設） （新設） （新設） 3　前腕、下腿　5,200点 （新設） 4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,620点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
【項目の見直し】	**K049 骨部分切除術** 1　肩甲骨部分切除術　5,900点 2　上腕骨部分切除術　5,900点 3　大腿骨部分切除術　5,900点 4　前腕骨部分切除術　4,940点 5　下腿骨部分切除術　4,940点 6　鎖骨部分切除術　3,280点 7　膝蓋骨部分切除術　3,280点 8　手根骨部分切除術　3,280点 9　中手骨部分切除術　3,280点 10　手指骨部分切除術　3,280点 11　足根骨部分切除術　3,280点	1　肩甲骨、上腕、大腿　5,900点 （新設） （新設） 2　前腕、下腿　4,940点 （新設） 3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,280点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	12　中足骨部分切除術	3,280点	（新設）	
	13　足趾骨部分切除術	3,280点	（新設）	
	14　その他の骨部分切除術	3,280点	（新設）	
【項目の見直し】	**K050 腐骨摘出術**			
	1　肩甲骨腐骨摘出術	15,570点	1　肩甲骨、上腕、大腿	15,570点
	2　上腕骨腐骨摘出術	15,570点	（新設）	
	3　大腿骨腐骨摘出術	15,570点	（新設）	
	4　前腕骨腐骨摘出術	12,510点	2　前腕、下腿	12,510点
	5　下腿骨腐骨摘出術	12,510点	（新設）	
	6　鎖骨腐骨摘出術	4,100点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	4,100点
	7　膝蓋骨腐骨摘出術	4,100点	（新設）	
	8　手部腐骨摘出術	4,100点	（新設）	
	9　足部腐骨摘出術	4,100点	（新設）	
	10　その他の腐骨摘出術	4,100点	（新設）	
【項目の見直し】	**K051 骨全摘術**			
	1　肩甲骨全摘術	27,890点	1　肩甲骨、上腕、大腿	27,890点
	2　上腕骨全摘術	27,890点	（新設）	
	3　大腿骨全摘術	27,890点	（新設）	
	4　前腕骨全摘術	15,570点	2　前腕、下腿	15,570点
	5　下腿骨全摘術	15,570点	（新設）	
	6　鎖骨全摘術	5,160点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	5,160点
	7　膝蓋骨全摘術	5,160点	（新設）	
	8　手部骨全摘術	5,160点	（新設）	
	9　足部骨全摘術	5,160点	（新設）	
	10　その他の骨全摘術	5,160点	（新設）	
【項目の見直し】	**K051-2 中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）**		**K051-2 中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）**	5,930点
	1　中手骨摘除術	5,930点	（新設）	
	2　中足骨摘除術	5,930点	（新設）	
	注　２本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。			
【項目の見直し】	**K052 骨腫瘍切除術**			
	1　肩甲骨腫瘍切除術	17,410点	1　肩甲骨、上腕、大腿	17,410点
	2　上腕骨腫瘍切除術	17,410点	（新設）	
	3　大腿骨腫瘍切除術	17,410点	（新設）	
	4　前腕骨腫瘍切除術	9,370点	2　前腕、下腿	9,370点
	5　下腿骨腫瘍切除術	9,370点	（新設）	
	6　鎖骨腫瘍切除術	4,340点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	4,340点
	7　膝蓋骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	8　手根骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	9　中手骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	10　手指骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	11　足根骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	12　中足骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	13　足趾骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
	14　その他の骨腫瘍切除術	4,340点	（新設）	
【項目の見直し】	**K053 骨悪性腫瘍手術**			
	1　肩甲骨悪性腫瘍手術	36,600点	1　肩甲骨、上腕、大腿	36,600点
	2　上腕骨悪性腫瘍手術	36,600点	（新設）	
	3　大腿骨悪性腫瘍手術	36,600点	（新設）	
	4　前腕骨悪性腫瘍手術	35,000点	2　前腕、下腿	35,000点
	5　下腿骨悪性腫瘍手術	35,000点	（新設）	
	6　鎖骨悪性腫瘍手術	25,310点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	25,310点
	7　膝蓋骨悪性腫瘍手術	25,310点	（新設）	
	8　手部骨悪性腫瘍手術	25,310点	（新設）	
	9　足部骨悪性腫瘍手術	25,310点	（新設）	
	10　その他の骨悪性腫瘍手術	25,310点	（新設）	
	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。			
【新設】	**K053-3 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）**		（新設）	
	1　２センチメートル以内のもの	51,200点		
	2　２センチメートルを超えるもの	66,200点		

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
【項目の見直し】	**K054 骨切り術**			
	1　肩甲骨骨切り術	28,210点	1　肩甲骨、上腕、大腿	28,210点
	2　上腕骨骨切り術	28,210点	（新設）	
	3　大腿骨骨切り術	28,210点	（新設）	
	4　前腕骨骨切り術	22,680点	2　前腕、下腿	22,680点
	5　下腿骨骨切り術	22,680点	（新設）	
	6　鎖骨骨切り術	8,150点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	8,150点
	7　膝蓋骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	8　手根骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	9　中手骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	10　手指骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	11　足根骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	12　中足骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	13　足趾骨骨切り術	8,150点	（新設）	
	14　その他の骨切り術	8,150点	（新設）	
	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、9,000点を所定点数に加算する。			
【新設】	**K054-3 脛骨遠位骨切り術**	28,000点	（新設）	
【項目の見直し】	**K056 偽関節手術**			
	1　肩甲骨偽関節手術	30,310点	1　肩甲骨、上腕、大腿	30,310点
	2　上腕骨偽関節手術	30,310点	（新設）	
	3　大腿骨偽関節手術	30,310点	（新設）	
	4　前腕骨偽関節手術	28,210点	2　前腕、下腿、手舟状骨	28,210点
	5　下腿骨偽関節手術	28,210点	（新設）	
	6　手舟状骨偽関節手術	28,210点	（新設）	
	7　鎖骨偽関節手術	15,570点	3　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他	15,570点
	8　膝蓋骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	9　手根骨（舟状骨を除く。）偽関節手術	15,570点	（新設）	
	10　中手骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	11　手指骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	12　足根骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	13　中足骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	14　足趾骨偽関節手術	15,570点	（新設）	
	15　その他の偽関節手術	15,570点	（新設）	
【項目の見直し】	**K057 変形治癒骨折矯正手術**			
	1　肩甲骨変形治癒骨折矯正手術	34,400点	1　肩甲骨、上腕、大腿	34,400点
	2　上腕骨変形治癒骨折矯正手術	34,400点	（新設）	
	3　大腿骨変形治癒骨折矯正手術	34,400点	（新設）	
	4　前腕骨変形治癒骨折矯正手術	30,860点	2　前腕、下腿	30,860点
	5　下腿骨変形治癒骨折矯正手術	30,860点	（新設）	
	6　鎖骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	15,770点
	7　膝蓋骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	8　手根骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	9　中手骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	10　手指骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	11　足根骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	12　中足骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	13　足趾骨変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	14　その他の変形治癒骨折矯正手術	15,770点	（新設）	
	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、9,000点を所定点数に加算する。			
【項目の見直し】	**K058 骨長調整手術**			
	1　骨端軟骨発育抑制術	16,340点		
	2　骨短縮術	15,200点		
	3　手指骨及び足趾骨骨延長術	16,390点	3　骨延長術（指（手、足））	16,390点
	4　その他の骨延長術	29,370点	4　骨延長術（指（手、足）以外）	29,370点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【名称の見直し】	**K059-2 自家骨軟骨移植術（関節鏡下）** 22,340点	**K059-2 関節鏡下自家骨軟骨移植術** 22,340点
【新設】	**K059-3 軟骨修復材移植術** 14,030点	（新設）
【新設】	**K059-4 軟骨修復材移植術（関節鏡下）** 22,340点	（新設）
（四肢関節、靱帯）		
	（四肢関節、靱帯）	
【項目の見直し】	**K060 関節切開術**	
	1　肩関節切開術 3,600点	1　肩、股、膝 3,600点
	2　股関節切開術 3,600点	（新設）
	3　膝関節切開術 3,600点	（新設）
	4　胸鎖関節切開術 1,470点	2　胸鎖、肘、手、足 1,470点
	5　肘関節切開術 1,470点	（新設）
	6　手関節切開術 1,470点	（新設）
	7　足関節及び距骨周囲関節切開術 1,470点	（新設）
	8　肩鎖関節切開術 780点	3　肩鎖、指（手、足） 780点
	9　手指関節切開術 780点	（新設）
	10　足趾関節切開術 780点	（新設）
【項目の見直し】	**K060-2 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術**	
	1　肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 8,640点	1　観血的に行うもの 8,640点
	2　肩甲関節周囲沈着石灰摘出術（関節鏡下） 12,720点	2　関節鏡下で行うもの 12,720点
【項目の見直し】	**K060-3 化膿性又は結核性関節炎掻爬術**	
	1　化膿性又は結核性肩関節炎掻爬術 20,020点	1　肩、股、膝 20,020点
	2　化膿性又は結核性股関節炎掻爬術 20,020点	（新設）
	3　化膿性又は結核性膝関節炎掻爬術 20,020点	（新設）
	4　化膿性又は結核性胸鎖関節炎掻爬術 13,130点	2　胸鎖、肘、手、足 13,130点
	5　化膿性又は結核性肘関節炎掻爬術 13,130点	（新設）
	6　化膿性又は結核性手関節炎掻爬術 13,130点	（新設）
	7　化膿性又は結核性足関節及び距骨周囲関節炎掻爬術 13,130点	（新設）
	8　化膿性又は結核性肩鎖関節炎掻爬術 3,330点	3　肩鎖、指（手、足） 3,330点
	9　化膿性又は結核性手指関節炎掻爬術 3,330点	（新設）
	10　化膿性又は結核性足趾関節炎掻爬術 3,330点	（新設）
【項目の見直し】	**K061 関節脱臼非観血的整復術**	
	1　肩関節脱臼非観血的整復術 1,800点	1　肩、股、膝 1,800点
	2　股関節脱臼非観血的整復術 1,800点	（新設）
	3　膝関節脱臼非観血的整復術 1,800点	（新設）
	4　胸鎖関節脱臼非観血的整復術 1,560点	2　胸鎖、肘、手、足 1,560点
	5　肘関節脱臼非観血的整復術 1,560点	（新設）
	6　手関節脱臼非観血的整復術 1,560点	（新設）
	7　足関節及び距骨周囲関節脱臼非観血的整復術 1,560点	（新設）
	8　肩鎖関節脱臼非観血的整復術 960点	3　肩鎖、指（手、足）、小児肘内障 960点
	9　手指関節脱臼非観血的整復術 960点	（新設）
	10　足趾関節脱臼非観血的整復術 960点	（新設）
	11　小児肘内障非観血的整復術 960点	（新設）
【項目の見直し】	**K063 関節脱臼観血的整復術**	
	1　肩関節脱臼観血的整復術 28,210点	1　肩、股、膝 28,210点
	2　股関節脱臼観血的整復術 28,210点	（新設）
	3　膝関節脱臼観血的整復術 28,210点	（新設）
	4　胸鎖関節脱臼観血的整復術 18,810点	2　胸鎖、肘、手、足 18,810点
	5　肘関節脱臼観血的整復術 18,810点	（新設）
	6　手関節脱臼観血的整復術 18,810点	（新設）
	7　足関節及び距骨周囲関節脱臼観血的整復術 18,810点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	8　肩鎖関節脱臼観血的整復術	15,080点	3　肩鎖、指（手、足）	15,080点
	9　手指関節脱臼観血的整復術	15,080点	（新設）	
	10　足趾関節脱臼観血的整復術	15,080点	（新設）	
【項目の見直し】	**K065 関節内異物（挿入物を含む。）除去術**			
	1　肩関節内異物除去術	12,540点	1　肩、股、膝	12,540点
	2　股関節内異物除去術	12,540点	（新設）	
	3　膝関節内異物除去術	12,540点	（新設）	
	4　胸鎖関節内異物除去術	4,600点	2　胸鎖、肘、手、足	4,600点
	5　肘関節内異物除去術	4,600点	（新設）	
	6　手関節内異物除去術	4,600点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節内異物除去術	4,600点	（新設）	
	8　肩鎖関節内異物除去術	2,950点	3　肩鎖、指（手、足）	2,950点
	9　手指関節内異物除去術	2,950点	（新設）	
	10　足趾関節内異物除去術	2,950点	（新設）	
【名称の見直し】	**K065-2 関節内異物（挿入物を含む。）除去術（関節鏡下）**		**K065-2 関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術**	
【項目の見直し】	1　肩関節内異物除去術	13,950点	1　肩、股、膝	13,950点
	2　股関節内異物除去術	13,950点	（新設）	
	3　膝関節内異物除去術	13,950点	（新設）	
	4　肘関節内異物除去術	12,300点	2　胸鎖、肘、手、足	12,300点
	5　手関節内異物除去術	12,300点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節内異物除去術	12,300点	（新設）	
	（削る）		3　肩鎖、指（手、足）	7,930点
【項目の見直し】	**K066 関節滑膜切除術**			
	1　肩関節滑膜切除術	17,750点	1　肩、股、膝	17,750点
	2　股関節滑膜切除術	17,750点	（新設）	
	3　膝関節滑膜切除術	17,750点	（新設）	
	4　胸鎖関節滑膜切除術	11,200点	2　胸鎖、肘、手、足	11,200点
	5　肘関節滑膜切除術	11,200点	（新設）	
	6　手関節滑膜切除術	11,200点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節滑膜切除術	11,200点	（新設）	
	8　肩鎖関節滑膜切除術	8,880点	3　肩鎖、指（手、足）	8,880点
	9　手指関節滑膜切除術	8,880点	（新設）	
	10　足趾関節滑膜切除術	8,880点	（新設）	
	11　掌指関節滑膜切除術	7,930点	（新設）	
【名称の見直し】	**K066-2 関節滑膜切除術（関節鏡下）**		**K066-2 関節鏡下関節滑膜切除術**	
【項目の見直し】	1　肩関節滑膜切除術	17,610点	1　肩、股、膝	17,610点
	2　股関節滑膜切除術	17,610点	（新設）	
	3　膝関節滑膜切除術	17,610点	（新設）	
	4　胸鎖関節滑膜切除術	17,030点	2　胸鎖、肘、手、足	17,030点
	5　肘関節滑膜切除術	17,030点	（新設）	
	6　手関節滑膜切除術	17,030点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節滑膜切除術	17,030点	（新設）	
	8　肩鎖関節滑膜切除術	16,060点	3　肩鎖、指（手、足）	16,060点
	9　手指関節滑膜切除術	16,060点	（新設）	
	10　足趾関節滑膜切除術	16,060点	（新設）	
	11　掌指関節滑膜切除術	16,060点	（新設）	
【名称の見直し】	**K066-3 関節滑液包摘出術**		**K066-3 滑液膜摘出術**	
【項目の見直し】	1　肩関節滑液包摘出術	17,750点	1　肩、股、膝	17,750点
	2　股関節滑液包摘出術	17,750点	（新設）	
	3　膝関節滑液包摘出術	17,750点	（新設）	
	4　肘関節滑液包摘出術	11,200点	2　胸鎖、肘、手、足	11,200点
	5　手関節滑液包摘出術	11,200点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節滑液包摘出術	11,200点	（新設）	
	（削る）		3　肩鎖、指（手、足）	7,930点
【名称の見直し】	**K066-4 関節滑液包摘出術（関節鏡下）**		**K066-4 関節鏡下滑液膜摘出術**	
【項目の見直し】	1　肩関節滑液包摘出術	17,610点	1　肩、股、膝	17,610点
	2　股関節滑液包摘出術	17,610点	（新設）	
	3　膝関節滑液包摘出術	17,610点	（新設）	
	4　肘関節滑液包摘出術	17,030点	2　胸鎖、肘、手、足	17,030点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	5　手関節滑液包摘出術　17,030点	（新設）
	6　足関節及び距骨周囲関節滑液包摘出術　17,030点	（新設）
	（削る）	3　肩鎖、指（手、足）　16,060点
【名称の見直し】	**K066-5 膝蓋骨滑液包切除術**　11,200点	**K066-5 膝蓋骨滑液嚢切除術**　11,200点
【名称の見直し】	**K066-6 膝蓋骨滑液包切除術（関節鏡下）**　17,030点	**K066-6 関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術**　17,030点
【項目の削除】	（削る）	**K066-7 掌指関節滑膜切除術**　7,930点
【項目の削除】	（削る）	**K066-8 関節鏡下掌指関節滑膜切除術**　16,060点
【項目の見直し】	**K067 関節鼠摘出手術**	
	1　肩関節鼠摘出手術　15,600点	1　肩、股、膝　15,600点
	2　股関節鼠摘出手術　15,600点	（新設）
	3　膝関節鼠摘出手術　15,600点	（新設）
	4　肘関節鼠摘出手術　10,580点	2　胸鎖、肘、手、足　10,580点
	5　手関節鼠摘出手術　10,580点	（新設）
	6　足関節及び距骨周囲関節鼠摘出手術　10,580点	（新設）
	（削る）	3　肩鎖、指（手、足）　3,970点
【名称の見直し】	**K067-2 関節鼠摘出手術（関節鏡下）**	**K067-2 関節鏡下関節鼠摘出手術**
【項目の見直し】	1　肩関節鼠摘出手術　17,780点	1　肩、股、膝　17,780点
	2　股関節鼠摘出手術　17,780点	（新設）
	3　膝関節鼠摘出手術　17,780点	（新設）
	4　肘関節鼠摘出手術　19,100点	2　胸鎖、肘、手、足　19,100点
	5　手関節鼠摘出手術　19,100点	（新設）
	6　足関節及び距骨周囲関節鼠摘出手術　19,100点	（新設）
	7　手指関節鼠摘出手術　12,000点	3　肩鎖、指（手、足）　12,000点
	8　足趾関節鼠摘出手術　12,000点	（新設）
【名称の見直し】	**K068-2 半月板切除術（関節鏡下）**　15,090点	**K068-2 関節鏡下半月板切除術**　15,090点
	K069-2 削除	**K069-2 関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術**　16,730点
【名称の見直し】	**K069-3 半月板縫合術（関節鏡下）**　18,810点	**K069-3 関節鏡下半月板縫合術**　18,810点
【名称の見直し】	**K069-4 半月板制動術（関節鏡下）**　21,700点	**K069-4 関節鏡下半月板制動術**　21,700点
【項目の見直し】	**K070 ガングリオン摘出術**	
	1　手部ガングリオン摘出術　3,050点	1　手、足、指（手、足）　3,050点
	2　足部ガングリオン摘出術　3,050点	（新設）
	3　手指ガングリオン摘出術　3,050点	（新設）
	4　足趾ガングリオン摘出術　3,050点	（新設）
	5　その他のガングリオン摘出術（ヒグローム摘出術を含む。）　3,190点	2　その他（ヒグローム摘出術を含む。）　3,190点
【項目の見直し】	**K072 関節切除術**	
	1　肩関節切除術　23,280点	1　肩、股、膝　23,280点
	2　股関節切除術　23,280点	（新設）
	3　膝関節切除術　23,280点	（新設）
	4　胸鎖関節切除術　16,070点	2　胸鎖、肘、手、足　16,070点
	5　肘関節切除術　16,070点	（新設）
	6　手関節切除術　16,070点	（新設）
	7　足関節及び距骨周囲関節切除術　16,070点	（新設）
	8　肩鎖関節切除術　6,800点	3　肩鎖、指（手、足）　6,800点
	9　手指関節切除術　6,800点	（新設）
	10　足趾関節切除術　6,800点	（新設）
【項目の見直し】	**K073 関節内骨折観血的手術**	
	1　肩関節内骨折観血的手術　22,836点	1　肩、股、膝、肘　20,760点
	2　股関節内骨折観血的手術　22,836点	（新設）
	3　膝関節内骨折観血的手術　22,836点	（新設）
	4　肘関節内骨折観血的手術　22,836点	（新設）
	5　胸鎖関節内骨折観血的手術　17,070点	2　胸鎖、手、足　17,070点
	6　手関節内骨折観血的手術　18,777点	（新設）
	7　足関節及び距骨周囲関節内骨折観血的手術　18,777点	（新設）
	8　肩鎖関節内骨折観血的手術　11,990点	3　肩鎖、指（手、足）　11,990点
	9　手指関節内骨折観血的手術　11,990点	（新設）
	10　足趾関節内骨折観血的手術　11,990点	（新設）
【名称の見直し】	**K073-2 関節内骨折観血的手術（関節鏡下）**	**K073-2 関節鏡下関節内骨折観血的手術**

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
【項目の見直し】	1　肩関節内骨折観血的手術	27,720点	1　肩、股、膝、肘	27,720点
	2　股関節内骨折観血的手術	27,720点	（新設）	
	3　膝関節内骨折観血的手術	27,720点	（新設）	
	4　肘関節内骨折観血的手術	27,720点	（新設）	
	5　胸鎖関節内骨折観血的手術	22,690点	2　胸鎖、手、足	22,690点
	6　手関節内骨折観血的手術	22,690点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節内骨折観血的手術	22,690点	（新設）	
	8　肩鎖関節内骨折観血的手術	14,360点	3　肩鎖、指（手、足）	14,360点
	9　手指関節内骨折観血的手術	14,360点	（新設）	
	10　足趾関節内骨折観血的手術	14,360点	（新設）	
【項目の見直し】	**K074 靱帯断裂縫合術**			
	1　十字靱帯断裂縫合術	17,070点	1　十字靱帯	17,070点
	2　膝側副靱帯断裂縫合術	16,560点	2　膝側副靱帯	16,560点
	3　手指靱帯断裂縫合術	7,600点	3　指（手、足）その他の靱帯	7,600点
	4　足趾靱帯断裂縫合術	7,600点	（新設）	
	5　その他の靱帯断裂縫合術	7,600点	（新設）	
【名称の見直し】	**K074-2 靱帯断裂縫合術（関節鏡下）**		**K074-2 関節鏡下靱帯断裂縫合術**	
【項目の見直し】	1　十字靱帯断裂縫合術	24,170点	1　十字靱帯	24,170点
	2　膝側副靱帯断裂縫合術	16,510点	2　膝側副靱帯	16,510点
	3　三角線維軟骨複合体縫合術	16,730点	（新設）	
	4　その他の靱帯断裂縫合術	15,720点	3　指（手、足）その他の靱帯	15,720点
【新設】	**K074-3 三角線維軟骨複合体切除術（関節鏡下）**	16,730点	（新設）	
【名称の見直し】	**K075 関節非観血的授動術**		**K075 非観血的関節授動術**	
【項目の見直し】	1　肩関節非観血的授動術	1,590点	1　肩、股、膝	1,590点
	2　股関節非観血的授動術	1,590点	（新設）	
	3　膝関節非観血的授動術	1,590点	（新設）	
	4　肘関節非観血的授動術	1,260点	2　胸鎖、肘、手、足	1,260点
	5　手関節非観血的授動術	1,260点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節非観血的授動術	1,260点	（新設）	
	7　手指関節非観血的授動術	490点	3　肩鎖、指（手、足）	490点
	8　足趾関節非観血的授動術	490点	（新設）	
【名称の見直し】	**K076 関節観血的授動術**		**K076 観血的関節授動術**	
【項目の見直し】	1　肩関節観血的授動術	38,890点	1　肩、股、膝	38,890点
	2　股関節観血的授動術	38,890点	（新設）	
	3　膝関節観血的授動術	38,890点	（新設）	
	4　肘関節観血的授動術	28,210点	2　胸鎖、肘、手、足	28,210点
	5　手関節観血的授動術	28,210点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節観血的授動術	28,210点	（新設）	
	7　手指関節観血的授動術	10,150点	3　肩鎖、指（手、足）	10,150点
	8　足趾関節観血的授動術	10,150点	（新設）	
【名称の見直し】	**K076-2 関節授動術（関節鏡下）**		**K076-2 関節鏡下関節授動術**	
【項目の見直し】	1　肩関節授動術	46,660点	1　肩、股、膝	46,660点
	2　股関節授動術	46,660点	（新設）	
	3　膝関節授動術	46,660点	（新設）	
	4　肘関節授動術	33,850点	2　胸鎖、肘、手、足	33,850点
	5　手関節授動術	33,850点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節授動術	33,850点	（新設）	
	7　手指関節授動術	10,150点	3　肩鎖、指（手、足）	10,150点
【名称の見直し】	**K076-3 肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））**	54,810点	**K076-3 関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）**	54,810点
【名称の見直し】	**K077 関節観血的制動術**		**K077 観血的関節制動術**	
【項目の見直し】	1　肩関節観血的制動術	27,380点	1　肩、股、膝	27,380点
	2　股関節観血的制動術	27,380点	（新設）	
	3　膝関節観血的制動術	27,380点	（新設）	
	4　胸鎖関節観血的制動術	16,040点	2　胸鎖、肘、手、足	16,040点
	5　肘関節観血的制動術	16,040点	（新設）	
	6　手関節観血的制動術	16,040点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節観血的制動術	16,040点	（新設）	
	8　肩鎖関節観血的制動術	5,550点	3　肩鎖、指（手、足）	5,550点
	9　手指関節観血的制動術	5,550点	（新設）	

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	10　足趾関節観血的制動術	5,550点	（新設）	
【名称の見直し】	**K078 関節観血的固定術**		**K078 観血的関節固定術**	
【項目の見直し】	1　肩関節観血的固定術	21,640点	1　肩、股、膝	21,640点
	2　股関節観血的固定術	21,640点	（新設）	
	3　膝関節観血的固定術	21,640点	（新設）	
	4　胸鎖関節観血的固定術	22,300点	2　胸鎖、肘、手、足	22,300点
	5　肘関節観血的固定術	22,300点	（新設）	
	6　手関節観血的固定術	22,300点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節観血的固定術	22,300点	（新設）	
	8　肩鎖関節観血的固定術	8,640点	3　肩鎖、指（手、足）	8,640点
	9　手指関節観血的固定術	8,640点	（新設）	
	10　足趾関節観血的固定術	8,640点	（新設）	
【項目の見直し】	**K079 靱帯断裂形成手術**			
	1　十字靱帯断裂形成手術	28,210点	1　十字靱帯	28,210点
	2　膝側副靱帯断裂形成手術	18,810点	2　膝側副靱帯	18,810点
	3　手指靱帯断裂形成手術	16,350点	3　指（手、足）その他の靱帯	16,350点
	4　足趾靱帯断裂形成手術	16,350点	（新設）	
	5　その他の靱帯断裂形成手術	16,350点	（新設）	
【名称の見直し】	**K079-2 靱帯断裂形成手術（関節鏡下）**		**K079-2 関節鏡下靱帯断裂形成手術**	
【項目の見直し】	1　十字靱帯断裂形成手術	34,980点	1　十字靱帯	34,980点
	2　膝側副靱帯断裂形成手術	17,280点	2　膝側副靱帯	17,280点
	3　内側膝蓋大腿靱帯断裂形成手術	24,210点	3　指（手、足）その他の靱帯	18,250点
	4　手指靱帯断裂形成手術	18,250点	4　内側膝蓋大腿靱帯	24,210点
	5　足趾靱帯断裂形成手術	18,250点	（新設）	
	6　その他の靱帯断裂形成手術	18,250点	（新設）	
	注　1について、前十字靱帯及び後十字靱帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的両靱帯形成加算として、5,000点を所定点数に加算する。			
【項目の見直し】	**K080 関節形成手術**			
	1　肩関節形成手術	45,720点	1　肩、股、膝	45,720点
	2　股関節形成手術	45,720点	（新設）	
	3　膝関節形成手術	45,720点	（新設）	
	4　胸鎖関節形成手術	28,210点	2　胸鎖、肘、手、足	28,210点
	5　肘関節形成手術	28,210点	（新設）	
	6　手関節形成手術	28,210点	（新設）	
	7　足関節及び距骨周囲関節形成手術	28,210点	（新設）	
	8　肩鎖関節形成手術	14,050点	3　肩鎖、指（手、足）	14,050点
	9　手指関節形成手術	14,050点	（新設）	
	10　足趾関節形成手術	14,050点	（新設）	
	注　関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。			
【名称の見直し】	**K080-4 肩腱板断裂手術（関節鏡下）**		**K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術**	
	1　簡単なもの	27,040点		
	2　簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490点		
	3　複雑なもの	38,670点		
【名称の見直し】	**K080-5 肩関節唇形成術（関節鏡下）**		**K080-5 関節鏡下肩関節唇形成術**	
	1　腱板断裂を伴うもの	45,200点		
	2　腱板断裂を伴わないもの	32,160点		
【項目の見直し】	3　肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	46,370点	3　関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	46,370点
【名称の見直し】	**K080-6 股関節唇縫合術（関節鏡下）**	44,830点	**K080-6 関節鏡下股関節唇形成術**	44,830点
【項目の見直し】	**K080-7 上腕二頭筋腱固定術**			
	1　上腕二頭筋腱固定術	18,080点	1　観血的に行うもの	18,080点
	2　上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下）	23,370点	2　関節鏡下で行うもの	23,370点
【項目の見直し】	**K081 人工骨頭挿入術**			
	1　肩関節人工骨頭挿入術	19,500点	1　肩、股	19,500点
	2　股関節人工骨頭挿入術	19,500点	（新設）	
	3　肘関節人工骨頭挿入術	18,810点	2　肘、手、足	18,810点
	（削る）		3　指（手、足）	10,880点
	注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊			

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	急挿入加算として、4,000点を所定点数に加算する。			
【項目の見直し】	**K082 人工関節置換術**			
	1　人工肩関節置換術		1　肩、股、膝	37,690点
	イ　腱移行を伴わないもの	37,690点	（新設）	
	ロ　腱移行を伴うもの	46,690点	（新設）	
	2　人工股関節置換術	37,690点	（新設）	
	3　人工膝関節置換術	37,690点	（新設）	
	4　人工肘関節置換術	28,210点	2　胸鎖、肘、手、足	28,210点
	5　人工手関節置換術	28,210点	（新設）	
	6　人工足関節置換術	28,210点	（新設）	
	7　人工手指関節置換術	15,970点	3　肩鎖、指（手、足）	15,970点
	8　人工足趾関節置換術	15,970点	（新設）	
【項目の見直し】	**K082-2 人工関節抜去術**			
	1　人工肩関節抜去術	30,230点	1　肩、股、膝	30,230点
	2　人工股関節抜去術	30,230点	（新設）	
	3　人工膝関節抜去術	30,230点	（新設）	
	4　人工肘関節抜去術	23,650点	2　胸鎖、肘、手、足	23,650点
	5　人工手関節抜去術	23,650点	（新設）	
	6　人工足関節抜去術	23,650点	（新設）	
	7　人工手指関節抜去術	15,990点	3　肩鎖、指（手、足）	15,990点
	8　人工足趾関節抜去術	15,990点	（新設）	
【項目の見直し】	**K082-3 人工関節再置換術**			
	1　人工肩関節再置換術	54,810点	1　肩、股、膝	54,810点
	2　人工股関節再置換術	54,810点	（新設）	
	3　人工膝関節再置換術	54,810点	（新設）	
	4　人工肘関節再置換術	34,190点	2　胸鎖、肘、手、足	34,190点
	5　人工手関節再置換術	34,190点	（新設）	
	6　人工足関節再置換術	34,190点	（新設）	
	7　人工手指関節再置換術	21,930点	3　肩鎖、指（手、足）	21,930点
	8　人工足趾関節再置換術	21,930点	（新設）	
【名称の見直し】	**K082-4 関節形成術（自家肋骨肋軟骨を用いるもの）**	91,500点	**K082-4 自家肋骨肋軟骨関節全置換術**	91,500点
【新設】	**K082-8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）**	42,190点	（新設）	
（四肢切断、離断、再接合）				
	（四肢切断、離断、再接合）			
【名称の見直し】	**K084 四肢切断術**		**K084 四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）**	24,320点
【項目の見直し】	1　上腕切断術	24,320点	（新設）	
	2　前腕切断術	24,320点	（新設）	
	3　手切断術	24,320点	（新設）	
	4　大腿切断術	24,320点	（新設）	
	5　下腿切断術	24,320点	（新設）	
	6　足切断術	24,320点	（新設）	
【項目の見直し】	**K085 四肢関節離断術**			
	1　肩関節離断術	31,000点	1　肩、股、膝	31,000点
	2　股関節離断術	31,000点	（新設）	
	3　膝関節離断術	31,000点	（新設）	
	4　肘関節離断術	11,360点	2　肘、手、足	11,360点
	5　手関節離断術	11,360点	（新設）	
	6　足関節及び距骨周囲関節離断術	11,360点	（新設）	
	7　手指関節離断術	3,330点	3　指（手、足）	3,330点
	8　足趾関節離断術	3,330点	（新設）	
【項目の見直し】	**K086 断端形成術（軟部形成のみのもの）**			
	1　手指断端形成術	2,770点	1　指（手、足）	2,770点
	2　足趾断端形成術	2,770点	（新設）	
	3　その他の断端形成術	3,300点	2　その他	3,300点
【項目の見直し】	**K087 断端形成術（骨形成を要するもの）**			
	1　手指断端形成術	7,410点	1　指（手、足）	7,410点
	2　足趾断端形成術	7,410点	（新設）	
	3　その他の断端形成術	10,630点	2　その他	10,630点
【名称の見直し】	**K088 四肢切断再接合術**		**K088 切断四肢再接合術**	
【項目の見直し】	1　四肢切断再接合術	144,680点	1　四肢	144,680点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	2　手指切断再接合術　81,900点 3　足趾切断再接合術　81,900点	2　指（手、足）　81,900点 （新設）
（手、足）		
	（手、足）	
【項目の削除】	（削る）	K090-2 風棘手術　990点
【名称の見直し】	K093-2 手根管開放手術（内視鏡下）　10,400点	K093-2 関節鏡下手根管開放手術　10,400点
【項目の見直し】	K096 手掌、足底腱膜切離・切除術 1　手掌腱膜切離・切除術　2,750点 2　足底腱膜切離・切除術　2,750点 3　足底腱膜切離・切除術（関節鏡下）4,340点	1　鏡視下によるもの　4,340点 2　その他のもの　2,750点 （新設）
【項目の見直し】	K097 手掌、足底異物摘出術 1　手掌異物摘出術　3,190点 2　足底異物摘出術　3,190点	K097 手掌、足底異物摘出術　3,190点 （新設） （新設）
【名称の見直し】	K099 手指及び足趾瘢痕拘縮手術　8,150点	K099 指瘢痕拘縮手術　8,150点
【項目の見直し】	K103 屈指症手術、斜指症手術 1　屈指症手術 イ　軟部形成のみのもの　13,810点 ロ　骨関節、腱の形成を要するもの15,570点 2　斜指症手術 イ　軟部形成のみのもの　13,810点 ロ　骨関節、腱の形成を要するもの15,570点	（新設） 1　軟部形成のみのもの　13,810点 2　骨関節、腱の形成を要するもの　15,570点 （新設）
【項目の見直し】	K105 裂手、裂足手術 1　裂手手術　27,890点 2　裂足手術　27,890点	K105 裂手、裂足手術　27,890点 （新設） （新設）
【名称の見直し】	K109 神経血管柄付皮弁術（手、足）	K109 神経血管柄付植皮術（手、足）　40,460点
【項目の見直し】	1　手部神経血管柄付皮弁術　40,460点 2　足部神経血管柄付皮弁術　40,460点	（新設） （新設）
【名称の見直し】	K110 第四足趾短縮症手術　10,790点	K110 第四足指短縮症手術　10,790点
【名称の見直し】	K110-2 第一足趾外反症矯正手術　10,790点	K110-2 第一足指外反症矯正手術　10,790点
（脊柱、骨盤）		
	（脊柱、骨盤）	
【項目の見直し】	K116 脊椎、骨盤骨掻爬術 1　脊椎骨掻爬術　17,170点 2　骨盤骨掻爬術　17,170点	K116 脊椎、骨盤骨掻爬術　17,170点 （新設） （新設）
【名称の見直し】	K118 脊椎脱臼観血的手術　31,030点	K118 脊椎、骨盤脱臼観血的手術　31,030点
【項目の見直し】	K126 脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの） 1　脊椎棘突起組織採取術　3,620点 2　腸骨翼（軟骨）組織採取術　3,620点 3　その他の脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術　4,510点	1　棘突起、腸骨翼　3,620点 （新設） 2　その他のもの　4,510点
【名称の見直し】	K128 脊椎、骨盤内異物（挿入物を含む。）除去術	K128 脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術　13,520点
【項目の見直し】	1　脊椎内異物除去術　13,520点 2　骨盤内異物除去術　13,520点	（新設） （新設）
【項目の見直し】	K131-2 椎弓切除術（内視鏡下） 1　頸椎椎弓切除術　17,300点 2　胸椎椎弓切除術　17,300点 3　腰椎椎弓切除術　17,300点 4　仙椎椎弓切除術　17,300点 注　2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。	K131-2 内視鏡下椎弓切除術　17,300点 （新設） （新設） （新設） （新設）
【項目の見直し】	K133 黄色靱帯骨化症手術 1　頸椎黄色靱帯骨化症手術　28,730点 2　胸椎黄色靱帯骨化症手術　28,730点 3　腰椎黄色靱帯骨化症手術　28,730点 4　仙椎黄色靱帯骨化症手術　28,730点	K133 黄色靱帯骨化症手術　28,730点 （新設） （新設） （新設） （新設）
【項目の見直し】	K133-2 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの） 1　頸椎後縦靱帯骨化症手術　78,500点 2　胸椎後縦靱帯骨化症手術　78,500点	K133-2 後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）　78,500点 （新設） （新設）
【項目の見直し】	K134 椎間板摘出術	

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前	
	1　頸椎椎間板前方摘出術	40,180点	1　前方摘出術	40,180点
	2　胸椎椎間板前方摘出術	40,180点	（新設）	
	3　腰椎椎間板前方摘出術	40,180点	（新設）	
	4　頸椎椎間板後方摘出術	23,520点	2　後方摘出術	23,520点
	5　胸椎椎間板後方摘出術	23,520点	（新設）	
	6　腰椎椎間板後方摘出術	23,520点	（新設）	
	7　仙椎椎間板後方摘出術	23,520点	（新設）	
	8　腰椎椎間板側方摘出術	28,210点	3　側方摘出術	28,210点
	9　腰椎椎間板経皮的髄核摘出術	15,310点	4　経皮的髄核摘出術	15,310点
【注の見直し】	注　4から7までに掲げる手術について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。		注　2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。	
【名称の見直し】	**K 134-2 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）**		**K 134-2 内視鏡下椎間板摘出（切除）術**	
【項目の見直し】	1　頸椎椎間板前方摘出術	75,600点	1　前方摘出術	75,600点
	2　胸椎椎間板前方摘出術	75,600点	（新設）	
	3　腰椎椎間板前方摘出術	75,600点	（新設）	
	4　頸椎椎間板後方摘出術	30,390点	2　後方摘出術	30,390点
	5　胸椎椎間板後方摘出術	30,390点	（新設）	
	6　腰椎椎間板後方摘出術	30,390点	（新設）	
	7　仙椎椎間板後方摘出術	30,390点	（新設）	
【注の見直し】	注　4から7までに掲げる手術について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。		注　2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、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。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。	
【名称の見直し】	**K 134-3 頸椎人工椎間板置換術**	40,460点	**K 134-3 人工椎間板置換術（頸椎）**	40,460点
	注　2の椎間板の置換を行う場合には、2椎間板加算として、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。			
【項目の見直し】	**K 135 脊椎、骨盤腫瘍切除術**		**K 135 脊椎、骨盤腫瘍切除術**	36,620点
	1　頸椎腫瘍切除術	36,620点	（新設）	
	2　胸椎腫瘍切除術	36,620点	（新設）	
	3　腰椎腫瘍切除術	36,620点	（新設）	
	4　仙椎腫瘍切除術	36,620点	（新設）	
	5　骨盤腫瘍切除術	36,620点	（新設）	
【項目の見直し】	**K 136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術**		**K 136 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術**	101,330点
	1　頸椎悪性腫瘍手術	101,330点	（新設）	
	2　胸椎悪性腫瘍手術	101,330点	（新設）	
	3　腰椎悪性腫瘍手術	101,330点	（新設）	
	4　仙椎悪性腫瘍手術	101,330点	（新設）	
	5　骨盤悪性腫瘍手術	101,330点	（新設）	
【項目の見直し】	**K 136-2 腫瘍脊椎骨全摘術**		**K 136-2 腫瘍脊椎骨全摘術**	113,830点
	1　頸椎腫瘍脊椎骨全摘術	113,830点	（新設）	
	2　胸椎腫瘍脊椎骨全摘術	113,830点	（新設）	
	3　腰椎腫瘍脊椎骨全摘術	113,830点	（新設）	
	4　仙椎腫瘍脊椎骨全摘術	113,830点	（新設）	
【項目の見直し】	**K 139 脊椎骨切り術**		**K 139 脊椎骨切り術**	60,330点
	1　頸椎骨切り術	60,330点	（新設）	
	2　胸椎骨切り術	60,330点	（新設）	
	3　腰椎骨切り術	60,330点	（新設）	
	4　仙椎骨切り術	60,330点	（新設）	
【項目の見直し】	**K 142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）**			
	1　頸椎前方椎体固定術	41,710点	1　前方椎体固定	41,710点
	2　胸椎前方椎体固定術	41,710点	（新設）	
	3　腰椎前方椎体固定術	41,710点	（新設）	
	4　仙椎前方椎体固定術	41,710点	（新設）	
	5　頸椎後方又は後側方固定術	32,890点	2　後方又は後側方固定	32,890点
	6　胸椎後方又は後側方固定術	32,890点	（新設）	
	7　腰椎後方又は後側方固定術	32,890点	（新設）	
	8　仙椎後方又は後側方固定術	32,890点	（新設）	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	9　頸椎後方椎体固定術　41,160点 10　胸椎後方椎体固定術　41,160点 11　腰椎後方椎体固定術　41,160点 12　仙椎後方椎体固定術　41,160点 13　頸椎前方後方同時固定術　74,580点 14　胸椎前方後方同時固定術　74,580点 15　腰椎前方後方同時固定術　74,580点 16　仙椎前方後方同時固定術　74,580点 17　頸椎椎弓切除術　13,310点 18　胸椎椎弓切除術　13,310点 19　腰椎椎弓切除術　13,310点 20　仙椎椎弓切除術　13,310点 21　頸椎椎弓形成術　24,260点 22　胸椎椎弓形成術　24,260点 23　腰椎椎弓形成術　24,260点 24　仙椎椎弓形成術　24,260点 注１　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４を超えないものとする。	3　後方椎体固定　41,160点 （新設） （新設） （新設） 4　前方後方同時固定　74,580点 （新設） （新設） （新設） 5　椎弓切除　13,310点 （新設） （新設） （新設） 6　椎弓形成　24,260点 （新設） （新設） （新設）
【注の見直し】	注２　５から16までに掲げる手術の所定点数には、注１の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る17から24までに掲げる手術の所定点数が含まれる。	注２　２から４までに掲げる手術の所定点数には、注１の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る５及び６に掲げる手術の所定点数が含まれる。
【項目の見直し】	**Ｋ142-2 脊椎側彎症手術** 1　脊椎側彎症固定術　55,950点 2　脊椎側彎症矯正術 イ　初回挿入　112,260点 ロ　交換術　48,650点 ハ　伸展術　20,540点 注　１及び２のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに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。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。	1　固定術　55,950点 2　矯正術
【名称の見直し】 【項目の見直し】	**Ｋ142-3 胸椎又は腰椎前方固定術（内視鏡下）** 1　胸椎前方固定術　101,910点 2　腰椎前方固定術　101,910点 注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに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。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。	**Ｋ142-3 内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）**　101,910点 （新設） （新設）
【名称の見直し】 【項目の見直し】	**Ｋ142-5 椎弓形成術（内視鏡下）** 1　頸椎椎弓形成術　30,390点 2　胸椎椎弓形成術　30,390点 3　腰椎椎弓形成術　30,390点 4　仙椎椎弓形成術　30,390点 注　椎弓が２以上の場合は、１椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎弓を超えないものとする。	**Ｋ142-5 内視鏡下椎弓形成術**　30,390点 （新設） （新設） （新設） （新設）
【名称の見直し】	**Ｋ142-8 腰部脊柱管拡大減圧術（顕微鏡下）**　24,560点	**Ｋ142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術**　24,560点
【新設】	**Ｋ142-9 腰椎後方椎体固定術（内視鏡下）**　53,500点 注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに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。ただし、加算は２椎間を超えないものとする。	（新設） （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第３款　神経系・頭蓋		
	第３款　神経系・頭蓋	
	区分	
（頭蓋、脳）		
	（頭蓋、脳）	
【点数の見直し】	**Ｋ145-2 皮下髄液貯溜槽留置術**　6,348点	**Ｋ145-2 皮下髄液貯溜槽留置術**　5,290点
【項目の見直し】	**Ｋ154 機能的定位脳手術**	
	1　てんかんの場合　80,500点	（新設）
	2　その他の場合	（新設）
	イ　片側の場合　52,300点	1　片側の場合　52,300点
	ロ　両側の場合　94,500点	2　両側の場合　94,500点
【項目の見直し】	**Ｋ178-4 経皮的脳血栓回収術**	**Ｋ178-4 経皮的脳血栓回収術**　33,150点
	1　頸動脈ステント留置を併施するもの　47,150点	（新設）
	2　その他のもの　33,150点	（新設）
	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号Ａ205-2に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号Ａ205-2に掲げる超急性期脳卒中加算は算定できない。	
	Ｋ180 頭蓋骨形成手術	
	1　頭蓋骨のみのもの　17,530点	
	2　硬膜形成を伴うもの　23,660点	
【点数の見直し】	3　骨移動を伴うもの　56,508点	3　骨移動を伴うもの　47,090点
	注　３については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
（脊髄、末梢神経、交感神経）		
	（脊髄、末梢神経、交感神経）	
【点数の見直し】	**Ｋ190-4 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術**　10,056点	**Ｋ190-4 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術**　8,380点
第４款　眼		
	第４款　眼	
	区分	
（眼瞼）		
	（眼瞼）	
	Ｋ215-2 眼瞼結膜腫瘍手術　5,140点	
【注の追加】	注　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	Ｋ216 眼瞼結膜悪性腫瘍手術　11,900点	
【注の追加】	注　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	Ｋ224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）　3,650点	
【注の追加】	注　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	Ｋ225-2 結膜腫瘍摘出術　6,290点	
【注の追加】	注　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	Ｋ225-4 角結膜悪性腫瘍切除術　6,290点	
【注の追加】	注　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
（眼球、眼筋）		
	（眼球、眼筋）	
【点数の見直し】	K241 眼球摘出術　5,064点	K241 眼球摘出術　4,220点
（角膜、強膜）		
	（角膜、強膜）	
【点数の見直し】	K256 角膜潰瘍結膜被覆術　3,648点	K256 角膜潰瘍結膜被覆術　3,040点
	K259 角膜移植術　52,600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。	
【注の追加】	注3　羊膜移植術を併せて行った場合は、羊膜移植加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
【新設】	K259-4 培養ヒト角膜内皮細胞移植術　52,600点	（新設）
（眼房、網膜）		
	（眼房、網膜）	
【新設】	K276-2 経皮的選択的眼動脈注入術　10,000点	（新設）
第5款　耳鼻咽喉		
	第5款　耳鼻咽喉	
	区分	
（中耳）		
	（中耳）	
【点数の見直し】	K301 鼓室開放術　10,044点	K301 鼓室開放術　8,370点
（鼻）		
	（鼻）	
【点数の見直し】	K339 粘膜下下鼻甲介骨切除術　5,868点	K339 粘膜下下鼻甲介骨切除術　4,890点
（咽頭、扁桃）		
	（咽頭、扁桃）	
【点数の見直し】	K367 咽後膿瘍切開術　2,280点	K367 咽後膿瘍切開術　1,900点
【項目の見直し】	K371 上咽頭腫瘍摘出術	
	1　経口腔によるもの　5,350点	
	2　経鼻腔によるもの　6,070点	
	3　経副鼻腔によるもの　8,790点	
	4　外切開によるもの　16,590点	
	5　鏡視下によるもの　8,050点	（新設）
【項目の見直し】	K371-2 上咽頭ポリープ摘出術	
	1　経口腔によるもの　4,460点	
	2　経鼻腔によるもの　5,060点	
	3　経副鼻腔によるもの　8,270点	
	（削る）	4　外切開によるもの　15,080点
【項目の見直し】	K372 中咽頭腫瘍摘出術	
	1　経口腔によるもの　2,710点	
	2　外切開によるもの　16,260点	
	3　鏡視下によるもの　5,410点	（新設）
【項目の見直し】	K373 下咽頭腫瘍摘出術	
	1　経口腔によるもの　7,290点	
	2　外切開によるもの　16,300点	
	3　鏡視下によるもの　9,990点	（新設）
（喉頭、気管）		
	（喉頭、気管）	
【点数の見直し】	K384-2 深頸部膿瘍切開術　6,624点	K384-2 深頸部膿瘍切開術　5,520点
	K392 削除	K392 喉頭蓋切除術　3,660点
【項目の見直し】	K392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術	K392-2 喉頭蓋嚢腫摘出術　3,190点
	1　間接喉頭鏡又は直達鏡によるもの　3,190点	（新設）
	2　鏡視下によるもの　5,890点	（新設）
【項目の見直し】	K393 喉頭腫瘍摘出術	
	1　間接喉頭鏡によるもの　3,420点	
	2　直達鏡によるもの　4,310点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【点数の見直し】	3　鏡視下によるもの　6,120点 **K401 気管口狭窄拡大術**　3,708点	（新設） **K401 気管口狭窄拡大術**　3,090点
第6款　顔面・口腔・頸部		
	第6款　顔面・口腔・頸部	
	区分	
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）		
	（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）	
	K404 抜歯手術（1歯につき）	
	1　乳歯　130点	
	2　前歯　160点	
	3　臼歯　270点	
	4　埋伏歯　1,080点	
	注1　2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。	
	注2　4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
【点数の見直し】	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、230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、130点を所定点数に加算する。
	注4　抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。	
（顔面骨、顎関節）		
	（顔面骨、顎関節）	
【点数の見直し】	**K430 顎関節脱臼非観血的整復術**　800点	**K430 顎関節脱臼非観血的整復術**　410点
【点数の見直し】	**K436 顎骨腫瘍摘出術**	
	1　長径3センチメートル未満　4,020点	1　長径3センチメートル未満　2,820点
	2　長径3センチメートル以上　13,390点	
（唾液腺）		
	（唾液腺）	
【点数の見直し】	**K448 がま腫切開術**　1,230点	**K448 がま腫切開術**　820点
	K450 唾石摘出術（一連につき）	
【点数の見直し】	1　表在性のもの　1,080点	1　表在性のもの　720点
	2　深在性のもの　4,330点	
	3　腺体内に存在するもの　6,550点	
	注　2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
第7款　胸部		
	第7款　胸部	
	区分	
（乳腺）		
	（乳腺）	
	K476 乳腺悪性腫瘍手術	
	1　単純乳房切除術（乳腺全摘術）　17,040点	
	2　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　28,210点	
	3　乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　22,520点	
	4　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））　42,350点	
	5　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの　42,350点	
	6　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの　42,350点	
	7　拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）　52,820点	
【項目の見直し】	8　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））　27,810点	8　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　27,810点
	9　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うも	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の）　48,340点 注１　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。 注２　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	
【名称の見直し】	**K476-3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）** 1　一次的に行うもの　49,120点 2　二次的に行うもの　53,560点	**K476-3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）**
【名称の見直し】	**K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）**　25,000点	**K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）**　25,000点
（胸壁）	**（胸壁）**	
【項目の見直し】	**K481 肋骨骨折観血的手術** 1　３本以下　10,330点 2　４本以上　20,330点	**K481 肋骨骨折観血的手術**　10,330点 （新設） （新設）
【点数の見直し】	**K482 肋骨切除術** 1　第１肋骨　16,900点 2　その他の肋骨　6,192点	2　その他の肋骨　5,160点
【点数の見直し】	**K483 胸骨切除術、胸骨骨折観血手術**　14,544点	**K483 胸骨切除術、胸骨骨折観血手術**　12,120点
【点数の見直し】	**K487 漏斗胸手術** 1　胸骨挙上法によるもの　28,210点 2　胸骨翻転法によるもの　37,370点 3　胸腔鏡によるもの　39,260点 4　胸骨挙上用固定具抜去術　7,836点	4　胸骨挙上用固定具抜去術　6,530点
（気管支、肺）	**（気管支、肺）**	
【新設】	**K514-8 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）** 1　２センチメートル以内のもの　51,200点 2　２センチメートルを超えるもの　66,200点	（新設）
（食道）	**（食道）**	
【新設】	**K526-5 内視鏡的食道悪性腫瘍冷凍焼灼術**　6,300点	（新設）
【新設】	**K527-3 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）**　71,950点	（新設）
【新設】	**K527-4 胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの）**　58,100点	（新設）
【新設】	**K528-4 先天性気管食道瘻閉鎖術**　35,000点	（新設）
第８款　心・脈管	**第８款　心・脈管** 区分	
（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）	**（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）**	
【点数の見直し】 【項目の見直し】	**K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術** 1　１吻合のもの　75,160点 2　２吻合又は３吻合のもの　89,250点 3　４吻合以上のもの　102,250点 注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	1　１吻合のもの　80,160点 2　２吻合以上のもの　89,250点 （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	K552-2 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）	
【点数の見直し】	1　1吻合のもの　66,570点	1　1吻合のもの　71,570点
【項目の見直し】	2　2吻合又は3吻合のもの　91,350点	2　2吻合以上のもの　91,350点
	3　4吻合以上のもの　104,350点	（新設）
	注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
	K555 弁置換術	
	1　1弁のもの　85,500点	
	2　2弁のもの　100,200点	
	3　3弁のもの　114,510点	
【項目の見直し】	4　大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの　198,000点	（新設）
	注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、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。	
【新設】	**K555-4 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術**	（新設）
	1　経皮的弁周囲欠損孔閉鎖術　31,850点	
	2　経心尖弁周囲欠損孔閉鎖術　39,130点	
【新設】	**K559-4 経皮的三尖弁クリップ術**　34,930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。	
	K560 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
	1　上行大動脈	
	イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　114,510点	
	ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　128,820点	
	ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　166,720点	
	ニ　その他のもの　100,200点	
	2　弓部大動脈　114,510点	
	3　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
	イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの　187,370点	
	ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術　210,790点	
	ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術　243,580点	
	ニ　その他のもの　171,760点	
	4　下行大動脈　89,250点	
	5　胸腹部大動脈　249,750点	
	6　腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）　59,080点	
	7　腹部大動脈（その他のもの）　52,000点	
	注1　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K555弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	注　（略）
【注の追加】	注2　有茎大網充填術を併せて行った場合には、大網充填術加算として、17,130点を所定点数に加算する。	（新設）
	K561 ステントグラフト内挿術	
	1　血管損傷の場合　43,830点	
	2　1以外の場合	
	イ　胸部大動脈　56,560点	
【項目の見直し】	ロ　腹部大動脈（腸骨動脈の再建を伴うもの）　56,000点	ロ　腹部大動脈　49,440点
	ハ　腹部大動脈（その他のもの）　49,440点	（新設）
	ニ　腸骨動脈　43,830点	ハ　（略）
	K577 バルサルバ洞動脈瘤手術	
	1　単独のもの　71,570点	
【項目の見直し】	2　大動脈弁閉鎖不全症手術を伴うもの	2　大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	85,880点	85,880点
	K599 植込型除細動器移植術	
	1　心筋リードを用いるもの　31,510点	
	2　経静脈リードを用いるもの　31,510点	
	3　皮下植込型リードを用いるもの　24,310点	
【項目の見直し】	4　胸骨下植込型リードを用いるもの	（新設）
	24,310点	
【名称の見直し】	**K600 大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）**	**K600 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）**
【点数の見直し】	1　初日　10,536点	1　初日　8,780点
	2　２日目以降　4,230点	
	注　挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
【項目の見直し】	**K604-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）**	
	1　設置する場合	（新設）
	イ　初日（１日につき）　88,650点	1　初日（１日につき）　58,500点
	ロ　２日目以降30日目まで（１日につき）	2　２日目以降30日目まで（１日につき）
	5,000点	5,000点
	ハ　31日目以降90日目まで（１日につき）	3　31日目以降90日目まで（１日につき）
	2,780点	2,780点
	ニ　91日目以降（１日につき）　1,800点	4　91日目以降（１日につき）　1,800点
	2　その他の場合（１日につき）　1,800点	（新設）
（動脈）		
	（動脈）	
【新設】	**K609-3 経頸動脈的頸動脈ステント留置術**	（新設）
	34,740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。	
	注２　内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。	
【新設】	**K613-2 腎神経焼灼術**　31,840点	（新設）
【項目の見直し】	**K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術**	**K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術**
		22,590点
	1　薬剤溶出型生体吸収性下肢動脈用ステントを用いるもの　22,590点	（新設）
	2　その他のもの　22,590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。	
【項目の見直し】	**K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術**	
	1　初回	1　初回　12,000点
	イ　透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合	（新設）
	12,000点	
	ロ　その他の場合　9,840点	（新設）
	2　１の実施後３月以内に実施する場合	
	12,000点	
	注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
（静脈）		
	（静脈）	
	K617 下肢静脈瘤手術	
	1　抜去切除術　10,200点	
	2　硬化療法（一連として）　1,720点	
【点数の見直し】	3　高位結紮術　3,756点	3　高位結紮術　3,130点
	4　静脈瘤切除術　1,820点	
【新設】	**K619-3 腸骨静脈及び大腿静脈ステント留置術**	（新設）
	32,100点	
（リンパ管、リンパ節）		
	（リンパ管、リンパ節）	
	K627 リンパ節群郭清術	
	1　顎下部又は舌下部（浅在性）　10,870点	
	2　頸部（深在性）　24,090点	
	3　鎖骨上窩及び下窩　14,460点	
	4　腋窩　17,750点	
	5　胸骨旁　23,190点	
	6　鼠径部及び股部　9,760点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	7　後腹膜　46,350点 8　骨盤　26,800点	
【項目の見直し】	9　腹部　22,000点	（新設）
	K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 1　後腹膜　40,670点 2　傍大動脈　35,500点 3　骨盤　41,090点 4　側方　41,090点	
【項目の見直し】	5　腹部　32,000点	（新設）
【注の見直し】	注　1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから、4については直腸がんから、5については食道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。	注　1及び3については泌尿器がん（1については精巣がんに限る。）から、2については子宮体がんから、4については直腸がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
第9款　腹部		
	第9款　腹部 区分	
（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）		
	（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）	
【点数の見直し】	**K635 胸水・腹水濾過濃縮再静注法**　5,988点	**K635 胸水・腹水濾過濃縮再静注法**　4,990点
【新設】	**K643-3 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術**　105,000点 注　腹膜偽粘液腫、腹膜癌腹膜播種及び腹膜中皮腫の患者に対し、広範囲の壁側腹膜及び複数の臓器を切除した場合に算定する。	（新設）
【新設】	**K645-4 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）** 1　2センチメートル以内のもの　51,200点 2　2センチメートルを超えるもの　66,200点	（新設）
（胃、十二指腸）		
	（胃、十二指腸）	
【点数の見直し】	**K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）**　6,570点	**K664 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）**　6,070点
（胆嚢、胆道）		
	（胆嚢、胆道）	
【新設】	**K682-5 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術**　13,820点	（新設）
（肝）		
	（肝）	
【新設】	**K697-8 肝悪性腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）** 1　2センチメートル以内のもの　51,200点 2　2センチメートルを超えるもの　66,200点	（新設）
（膵）		
	（膵）	
【項目の見直し】	**K702-2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術** 1　膵尾部切除術の場合 イ　脾同時切除の場合　53,480点 ロ　脾温存の場合　56,240点 2　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合　71,690点	（新設） 1　脾同時切除の場合　53,480点 2　脾温存の場合　56,240点 （新設）
（直腸）		
	（直腸） **K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術** 1　切除術　75,460点 2　低位前方切除術　83,930点 3　超低位前方切除術　91,470点 4　経肛門吻合を伴う切除術　100,470点 5　切断術　83,930点 注1　1から3までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【注の見直し】	注２　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに対して行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	注２　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。
【新設】	**K740-3 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）** 1　切除術　78,960点 2　低位前方切除術　87,430点 3　超低位前方切除術　94,970点 4　経肛門吻合を伴う切除術　103,970点 5　切断術　87,430点 注１　１から３までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。 注２　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに対して行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	**K740-3 削除** （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
【点数の見直し】	**K741-2 直腸瘤手術**　7,944点	**K741-2 直腸瘤手術**　6,620点
第10款　尿路系・副腎		
	第10款　尿路系・副腎 区分	
（腎、腎盂）		
	（腎、腎盂）	
【項目の見直し】	**K773-4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）** 1　２センチメートル以内のもの　51,200点 2　２センチメートルを超えるもの　66,200点	**K773-4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）**　52,800点 （新設） （新設）
（尿管）		
	（尿管）	
【点数の見直し】	**K783-2 経尿道的尿管ステント留置術**　4,080点	**K783-2 経尿道的尿管ステント留置術**　3,400点
（膀胱）		
	（膀胱）	
	K798 膀胱結石、異物摘出術 1　経尿道的手術　8,320点	
【点数の見直し】	2　膀胱高位切開術　3,780点 3　レーザーによるもの　11,980点	2　膀胱高位切開術　3,150点
	K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　86,110点	
【点数の見直し】	2　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　129,569点 3　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　120,590点	2　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　117,790点
	K803-3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 1　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　74,880点	
【点数の見直し】	2　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　127,369点 3　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　118,590点	2　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　115,790点
第11款　性器		
	第11款　性器 区分	
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）		
	（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）	
【点数の見直し】	**K830 精巣摘出術**　3,816点	**K830 精巣摘出術**　3,180点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【点数の見直し】	**K834 精索静脈瘤手術** 4,092点	**K834 精索静脈瘤手術** 3,410点
	K835 陰嚢水腫手術	
	1　鼠径部切開によるもの 3,980点	
【点数の見直し】	2　その他 3,156点	2　その他 2,630点
【新設】	**K835-2 陰嚢形成術（二分陰嚢及び陰茎前位陰嚢に限る。）** 10,500点	（新設）
【名称の見直し】	**K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術、腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術** 20,500点	**K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術** 20,500点
（子宮）		
	（子宮）	
	K862 削除	**K862 クレニッヒ手術** 7,710点
【項目の見直し】	**K864 子宮位置矯正術**	
	（削る）	1　アレキサンダー手術 4,040点
	1　開腹による位置矯正術 8,140点	2　開腹による位置矯正術 8,140点
	2　癒着剥離矯正術 16,420点	3　癒着剥離矯正術 16,420点
	K879 子宮悪性腫瘍手術 69,440点	
【注の追加】	注1　インドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	（新設）
	注2　放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算2として、3,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 70,200点	
【注の追加】	注1　インドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	（新設）
	注2　放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算2として、3,000点を所定点数に加算する。	（新設）
（産科手術）		
	（産科手術）	
	K905 子宮内反症整復手術（腟式、腹式）	
【点数の見直し】	1　非観血的 468点	1　非観血的 390点
	2　観血的 15,490点	
【新設】	**K906-2 子宮頸管縫縮術（開腹）** 12,000点	（新設）
【新設】	**K906-3 腹腔鏡下子宮頸管縫縮術** 15,000点	（新設）
第13款　手術等管理料		
	第13款　手術等管理料	
	区分	
	K914 脳死臓器提供管理料 40,000点	
	注1　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。	注　（略）
【注の追加】	注2　臓器提供に関する専門の知識を有する者が臓器提供に係る説明等を行った場合は、脳死臓器提供体制向上加算として、5,000点を所定点数に加算する。	（新設）
	注3　臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する判定（以下「法的脳死判定」という。）に当たって、次に掲げる画像診断を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。	（新設）
	イ　動脈造影カテーテル法 1,920点	
	ロ　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 800点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ハ　コンピューター断層撮影（造影剤を使用した場合）　720点 注４　臓器提供者に法的脳死判定日以後も継続して次に掲げる手術を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。 イ　大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　2,420点 ロ　人工心肺　1,720点 ハ　体外式膜型人工肺　1,720点 ニ　経皮的心肺補助法　1,790点 ホ　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）　2,110点 ヘ　補助人工心臓　2,860点 ト　小児補助人工心臓　4,960点 チ　植込型補助人工心臓　2,860点	（新設）
第２節　輸血料		
	第２節　輸血料 区分 **Ｋ920 輸血** １　自家採血輸血（200ｍＬごとに） イ　１回目　750点 ロ　２回目以降　650点 ２　保存血液輸血（200ｍＬごとに） イ　１回目　450点 ロ　２回目以降　350点 ３　自己血貯血	
【点数の見直し】	イ　６歳以上の患者の場合（200ｍＬごとに） (1)　液状保存の場合　300点 (2)　凍結保存の場合　600点	(1)　液状保存の場合　250点 (2)　凍結保存の場合　500点
【点数の見直し】	ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４ｍＬごとに） (1)　液状保存の場合　300点 (2)　凍結保存の場合　600点	(1)　液状保存の場合　250点 (2)　凍結保存の場合　500点
	４　自己血輸血 イ　６歳以上の患者の場合（200ｍＬごとに） (1)　液状保存の場合　750点 (2)　凍結保存の場合　1,500点 ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４ｍＬごとに） (1)　液状保存の場合　750点 (2)　凍結保存の場合　1,500点 ５　希釈式自己血輸血 イ　６歳以上の患者の場合（200ｍＬごとに）　1,000点 ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４ｍＬごとに）　1,000点 ６　交換輸血（１回につき）　5,250点 注１　輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。 注２　自家採血、保存血又は自己血の輸血量には､抗凝固液の量は含まれないものとする。 注３　骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号Ｄ404に掲げる骨髄穿刺又は区分番号Ｋ606に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。 注４　輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。 注５　輸血に伴って行った患者の血液型検査（ＡＢＯ式及びRh式）の費用として54点を所定点数に加算する。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注６　不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず１月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、１週間に１回に限り、197点を所定点数に加算する。 注７　ＨＬＡ型適合血小板輸血に伴って行ったＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）又はクラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。 注８　輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、１回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。	
【点数の見直し】	注９　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を所定点数に加算する。	注９　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。
	注10　輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。 注11　輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。 注12　血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、580点を所定点数に加算する。	
【注の追加】	注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算として、当該行為を実施した日に限り、400点を所定点数に加算する。	（新設）
【点数の見直し】	**Ｋ920-2 輸血管理料** １　輸血管理料Ⅰ　242点 ２　輸血管理料Ⅱ　121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、輸血を行った場合に、月１回に限り、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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、１においては120点、２においては60点を加算する。 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。	１　輸血管理料Ⅰ　220点 ２　輸血管理料Ⅱ　110点
	Ｋ922 造血幹細胞移植 １　骨髄移植 イ　同種移植の場合　66,450点 ロ　自家移植の場合　25,850点 ２　末梢血幹細胞移植 イ　同種移植の場合　66,450点 ロ　自家移植の場合　30,850点 ３　臍帯血移植　66,450点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	注１　同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 注２　造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。	
【点数の見直し】	注３　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。	注３　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。
	注４　造血幹細胞移植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。 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。	
【注の見直し】	注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血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。ただし、組織適合性試験に当たってＮＧＳ－ＳＢＴ法を用いた場合においては、ＮＧＳ－ＳＢＴ法実施加算として、2,000点を所定点数に加算する。	注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血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７　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８　１のイ及び２のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。 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	
【点数の見直し】	注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。 注２　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。	注１　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。
第３節　手術医療機器等加算		
	第３節　手術医療機器等加算 区分 **Ｋ936　自動縫合器加算**　2,500点	
【注の見直し】	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Ｋ529-5まで、Ｋ531からＫ532-2まで、Ｋ594の３及び４（ハを除く。）、Ｋ645、Ｋ645-2、Ｋ654-3、Ｋ655、Ｋ655-2、Ｋ655-4、Ｋ655-5、Ｋ656-2、Ｋ657、Ｋ657-2、Ｋ662、Ｋ662-2、Ｋ674、Ｋ674-2、Ｋ675の２からＫ675の５まで、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Ｋ700-4まで、Ｋ702からＫ703-2まで、Ｋ704、Ｋ705の２、Ｋ706、Ｋ709-2からＫ709-5まで、Ｋ711-2、Ｋ716からＫ716-6まで、Ｋ719からＫ719-3まで、Ｋ719-5、Ｋ732の２、Ｋ735、Ｋ735-3、Ｋ735-5、Ｋ	注１　区分番号Ｋ488-4、Ｋ511、Ｋ513、Ｋ514からＫ514-6まで、Ｋ517、Ｋ522-3、Ｋ524-2、Ｋ524-3、Ｋ525、Ｋ529からＫ529-3まで、Ｋ529-5、Ｋ531からＫ532-2まで、Ｋ594の３及び４（ハを除く。）、Ｋ645、Ｋ645-2、Ｋ654-3、Ｋ655、Ｋ655-2、Ｋ655-4、Ｋ655-5、Ｋ656-2、Ｋ657、Ｋ657-2、Ｋ662、Ｋ662-2、Ｋ674、Ｋ674-2、Ｋ675の２からＫ675の５まで、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Ｋ700-4まで、Ｋ702からＫ703-2まで、Ｋ704、Ｋ705の２、Ｋ706、Ｋ709-2からＫ709-5まで、Ｋ711-2、Ｋ716からＫ716-6まで、Ｋ719からＫ719-3まで、Ｋ719-5、Ｋ732の２、Ｋ735、Ｋ735-3、Ｋ

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	739、K739-3、K740からK740-3まで、K779-3、K803からK803-3まで並びに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。	735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K779-3、K803からK803-3まで並びにK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
	注2　区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560、K594の3及びK594の4のロに掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。	
	K936-2 自動吻合器加算　5,500点	
【注の見直し】	注　区分番号K522-3、K525、K529からK529-5まで、K531からK532-2まで、K645、K645-2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K732の2のイ、K732-2、K739、K740からK740-3まで、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。	注　区分番号K522-3、K525、K529からK529-3まで、K529-5、K531からK532-2まで、K645、K645-2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K732の2のイ、K732-2、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。
	K939 画像等手術支援加算	
	1　ナビゲーションによるもの　2,000点	
【注の見直し】	注　区分番号K055-2、K055-3、K080の1から3まで、K081の1及び2、K082の1から3まで、K082-3の1から3まで、K131-2、K134-2、K136、K140からK141-2まで、K142（21から24までを除く。）、K142-2の1及び2のイ、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、K343-2の2、K350からK365まで、K511の2、K513の2からK513の4まで、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2、K697-4並びにK773-5の1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。	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。）、K142-2の1及び2のイ、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、K343-2の2、K350からK365まで、K511の2、K513の2からK513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。
【項目の見直し】	2　実物大臓器立体モデルによるもの イ　複雑先天性心疾患の患者に行う場合　18,000点 ロ　イ以外の場合　2,000点	2　実物大臓器立体モデルによるもの　2,000点 （新設） （新設）
【注の追加】	注1　イについては、区分番号K558、K567の3、K576の1、K576の2、K579-2の2、K580の2、K582の3、K583の1、K583の3、K584の2、K585及びK587に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	（新設）
【注の見直し】	注2　ロについては、区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の21から24まで、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434、K436からK444-2まで及びK519に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。	注　区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444-2までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
	3　患者適合型手術支援ガイドによるもの　2,000点 注　区分番号K082、K082-3、K437からK439まで及びK444に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。	
【新設】	**K939-4 内視鏡手術用支援機器加算**　15,000点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	**K939-4 削除** （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、K555-3、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K674-2、K695-2、K702-2の1、K703-2、K719-3、K740-3、K755-2、K773-5、K773-6、K778-2、K803-2、K865-2並びにK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術に当たって、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。	
	K939-8 超音波切削機器加算　1,000点	
【注の見直し】	注　区分番号K439及びK442からK444-2まで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。	注　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。

第２章　特掲診療料　第11部　麻　酔

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則	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。 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。 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。 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。 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。 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。	
第１節　麻酔料		
Ｌ000 削除	**Ｌ000 削除**	**Ｌ000 迷もう麻酔**　31点
Ｌ001 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静 【名称の見直し】	**Ｌ001 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静**	**Ｌ001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔**　120点
【項目の見直し】	1　10分未満のもの　120点 2　10分以上20分未満のもの　310点	（新設） （新設）
【項目の削除】	（削る）	**Ｌ001-2 静脈麻酔** 1　短時間のもの　120点 2　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）　600点

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		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 注1　3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。 注2　3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。
	L002 硬膜外麻酔 1　頸・胸部　1,500点 2　腰部　800点 3　仙骨部　340点 注　実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。 **L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。）**80点 注　精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。 **L004 脊椎麻酔**　850点 注　実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。 **L005 上・下肢伝達麻酔**　170点 **L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）** 150点	
L007 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの） **【新設】**	**L007 吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）** 1　麻酔に従事する医師が専従で実施する場合　2,600点 2　麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合　1,700点 3　麻酔を専従で実施する場合　900点 4　1から3まで以外の場合　600点 注1　1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、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。以下この節において同じ。）が行った場合に算定する。 注2　2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師の指導下で行った場合に算定する。 注3　1及び2について、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780点、510点を所定点数に加算する。 注4　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	**L007 開放点滴式全身麻酔**　310点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	る。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
	注５　３歳以上６歳未満の幼児に対して吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静を行った場合は、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。	（新設）
	注６　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）と同一日に行った区分番号Ｄ220に掲げる呼吸心拍監視、区分番号Ｄ223に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定、区分番号Ｄ224に掲げる終末呼気炭酸ガス濃度測定及び区分番号Ｄ228に掲げる深部体温計による深部体温測定の費用は、所定点数に含まれるものとする。	（新設）
Ｌ008 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔 【名称の見直し】	**Ｌ008 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔**	**Ｌ008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔**
	１　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号Ｋ552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合	
	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　24,900点	
	ロ　イ以外の場合　18,200点	
	２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）	
	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,720点	
	ロ　イ以外の場合　12,190点	
	３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。）	
	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,610点	
	ロ　イ以外の場合　9,170点	
【点数の見直し】	４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）	
	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,015点	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130点
	ロ　イ以外の場合　6,500点	ロ　イ以外の場合　6,610点
	５　その他の場合	
	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　8,300点	
	ロ　イ以外の場合　6,000点	
	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。	
【点数の見直し】	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。	
	イ　１に掲げる項目に係る手術等により実	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	施時間が２時間を超えた場合　1,800点 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 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 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　650点 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 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。 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。 イ　頸・胸部　750点 ロ　腰部　400点 ハ　仙骨部　170点 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。	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
【注の見直し】	注６　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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。 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。 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。 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 ロ　イ以外の場合　45点 注10　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号Ｋ672-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びＫ718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非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。 注11　区分番号Ｋ561に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。）、Ｋ609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）、Ｋ609-2に掲げる経皮的頸動脈ステント留置	注６　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ220に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	術又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
	Ｌ008-2 体温維持療法（１日につき） 12,200点 注１　体温維持療法を開始してから３日間を限度として算定する。 注２　心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
Ｌ008-3 体温調節療法（一連につき）		
【名称の見直し】	**Ｌ008-3 体温調節療法（一連につき）**	**Ｌ008-3 経皮的体温調節療法（一連につき）** 5,000点
【項目の見直し】	１　中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いる場合　5,000点	（新設）
	２　ウォーターパッド特定加温装置を用いる場合　11,000点	（新設）
【注の追加】	注１　１については、急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。	（新設）
	注２　１については、注１に規定する場合のほか、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、重症熱中症又は偶発性低体温症の患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。	（新設）
	注３　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症熱中症又は偶発性低体温症の患者に対して、ウォーターパッド特定加温装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。	（新設）
Ｌ009 麻酔管理料（Ⅰ）		
	Ｌ009 麻酔管理料（Ⅰ） １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　250点	
【項目の見直し】	２　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　1,050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　1,050点
【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師が行った場合に算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。
	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。	
	注３　区分番号Ｌ010に掲げる麻酔管理料（Ⅱ）を算定している場合は算定できない。	
【注の見直し】	注４　区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の１、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の２、K177、K314の２、K379-2の２、K394の２、K395、K403の２、K415の２、K514の　9、K514-4、K519、K529の　1、K529-2の　1、K529-2の　2、K552、K553の３、K553-2の２、K553-2の３、K555の３、K558、K560の１のイからK560の１のハまで、K560の２、K560の３のイから	注４　区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の１、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の２、K177、K314の２、K379-2の２、K394の２、K395、K403の２、K415の２、K514の　9、K514-4、K519、K529の　1、K529-2の　1、K529-2の　2、K552、K553の３、K553-2の２、K553-2の３、K555の３、K558、K560の１のイからK560の１のハまで、K560の２、K560の３のイから

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	K560の３のニまで、K560の４、K560の５、K560-2の２のニ、K567の３、K579-2の２、K580の２、K581の３、K582の２、K582の　３、K583、K584の　２、K585、K586の　２、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K645-2、K675の４、K675の５、K677-2の１、K695の４から７まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の１、K803の２、K803の４及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。 注５　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。	K560の３のニまで、K560の４、K560の５、K560-2の２のニ、K567の３、K579-2の２、K580の２、K581の３、K582の２、K582の　３、K583、K584の　２、K585、K586の　２、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の　１、K645、K645-2、K675の　４、K675の　５、K677-2の　１、K695の４から７まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の　１、K803の　２、K803の４及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８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。
Ｌ010 麻酔管理料（Ⅱ） 【項目の見直し】	**Ｌ010 麻酔管理料（Ⅱ）** １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　150点 ２　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　450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った場合に算定する。 注２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。	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
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）** 【項目の見直し】	**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、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、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒	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

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、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、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）** 1　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック　3,000点 2　胸・腰交感神経節ブロック、頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、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、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　800点 4　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　340点 注　上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号Ｌ102に掲げる神経幹内注射で算定する。 **Ｌ102 神経幹内注射**　25点 **Ｌ103 カテラン硬膜外注射**　140点 **Ｌ104 トリガーポイント注射**　70点 **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 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。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
第３節　薬剤料	**Ｌ200 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。	
第４節　特定保険医療材料料	**Ｌ300 特定保険医療材料** 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

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	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。 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。 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。	
第１節　放射線治療管理・実施料	**M000 放射線治療管理料（分布図の作成１回につき）** 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 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 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 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 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。 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。 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	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	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。 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。	
M000-2 放射性同位元素内用療法管理料	**M000-2 放射性同位元素内用療法管理料** １　甲状腺癌に対するもの　1,390点 ２　甲状腺機能亢進症に対するもの　1,390点 ３　固形癌骨転移による疼痛に対するもの　1,700点 ４　Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの　3,000点	
【項目の見直し】	５　去勢抵抗性前立腺癌に対するもの	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
	イ　骨転移のあるもの　2,630点	（新設）
	ロ　ＰＳＭＡ陽性であって遠隔転移を有するもの　3,000点	（新設）
	６　神経内分泌腫瘍に対するもの　2,660点 ７　褐色細胞腫に対するもの　1,820点	
【項目の見直し】	８　神経芽腫に対するもの　3,800点	（新設）
	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。 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。 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。	
【注の見直し】	注４　５のイについては、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。	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。
【注の追加】	注５　５のロについては、ＰＳＭＡ陽性の遠隔転移を有す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。	（新設）
	注６　６については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。	注５　（略）
	注７　７については、ＭＩＢＧ集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投	注６　（略）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	与した日に限り算定する。	
【注の追加】	注８　８については、神経芽腫の患者に対して、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。	（新設）
M001 体外照射		
	M001 体外照射	
	１　エックス線表在治療	
	イ　１回目　110点	
	ロ　２回目　33点	
【項目の見直し】	２　高エネルギー放射線治療	２ 高エネルギー放射線治療
	イ　乳癌に対する全乳房照射の場合（一連につき）　41,500点	イ　１回目
	（削る）	⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点
	（削る）	⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点
	（削る）	⑶　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
	ロ　その他の場合	ロ　２回目
	⑴　１門照射を行った場合（１回目）　840点	⑴　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点
	⑵　１門照射を行った場合（２回目）　336点	⑵　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点
	⑶　２門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（１回目）　1,750点	⑶　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
	⑷　２門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（２回目）　700点	（新設）
【注の削除】	（削る）	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
【注の削除】	（削る）	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、１回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。
【項目の見直し】	３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点
	イ　前立腺癌に対する前立腺照射の場合（一連につき）　96,500点	（新設）
	ロ　その他の場合　3,000点	（新設）
【注の削除】	（削る）	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。
【注の削除】	（削る）	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、１回の線量が３Gy以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注１　２のイ及び３のイを除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、１回につき算定する。	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。
【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60に相当する点数により算定する。	（新設）
【注の追加】	注３　乳癌の患者に対し、全乳房照射を行う場	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	合には２のイにより一連として算定する。なお、寡分割照射として１回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限り算定できる。	
【注の追加】	注４　２のイについて、治療を取りやめた等の場合においては、７回目までは10,500点、８回目以上は14,000点を一連として所定点数に代えて算定する。	（新設）
【注の追加】	注５　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。	（新設）
【注の追加】	注６　前立腺癌の患者に対し、前立腺照射を行う場合には３のイにより一連として算定する。なお、寡分割照射として１回の線量が３Gy以上の前立腺照射を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限り算定できる。	（新設）
【注の追加】	注７　３のイについて、治療を取りやめた等の場合においては、９回目までは24,000点、10回目以上は42,000点を一連として所定点数に代えて算定する。	（新設）
	注８　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。	注２　（略）
	注９　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。	注３　（略）
【注の見直し】	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、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のロの⑶若しくは⑷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。ただし、イについては、２のイに係るものは、一連につき１回に限り、当該加算の点数に代えて2,400点を所定点数に加算し、ハについては、３のイに係るものは、一連につき１回に限り、当該加算の点数に代えて9,000点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	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⑶若しくはロの⑶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。
【注の見直し】	注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。ただし、２のイに係るものは、一連につき１回に限り、当該加算の点数に代えて2,400点を所定点数に加算する。	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。
	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療　50,000点	
	M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき） １　定位放射線治療の場合　63,000点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	2　1以外の場合　　8,000点 注1　定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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。 イ　動体追尾法　　10,000点 ロ　その他　　5,000点	
M001-4 粒子線治療（一連につき）	**M001-4 粒子線治療（一連につき）** 1　希少な疾病に対して実施した場合 イ　重粒子線治療の場合　　187,500点 ロ　陽子線治療の場合　　187,500点 2　1以外の特定の疾病に対して実施した場合 イ　重粒子線治療の場合　　110,000点 ロ　陽子線治療の場合　　110,000点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。 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。 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。	
【注の追加】	注4　15歳未満の小児に対して粒子線治療を行った場合は、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7,000点を加算する。	（新設）
	M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき） 187,500点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。 注2　ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。 注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。 注４　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。 **M002 全身照射（一連につき）**　30,000点 注　造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。 **M003 電磁波温熱療法（一連につき）** １　深在性悪性腫瘍に対するもの　9,000点 ２　浅在性悪性腫瘍に対するもの　6,000点 **M004 密封小線源治療（一連につき）** １　外部照射　80点 ２　腔内照射 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 ロ　その他の場合　5,000点 ３　組織内照射 イ　前立腺癌に対する永久挿入療法　48,600点 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 ハ　その他の場合　19,000点 ４　放射性粒子照射（本数に関係なく）　8,000点 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。 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。 注３　使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。 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。 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。 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。 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。 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。 **M005 血液照射**　110点	

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

第２章　特掲診療料　第13部　病理診断

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則	1　病理診断の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節及び第２節並びに第３部第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2　病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第３部第５節の所定点数を合算した点数により算定する。 3　病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前２号により算定した点数及び第３部第６節の所定点数を合算した点数により算定する。 4　第１節又は第２節に掲げられていない病理診断であって特殊なものの費用は、第１節又は第２節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。 5　対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。 6　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第２条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第３部検査の通則第６号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号Ｎ006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。 7　保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号Ｎ003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号Ｎ003-2に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。	
第１節　病理標本作製料	**通則** 1　病理標本作製に当たって、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定する。 2　リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数える。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
N000 病理組織標本作製		
	N000 病理組織標本作製	
	1　組織切片によるもの（1臓器につき）　860点	
	2　セルブロック法によるもの（1部位につき）　860点	
【注の追加】	注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、1臓器又は1部位ごとにそれぞれ50点を所定点数に加算する。	（新設）
	N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき）　2,000点	
N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製		
	N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	
	1　エストロジェンレセプター　720点	
	2　プロジェステロンレセプター　690点	
	3　ＨＥＲ２タンパク　690点	
	4　ＥＧＦＲタンパク　690点	
	5　ＣＣＲ４タンパク　10,000点	
	6　ＡＬＫ融合タンパク　2,700点	
	7　ＣＤ30　400点	
【項目の見直し】	8　ｐ16タンパク　720点	（新設）
	9　その他（1臓器につき）　400点	8　（略）
	注1　1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。	
【注の見直し】	注2　9について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。	注2　8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。
	N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）　1,990点	
	N003-2 迅速細胞診	
	1　手術中の場合（1手術につき）　450点	
	2　検査中の場合（1検査につき）　450点	
N004 細胞診（1部位につき）		
	N004 細胞診（1部位につき）	
	1　婦人科材料等によるもの　150点	
	2　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　190点	
	注1　1について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、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、45点を所定点数に加算する。	
	注2　2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、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。	
【注の追加】	注3　2について、特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、1部位ごとにそれぞれ50点を所定点数に加算する。	（新設）
	N005 ＨＥＲ２遺伝子標本作製	
	1　単独の場合　2,700点	
	2　区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作製を併せて行った場合　3,050点	
	N005-2 ＡＬＫ融合遺伝子標本作製　6,520点	
	N005-3 ＰＤ-Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点	
N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作		

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
製		
	N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点	
【注の削除】	（削る）	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、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
	N005-5 ＢＲＡＦ　Ｖ600Ｅ変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　1,600点	
【新設】	**N005-6 ＣＬＤＮ18タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点**	（新設）
【新設】	**N005-7 ＦＧＦＲ２融合遺伝子標本作製　7,824点**	（新設）
第２節　病理診断・判断料		
Ｎ006 病理診断料		
	Ｎ006 病理診断料 １　組織診断料　520点 ２　細胞診断料　200点 注１　１については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ000に掲げる病理組織標本作製、区分番号Ｎ001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号Ｎ002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号Ｎ003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号Ｎ000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号Ｎ000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。 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。 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。	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
【点数の見直し】	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。 イ　病理診断管理加算１ (1)　組織診断を行った場合　138点 (2)　細胞診断を行った場合　69点 ロ　病理診断管理加算２ (1)　組織診断を行った場合　368点 (2)　細胞診断を行った場合　184点 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。	イ 病理診断管理加算１ (1)　組織診断を行った場合　120点 (2)　細胞診断を行った場合　60点 ロ 病理診断管理加算２ (1)　組織診断を行った場合　320点 (2)　細胞診断を行った場合　160点
【注の追加】	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、注４に規定する病理診断管理加算１又は病理診断管理加算２を算定した場合は、国際標準病理診断管理加算として、10点を所定点数に加算する。 **Ｎ007 病理判断料**　130点 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。 注２　区分番号Ｎ006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。	（新設）

第２章　特掲診療料　第14部　その他

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
通則		
【通則の見直し】	1　処遇の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。	1　処遇の費用は、第１節若しくは第２節の各区分の所定点数のみにより、又は第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
【通則の見直し】	2　処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第１節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）及び歯科点数表第２章第15部第１節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料等を算定する。	2　処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第２節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。
【通則の追加】	3　物価対応の費用は、第２節の各区分の所定点数により算定する。	（新設）
【通則の追加】	4　物価対応に係る費用について、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第２節（入院物価対応料を除く。）及び歯科点数表第２章第15部第２節（歯科入院物価対応料を除く。）の各区分に掲げる物価対応料を算定する。	（新設）
第１節　ベースアップ評価料等		
【名称の見直し】	**第１節　ベースアップ評価料等**	**第１節　看護職員処遇改善評価料**
	O000 看護職員処遇改善評価料（１日につき）	
	1　看護職員処遇改善評価料１　１点	
	2　看護職員処遇改善評価料２　２点	
	3　看護職員処遇改善評価料３　３点	
	4　看護職員処遇改善評価料４　４点	
	5　看護職員処遇改善評価料５　５点	
	6　看護職員処遇改善評価料６　６点	
	7　看護職員処遇改善評価料７　７点	
	8　看護職員処遇改善評価料８　８点	
	9　看護職員処遇改善評価料９　９点	
	10　看護職員処遇改善評価料10　10点	
	11　看護職員処遇改善評価料11　11点	
	12　看護職員処遇改善評価料12　12点	
	13　看護職員処遇改善評価料13　13点	
	14　看護職員処遇改善評価料14　14点	
	15　看護職員処遇改善評価料15　15点	
	16　看護職員処遇改善評価料16　16点	
	17　看護職員処遇改善評価料17　17点	
	18　看護職員処遇改善評価料18　18点	
	19　看護職員処遇改善評価料19　19点	
	20　看護職員処遇改善評価料20　20点	
	21　看護職員処遇改善評価料21　21点	
	22　看護職員処遇改善評価料22　22点	
	23　看護職員処遇改善評価料23　23点	
	24　看護職員処遇改善評価料24　24点	
	25　看護職員処遇改善評価料25　25点	
	26　看護職員処遇改善評価料26　26点	
	27　看護職員処遇改善評価料27　27点	
	28　看護職員処遇改善評価料28　28点	
	29　看護職員処遇改善評価料29　29点	
	30　看護職員処遇改善評価料30　30点	
	31　看護職員処遇改善評価料31　31点	

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
	32　看護職員処遇改善評価料32	32点	
	33　看護職員処遇改善評価料33	33点	
	34　看護職員処遇改善評価料34	34点	
	35　看護職員処遇改善評価料35	35点	
	36　看護職員処遇改善評価料36	36点	
	37　看護職員処遇改善評価料37	37点	
	38　看護職員処遇改善評価料38	38点	
	39　看護職員処遇改善評価料39	39点	
	40　看護職員処遇改善評価料40	40点	
	41　看護職員処遇改善評価料41	41点	
	42　看護職員処遇改善評価料42	42点	
	43　看護職員処遇改善評価料43	43点	
	44　看護職員処遇改善評価料44	44点	
	45　看護職員処遇改善評価料45	45点	
	46　看護職員処遇改善評価料46	46点	
	47　看護職員処遇改善評価料47	47点	
	48　看護職員処遇改善評価料48	48点	
	49　看護職員処遇改善評価料49	49点	
	50　看護職員処遇改善評価料50	50点	
	51　看護職員処遇改善評価料51	51点	
	52　看護職員処遇改善評価料52	52点	
	53　看護職員処遇改善評価料53	53点	
	54　看護職員処遇改善評価料54	54点	
	55　看護職員処遇改善評価料55	55点	
	56　看護職員処遇改善評価料56	56点	
	57　看護職員処遇改善評価料57	57点	
	58　看護職員処遇改善評価料58	58点	
	59　看護職員処遇改善評価料59	59点	
	60　看護職員処遇改善評価料60	60点	
	61　看護職員処遇改善評価料61	61点	
	62　看護職員処遇改善評価料62	62点	
	63　看護職員処遇改善評価料63	63点	
	64　看護職員処遇改善評価料64	64点	
	65　看護職員処遇改善評価料65	65点	
	66　看護職員処遇改善評価料66	66点	
	67　看護職員処遇改善評価料67	67点	
	68　看護職員処遇改善評価料68	68点	
	69　看護職員処遇改善評価料69	69点	
	70　看護職員処遇改善評価料70	70点	
	71　看護職員処遇改善評価料71	71点	
	72　看護職員処遇改善評価料72	72点	
	73　看護職員処遇改善評価料73	73点	
	74　看護職員処遇改善評価料74	74点	
	75　看護職員処遇改善評価料75	75点	
	76　看護職員処遇改善評価料76	76点	
	77　看護職員処遇改善評価料77	77点	
	78　看護職員処遇改善評価料78	78点	
	79　看護職員処遇改善評価料79	79点	
	80　看護職員処遇改善評価料80	80点	
	81　看護職員処遇改善評価料81	81点	
	82　看護職員処遇改善評価料82	82点	
	83　看護職員処遇改善評価料83	83点	
	84　看護職員処遇改善評価料84	84点	
	85　看護職員処遇改善評価料85	85点	
	86　看護職員処遇改善評価料86	86点	
	87　看護職員処遇改善評価料87	87点	
	88　看護職員処遇改善評価料88	88点	
	89　看護職員処遇改善評価料89	89点	
	90　看護職員処遇改善評価料90	90点	
	91　看護職員処遇改善評価料91	91点	
	92　看護職員処遇改善評価料92	92点	
	93　看護職員処遇改善評価料93	93点	
	94　看護職員処遇改善評価料94	94点	
	95　看護職員処遇改善評価料95	95点	
	96　看護職員処遇改善評価料96	96点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	97　看護職員処遇改善評価料97　97点	
	98　看護職員処遇改善評価料98　98点	
	99　看護職員処遇改善評価料99　99点	
	100　看護職員処遇改善評価料100　100点	
	101　看護職員処遇改善評価料101　101点	
	102　看護職員処遇改善評価料102　102点	
	103　看護職員処遇改善評価料103　103点	
	104　看護職員処遇改善評価料104　104点	
	105　看護職員処遇改善評価料105　105点	
	106　看護職員処遇改善評価料106　106点	
	107　看護職員処遇改善評価料107　107点	
	108　看護職員処遇改善評価料108　108点	
	109　看護職員処遇改善評価料109　109点	
	110　看護職員処遇改善評価料110　110点	
	111　看護職員処遇改善評価料111　111点	
	112　看護職員処遇改善評価料112　112点	
	113　看護職員処遇改善評価料113　113点	
	114　看護職員処遇改善評価料114　114点	
	115　看護職員処遇改善評価料115　115点	
	116　看護職員処遇改善評価料116　116点	
	117　看護職員処遇改善評価料117　117点	
	118　看護職員処遇改善評価料118　118点	
	119　看護職員処遇改善評価料119　119点	
	120　看護職員処遇改善評価料120　120点	
	121　看護職員処遇改善評価料121　121点	
	122　看護職員処遇改善評価料122　122点	
	123　看護職員処遇改善評価料123　123点	
	124　看護職員処遇改善評価料124　124点	
	125　看護職員処遇改善評価料125　125点	
	126　看護職員処遇改善評価料126　126点	
	127　看護職員処遇改善評価料127　127点	
	128　看護職員処遇改善評価料128　128点	
	129　看護職員処遇改善評価料129　129点	
	130　看護職員処遇改善評価料130　130点	
	131　看護職員処遇改善評価料131　131点	
	132　看護職員処遇改善評価料132　132点	
	133　看護職員処遇改善評価料133　133点	
	134　看護職員処遇改善評価料134　134点	
	135　看護職員処遇改善評価料135　135点	
	136　看護職員処遇改善評価料136　136点	
	137　看護職員処遇改善評価料137　137点	
	138　看護職員処遇改善評価料138　138点	
	139　看護職員処遇改善評価料139　139点	
	140　看護職員処遇改善評価料140　140点	
	141　看護職員処遇改善評価料141　141点	
	142　看護職員処遇改善評価料142　142点	
	143　看護職員処遇改善評価料143　143点	
	144　看護職員処遇改善評価料144　144点	
	145　看護職員処遇改善評価料145　145点	
	146　看護職員処遇改善評価料146　150点	
	147　看護職員処遇改善評価料147　160点	
	148　看護職員処遇改善評価料148　170点	
	149　看護職員処遇改善評価料149　180点	
	150　看護職員処遇改善評価料150　190点	
	151　看護職員処遇改善評価料151　200点	
	152　看護職員処遇改善評価料152　210点	
	153　看護職員処遇改善評価料153　220点	
	154　看護職員処遇改善評価料154　230点	
	155　看護職員処遇改善評価料155　240点	
	156　看護職員処遇改善評価料156　250点	
	157　看護職員処遇改善評価料157　260点	
	158　看護職員処遇改善評価料158　270点	
	159　看護職員処遇改善評価料159　280点	
	160　看護職員処遇改善評価料160　290点	
	161　看護職員処遇改善評価料161　300点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	162　看護職員処遇改善評価料162　310点 163　看護職員処遇改善評価料163　320点 164　看護職員処遇改善評価料164　330点 165　看護職員処遇改善評価料165　340点 注　看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	
【節の削除】 **O001 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）**	（削る）	**第２節　ベースアップ評価料**
【区分番号の見直し】 【名称の見直し】	**O001 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）**	**O100 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）**
【点数の見直し】	１　初診時　17点 ２　再診時等　４点 ３　訪問診療時 イ　同一建物居住者等以外の場合　79点 ロ　イ以外の場合　19点	１　初診時　６点 ２　再診時等　２点 ３　訪問診療時 イ　同一建物居住者等以外の場合　28点 ロ　イ以外の場合　７点
【注の見直し】	注１　１については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。	注１　１については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
【注の見直し】	注２　２については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。	注２　２については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。
【注の見直し】	注３　３のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合 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	注３　３のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合 ハ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）	
【注の見直し】	注４　３のロについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合 ロ　区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合 ハ　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合	注４　３のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
【注の追加】	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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、１、２並びに３のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、６点、107点及び26点を算定する。	（新設）
【注の追加】	注６　１から３までに規定する点数について、令和９年６月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	算定する。	
【注の追加】	注７　注５に規定する点数について、令和９年６月以降においては、１、２並びに３のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。	（新設）
O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 【区分番号の見直し】 【名称の見直し】	**O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）**	**O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）**
	1　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1 イ　初診又は訪問診療を行った場合　8点 ロ　再診時等　1点	
	2　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2 イ　初診又は訪問診療を行った場合　16点 ロ　再診時等　2点	
	3　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3 イ　初診又は訪問診療を行った場合　24点 ロ　再診時等　3点	
	4　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4 イ　初診又は訪問診療を行った場合　32点 ロ　再診時等　4点	
	5　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5 イ　初診又は訪問診療を行った場合　40点 ロ　再診時等　5点	
	6　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6 イ　初診又は訪問診療を行った場合　48点 ロ　再診時等　6点	
	7　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7 イ　初診又は訪問診療を行った場合　56点 ロ　再診時等　7点	
	8　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8 イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点 ロ　再診時等　8点	
【項目の追加】	9　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9 イ　初診又は訪問診療を行った場合　72点 ロ　再診時等　9点	（新設）
	10　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10 イ　初診又は訪問診療を行った場合　80点 ロ　再診時等　10点	（新設）
	11　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11 イ　初診又は訪問診療を行った場合　88点 ロ　再診時等　11点	（新設）
	12　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12 イ　初診又は訪問診療を行った場合　96点 ロ　再診時等　12点	（新設）
	13　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13 イ　初診又は訪問診療を行った場合　104点 ロ　再診時等　13点	（新設）
	14　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14 イ　初診又は訪問診療を行った場合　112点 ロ　再診時等　14点	（新設）
	15　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15 イ　初診又は訪問診療を行った場合　120点 ロ　再診時等　15点	（新設）
	16　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16 イ　初診又は訪問診療を行った場合　128点 ロ　再診時等　16点	（新設）
	17　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17 イ　初診又は訪問診療を行った場合　136点 ロ　再診時等　17点	（新設）
	18　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18 イ　初診又は訪問診療を行った場合　144点 ロ　再診時等　18点	（新設）
	19　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19 イ　初診又は訪問診療を行った場合　152点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ロ　再診時等　19点	
	20　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20	（新設）
	イ　初診又は訪問診療を行った場合　160点	
	ロ　再診時等　20点	
	21　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21	（新設）
	イ　初診又は訪問診療を行った場合　168点	
	ロ　再診時等　21点	
	22　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22	（新設）
	イ　初診又は訪問診療を行った場合　176点	
	ロ　再診時等　22点	
	23　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23	（新設）
	イ　初診又は訪問診療を行った場合　184点	
	ロ　再診時等　23点	
	24　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24	（新設）
	イ　初診又は訪問診療を行った場合　192点	
	ロ　再診時等　24点	
【注の見直し】	注１　当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注１　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【注の見直し】	注２　各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	注２　１のイ、２のイ、３のイ、４のイ、５のイ、６のイ、７のイ又は８のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
【注の見直し】	注３　各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	注３　１のロ、２のロ、３のロ、４のロ、５のロ、６のロ、７のロ又は８のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
【注の追加】	注４　13から24までに規定する点数については、令和９年６月以降に算定する。	（新設）
【注の追加】	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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。 １　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１ イ　初診又は訪問診療を行った場合　16点 ロ　再診時等　２点 ２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２ イ　初診又は訪問診療を行った場合　24点 ロ　再診時等　３点 ３　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）３ イ　初診又は訪問診療を行った場合　40点 ロ　再診時等　５点 ４　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）４ イ　初診又は訪問診療を行った場合　56点 ロ　再診時等　７点 ５　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）５ イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点 ロ　再診時等　８点 ６　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）６ イ　初診又は訪問診療を行った場合　80点 ロ　再診時等　10点 ７　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）７ イ　初診又は訪問診療を行った場合　96点 ロ　再診時等　12点 ８　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８ イ　初診又は訪問診療を行った場合　104点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ロ　再診時等　13点 9　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9 イ　初診又は訪問診療を行った場合　120点 ロ　再診時等　15点 10　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10 イ　初診又は訪問診療を行った場合　136点 ロ　再診時等　17点 11　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11 イ　初診又は訪問診療を行った場合　144点 ロ　再診時等　18点 12　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12 イ　初診又は訪問診療を行った場合　160点 ロ　再診時等　20点	
【注の追加】	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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。 1　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1 イ　初診又は訪問診療を行った場合　16点 ロ　再診時等　2点 2　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2 イ　初診又は訪問診療を行った場合　24点 ロ　再診時等　3点 3　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3 イ　初診又は訪問診療を行った場合　32点 ロ　再診時等　4点 4　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4 イ　初診又は訪問診療を行った場合　48点 ロ　再診時等　6点 5　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5 イ　初診又は訪問診療を行った場合　56点 ロ　再診時等　7点 6　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6 イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点 ロ　再診時等　8点 7　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7 イ　初診又は訪問診療を行った場合　80点 ロ　再診時等　10点 8　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8 イ　初診又は訪問診療を行った場合　88点 ロ　再診時等　11点 9　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9 イ　初診又は訪問診療を行った場合　96点 ロ　再診時等　12点 10　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10 イ　初診又は訪問診療を行った場合　112点 ロ　再診時等　14点 11　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11 イ　初診又は訪問診療を行った場合　120点 ロ　再診時等　15点 12　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12 イ　初診又は訪問診療を行った場合　128点 ロ　再診時等　16点 13　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13 イ　初診又は訪問診療を行った場合　144点 ロ　再診時等　18点 14　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14 イ　初診又は訪問診療を行った場合　152点 ロ　再診時等　19点 15　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15 イ　初診又は訪問診療を行った場合　160点 ロ　再診時等　20点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	16　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16 イ　初診又は訪問診療を行った場合　176点 ロ　再診時等　22点 17　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17 イ　初診又は訪問診療を行った場合　184点 ロ　再診時等　23点 18　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18 イ　初診又は訪問診療を行った場合　192点 ロ　再診時等　24点 19　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19 イ　初診又は訪問診療を行った場合　208点 ロ　再診時等　26点 20　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20 イ　初診又は訪問診療を行った場合　216点 ロ　再診時等　27点 21　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21 イ　初診又は訪問診療を行った場合　224点 ロ　再診時等　28点 22　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22 イ　初診又は訪問診療を行った場合　240点 ロ　再診時等　30点 23　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23 イ　初診又は訪問診療を行った場合　248点 ロ　再診時等　31点 24　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24 イ　初診又は訪問診療を行った場合　256点 ロ　再診時等　32点	
O003 入院ベースアップ評価料（１日につき） 【区分番号の見直し】	**O003 入院ベースアップ評価料（１日につき）** 1　入院ベースアップ評価料１　１点 2　入院ベースアップ評価料２　２点 3　入院ベースアップ評価料３　３点 4　入院ベースアップ評価料４　４点 5　入院ベースアップ評価料５　５点 6　入院ベースアップ評価料６　６点 7　入院ベースアップ評価料７　７点 8　入院ベースアップ評価料８　８点 9　入院ベースアップ評価料９　９点 10　入院ベースアップ評価料10　10点 11　入院ベースアップ評価料11　11点 12　入院ベースアップ評価料12　12点 13　入院ベースアップ評価料13　13点 14　入院ベースアップ評価料14　14点 15　入院ベースアップ評価料15　15点 16　入院ベースアップ評価料16　16点 17　入院ベースアップ評価料17　17点 18　入院ベースアップ評価料18　18点 19　入院ベースアップ評価料19　19点 20　入院ベースアップ評価料20　20点 21　入院ベースアップ評価料21　21点 22　入院ベースアップ評価料22　22点 23　入院ベースアップ評価料23　23点 24　入院ベースアップ評価料24　24点 25　入院ベースアップ評価料25　25点 26　入院ベースアップ評価料26　26点 27　入院ベースアップ評価料27　27点 28　入院ベースアップ評価料28　28点 29　入院ベースアップ評価料29　29点 30　入院ベースアップ評価料30　30点 31　入院ベースアップ評価料31　31点 32　入院ベースアップ評価料32　32点 33　入院ベースアップ評価料33　33点 34　入院ベースアップ評価料34　34点 35　入院ベースアップ評価料35　35点	**O102 入院ベースアップ評価料（１日につき）**

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	36　入院ベースアップ評価料36　36点	
	37　入院ベースアップ評価料37　37点	
	38　入院ベースアップ評価料38　38点	
	39　入院ベースアップ評価料39　39点	
	40　入院ベースアップ評価料40　40点	
	41　入院ベースアップ評価料41　41点	
	42　入院ベースアップ評価料42　42点	
	43　入院ベースアップ評価料43　43点	
	44　入院ベースアップ評価料44　44点	
	45　入院ベースアップ評価料45　45点	
	46　入院ベースアップ評価料46　46点	
	47　入院ベースアップ評価料47　47点	
	48　入院ベースアップ評価料48　48点	
	49　入院ベースアップ評価料49　49点	
	50　入院ベースアップ評価料50　50点	
	51　入院ベースアップ評価料51　51点	
	52　入院ベースアップ評価料52　52点	
	53　入院ベースアップ評価料53　53点	
	54　入院ベースアップ評価料54　54点	
	55　入院ベースアップ評価料55　55点	
	56　入院ベースアップ評価料56　56点	
	57　入院ベースアップ評価料57　57点	
	58　入院ベースアップ評価料58　58点	
	59　入院ベースアップ評価料59　59点	
	60　入院ベースアップ評価料60　60点	
	61　入院ベースアップ評価料61　61点	
	62　入院ベースアップ評価料62　62点	
	63　入院ベースアップ評価料63　63点	
	64　入院ベースアップ評価料64　64点	
	65　入院ベースアップ評価料65　65点	
	66　入院ベースアップ評価料66　66点	
	67　入院ベースアップ評価料67　67点	
	68　入院ベースアップ評価料68　68点	
	69　入院ベースアップ評価料69　69点	
	70　入院ベースアップ評価料70　70点	
	71　入院ベースアップ評価料71　71点	
	72　入院ベースアップ評価料72　72点	
	73　入院ベースアップ評価料73　73点	
	74　入院ベースアップ評価料74　74点	
	75　入院ベースアップ評価料75　75点	
	76　入院ベースアップ評価料76　76点	
	77　入院ベースアップ評価料77　77点	
	78　入院ベースアップ評価料78　78点	
	79　入院ベースアップ評価料79　79点	
	80　入院ベースアップ評価料80　80点	
	81　入院ベースアップ評価料81　81点	
	82　入院ベースアップ評価料82　82点	
	83　入院ベースアップ評価料83　83点	
	84　入院ベースアップ評価料84　84点	
	85　入院ベースアップ評価料85　85点	
	86　入院ベースアップ評価料86　86点	
	87　入院ベースアップ評価料87　87点	
	88　入院ベースアップ評価料88　88点	
	89　入院ベースアップ評価料89　89点	
	90　入院ベースアップ評価料90　90点	
	91　入院ベースアップ評価料91　91点	
	92　入院ベースアップ評価料92　92点	
	93　入院ベースアップ評価料93　93点	
	94　入院ベースアップ評価料94　94点	
	95　入院ベースアップ評価料95　95点	
	96　入院ベースアップ評価料96　96点	
	97　入院ベースアップ評価料97　97点	
	98　入院ベースアップ評価料98　98点	
	99　入院ベースアップ評価料99　99点	
	100　入院ベースアップ評価料100　100点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	101　入院ベースアップ評価料101　101点	
	102　入院ベースアップ評価料102　102点	
	103　入院ベースアップ評価料103　103点	
	104　入院ベースアップ評価料104　104点	
	105　入院ベースアップ評価料105　105点	
	106　入院ベースアップ評価料106　106点	
	107　入院ベースアップ評価料107　107点	
	108　入院ベースアップ評価料108　108点	
	109　入院ベースアップ評価料109　109点	
	110　入院ベースアップ評価料110　110点	
	111　入院ベースアップ評価料111　111点	
	112　入院ベースアップ評価料112　112点	
	113　入院ベースアップ評価料113　113点	
	114　入院ベースアップ評価料114　114点	
	115　入院ベースアップ評価料115　115点	
	116　入院ベースアップ評価料116　116点	
	117　入院ベースアップ評価料117　117点	
	118　入院ベースアップ評価料118　118点	
	119　入院ベースアップ評価料119　119点	
	120　入院ベースアップ評価料120　120点	
	121　入院ベースアップ評価料121　121点	
	122　入院ベースアップ評価料122　122点	
	123　入院ベースアップ評価料123　123点	
	124　入院ベースアップ評価料124　124点	
	125　入院ベースアップ評価料125　125点	
	126　入院ベースアップ評価料126　126点	
	127　入院ベースアップ評価料127　127点	
	128　入院ベースアップ評価料128　128点	
	129　入院ベースアップ評価料129　129点	
	130　入院ベースアップ評価料130　130点	
	131　入院ベースアップ評価料131　131点	
	132　入院ベースアップ評価料132　132点	
	133　入院ベースアップ評価料133　133点	
	134　入院ベースアップ評価料134　134点	
	135　入院ベースアップ評価料135　135点	
	136　入院ベースアップ評価料136　136点	
	137　入院ベースアップ評価料137　137点	
	138　入院ベースアップ評価料138　138点	
	139　入院ベースアップ評価料139　139点	
	140　入院ベースアップ評価料140　140点	
	141　入院ベースアップ評価料141　141点	
	142　入院ベースアップ評価料142　142点	
	143　入院ベースアップ評価料143　143点	
	144　入院ベースアップ評価料144　144点	
	145　入院ベースアップ評価料145　145点	
	146　入院ベースアップ評価料146　146点	
	147　入院ベースアップ評価料147　147点	
	148　入院ベースアップ評価料148　148点	
	149　入院ベースアップ評価料149　149点	
	150　入院ベースアップ評価料150　150点	
	151　入院ベースアップ評価料151　151点	
	152　入院ベースアップ評価料152　152点	
	153　入院ベースアップ評価料153　153点	
	154　入院ベースアップ評価料154　154点	
	155　入院ベースアップ評価料155　155点	
	156　入院ベースアップ評価料156　156点	
	157　入院ベースアップ評価料157　157点	
	158　入院ベースアップ評価料158　158点	
	159　入院ベースアップ評価料159　159点	
	160　入院ベースアップ評価料160　160点	
	161　入院ベースアップ評価料161　161点	
	162　入院ベースアップ評価料162　162点	
	163　入院ベースアップ評価料163　163点	
	164　入院ベースアップ評価料164　164点	
	165　入院ベースアップ評価料165　165点	

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
【項目の追加】	166　入院ベースアップ評価料166	166点	（新設）
	167　入院ベースアップ評価料167	167点	（新設）
	168　入院ベースアップ評価料168	168点	（新設）
	169　入院ベースアップ評価料169	169点	（新設）
	170　入院ベースアップ評価料170	170点	（新設）
	171　入院ベースアップ評価料171	171点	（新設）
	172　入院ベースアップ評価料172	172点	（新設）
	173　入院ベースアップ評価料173	173点	（新設）
	174　入院ベースアップ評価料174	174点	（新設）
	175　入院ベースアップ評価料175	175点	（新設）
	176　入院ベースアップ評価料176	176点	（新設）
	177　入院ベースアップ評価料177	177点	（新設）
	178　入院ベースアップ評価料178	178点	（新設）
	179　入院ベースアップ評価料179	179点	（新設）
	180　入院ベースアップ評価料180	180点	（新設）
	181　入院ベースアップ評価料181	181点	（新設）
	182　入院ベースアップ評価料182	182点	（新設）
	183　入院ベースアップ評価料183	183点	（新設）
	184　入院ベースアップ評価料184	184点	（新設）
	185　入院ベースアップ評価料185	185点	（新設）
	186　入院ベースアップ評価料186	186点	（新設）
	187　入院ベースアップ評価料187	187点	（新設）
	188　入院ベースアップ評価料188	188点	（新設）
	189　入院ベースアップ評価料189	189点	（新設）
	190　入院ベースアップ評価料190	190点	（新設）
	191　入院ベースアップ評価料191	191点	（新設）
	192　入院ベースアップ評価料192	192点	（新設）
	193　入院ベースアップ評価料193	193点	（新設）
	194　入院ベースアップ評価料194	194点	（新設）
	195　入院ベースアップ評価料195	195点	（新設）
	196　入院ベースアップ評価料196	196点	（新設）
	197　入院ベースアップ評価料197	197点	（新設）
	198　入院ベースアップ評価料198	198点	（新設）
	199　入院ベースアップ評価料199	199点	（新設）
	200　入院ベースアップ評価料200	200点	（新設）
	201　入院ベースアップ評価料201	201点	（新設）
	202　入院ベースアップ評価料202	202点	（新設）
	203　入院ベースアップ評価料203	203点	（新設）
	204　入院ベースアップ評価料204	204点	（新設）
	205　入院ベースアップ評価料205	205点	（新設）
	206　入院ベースアップ評価料206	206点	（新設）
	207　入院ベースアップ評価料207	207点	（新設）
	208　入院ベースアップ評価料208	208点	（新設）
	209　入院ベースアップ評価料209	209点	（新設）
	210　入院ベースアップ評価料210	210点	（新設）
	211　入院ベースアップ評価料211	211点	（新設）
	212　入院ベースアップ評価料212	212点	（新設）
	213　入院ベースアップ評価料213	213点	（新設）
	214　入院ベースアップ評価料214	214点	（新設）
	215　入院ベースアップ評価料215	215点	（新設）
	216　入院ベースアップ評価料216	216点	（新設）
	217　入院ベースアップ評価料217	217点	（新設）
	218　入院ベースアップ評価料218	218点	（新設）
	219　入院ベースアップ評価料219	219点	（新設）
	220　入院ベースアップ評価料220	220点	（新設）
	221　入院ベースアップ評価料221	221点	（新設）
	222　入院ベースアップ評価料222	222点	（新設）
	223　入院ベースアップ評価料223	223点	（新設）
	224　入院ベースアップ評価料224	224点	（新設）
	225　入院ベースアップ評価料225	225点	（新設）
	226　入院ベースアップ評価料226	226点	（新設）
	227　入院ベースアップ評価料227	227点	（新設）
	228　入院ベースアップ評価料228	228点	（新設）
	229　入院ベースアップ評価料229	229点	（新設）
	230　入院ベースアップ評価料230	230点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
	231 入院ベースアップ評価料231	231点	（新設）
	232 入院ベースアップ評価料232	232点	（新設）
	233 入院ベースアップ評価料233	233点	（新設）
	234 入院ベースアップ評価料234	234点	（新設）
	235 入院ベースアップ評価料235	235点	（新設）
	236 入院ベースアップ評価料236	236点	（新設）
	237 入院ベースアップ評価料237	237点	（新設）
	238 入院ベースアップ評価料238	238点	（新設）
	239 入院ベースアップ評価料239	239点	（新設）
	240 入院ベースアップ評価料240	240点	（新設）
	241 入院ベースアップ評価料241	241点	（新設）
	242 入院ベースアップ評価料242	242点	（新設）
	243 入院ベースアップ評価料243	243点	（新設）
	244 入院ベースアップ評価料244	244点	（新設）
	245 入院ベースアップ評価料245	245点	（新設）
	246 入院ベースアップ評価料246	246点	（新設）
	247 入院ベースアップ評価料247	247点	（新設）
	248 入院ベースアップ評価料248	248点	（新設）
	249 入院ベースアップ評価料249	249点	（新設）
	250 入院ベースアップ評価料250	250点	（新設）
	251 入院ベースアップ評価料251	251点	（新設）
	252 入院ベースアップ評価料252	252点	（新設）
	253 入院ベースアップ評価料253	253点	（新設）
	254 入院ベースアップ評価料254	254点	（新設）
	255 入院ベースアップ評価料255	255点	（新設）
	256 入院ベースアップ評価料256	256点	（新設）
	257 入院ベースアップ評価料257	257点	（新設）
	258 入院ベースアップ評価料258	258点	（新設）
	259 入院ベースアップ評価料259	259点	（新設）
	260 入院ベースアップ評価料260	260点	（新設）
	261 入院ベースアップ評価料261	261点	（新設）
	262 入院ベースアップ評価料262	262点	（新設）
	263 入院ベースアップ評価料263	263点	（新設）
	264 入院ベースアップ評価料264	264点	（新設）
	265 入院ベースアップ評価料265	265点	（新設）
	266 入院ベースアップ評価料266	266点	（新設）
	267 入院ベースアップ評価料267	267点	（新設）
	268 入院ベースアップ評価料268	268点	（新設）
	269 入院ベースアップ評価料269	269点	（新設）
	270 入院ベースアップ評価料270	270点	（新設）
	271 入院ベースアップ評価料271	271点	（新設）
	272 入院ベースアップ評価料272	272点	（新設）
	273 入院ベースアップ評価料273	273点	（新設）
	274 入院ベースアップ評価料274	274点	（新設）
	275 入院ベースアップ評価料275	275点	（新設）
	276 入院ベースアップ評価料276	276点	（新設）
	277 入院ベースアップ評価料277	277点	（新設）
	278 入院ベースアップ評価料278	278点	（新設）
	279 入院ベースアップ評価料279	279点	（新設）
	280 入院ベースアップ評価料280	280点	（新設）
	281 入院ベースアップ評価料281	281点	（新設）
	282 入院ベースアップ評価料282	282点	（新設）
	283 入院ベースアップ評価料283	283点	（新設）
	284 入院ベースアップ評価料284	284点	（新設）
	285 入院ベースアップ評価料285	285点	（新設）
	286 入院ベースアップ評価料286	286点	（新設）
	287 入院ベースアップ評価料287	287点	（新設）
	288 入院ベースアップ評価料288	288点	（新設）
	289 入院ベースアップ評価料289	289点	（新設）
	290 入院ベースアップ評価料290	290点	（新設）
	291 入院ベースアップ評価料291	291点	（新設）
	292 入院ベースアップ評価料292	292点	（新設）
	293 入院ベースアップ評価料293	293点	（新設）
	294 入院ベースアップ評価料294	294点	（新設）
	295 入院ベースアップ評価料295	295点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
	296　入院ベースアップ評価料296	296点	（新設）
	297　入院ベースアップ評価料297	297点	（新設）
	298　入院ベースアップ評価料298	298点	（新設）
	299　入院ベースアップ評価料299	299点	（新設）
	300　入院ベースアップ評価料300	300点	（新設）
	301　入院ベースアップ評価料301	301点	（新設）
	302　入院ベースアップ評価料302	302点	（新設）
	303　入院ベースアップ評価料303	303点	（新設）
	304　入院ベースアップ評価料304	304点	（新設）
	305　入院ベースアップ評価料305	305点	（新設）
	306　入院ベースアップ評価料306	306点	（新設）
	307　入院ベースアップ評価料307	307点	（新設）
	308　入院ベースアップ評価料308	308点	（新設）
	309　入院ベースアップ評価料309	309点	（新設）
	310　入院ベースアップ評価料310	310点	（新設）
	311　入院ベースアップ評価料311	311点	（新設）
	312　入院ベースアップ評価料312	312点	（新設）
	313　入院ベースアップ評価料313	313点	（新設）
	314　入院ベースアップ評価料314	314点	（新設）
	315　入院ベースアップ評価料315	315点	（新設）
	316　入院ベースアップ評価料316	316点	（新設）
	317　入院ベースアップ評価料317	317点	（新設）
	318　入院ベースアップ評価料318	318点	（新設）
	319　入院ベースアップ評価料319	319点	（新設）
	320　入院ベースアップ評価料320	320点	（新設）
	321　入院ベースアップ評価料321	321点	（新設）
	322　入院ベースアップ評価料322	322点	（新設）
	323　入院ベースアップ評価料323	323点	（新設）
	324　入院ベースアップ評価料324	324点	（新設）
	325　入院ベースアップ評価料325	325点	（新設）
	326　入院ベースアップ評価料326	326点	（新設）
	327　入院ベースアップ評価料327	327点	（新設）
	328　入院ベースアップ評価料328	328点	（新設）
	329　入院ベースアップ評価料329	329点	（新設）
	330　入院ベースアップ評価料330	330点	（新設）
	331　入院ベースアップ評価料331	331点	（新設）
	332　入院ベースアップ評価料332	332点	（新設）
	333　入院ベースアップ評価料333	333点	（新設）
	334　入院ベースアップ評価料334	334点	（新設）
	335　入院ベースアップ評価料335	335点	（新設）
	336　入院ベースアップ評価料336	336点	（新設）
	337　入院ベースアップ評価料337	337点	（新設）
	338　入院ベースアップ評価料338	338点	（新設）
	339　入院ベースアップ評価料339	339点	（新設）
	340　入院ベースアップ評価料340	340点	（新設）
	341　入院ベースアップ評価料341	341点	（新設）
	342　入院ベースアップ評価料342	342点	（新設）
	343　入院ベースアップ評価料343	343点	（新設）
	344　入院ベースアップ評価料344	344点	（新設）
	345　入院ベースアップ評価料345	345点	（新設）
	346　入院ベースアップ評価料346	346点	（新設）
	347　入院ベースアップ評価料347	347点	（新設）
	348　入院ベースアップ評価料348	348点	（新設）
	349　入院ベースアップ評価料349	349点	（新設）
	350　入院ベースアップ評価料350	350点	（新設）
	351　入院ベースアップ評価料351	351点	（新設）
	352　入院ベースアップ評価料352	352点	（新設）
	353　入院ベースアップ評価料353	353点	（新設）
	354　入院ベースアップ評価料354	354点	（新設）
	355　入院ベースアップ評価料355	355点	（新設）
	356　入院ベースアップ評価料356	356点	（新設）
	357　入院ベースアップ評価料357	357点	（新設）
	358　入院ベースアップ評価料358	358点	（新設）
	359　入院ベースアップ評価料359	359点	（新設）
	360　入院ベースアップ評価料360	360点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
	361 入院ベースアップ評価料361	361点	（新設）
	362 入院ベースアップ評価料362	362点	（新設）
	363 入院ベースアップ評価料363	363点	（新設）
	364 入院ベースアップ評価料364	364点	（新設）
	365 入院ベースアップ評価料365	365点	（新設）
	366 入院ベースアップ評価料366	366点	（新設）
	367 入院ベースアップ評価料367	367点	（新設）
	368 入院ベースアップ評価料368	368点	（新設）
	369 入院ベースアップ評価料369	369点	（新設）
	370 入院ベースアップ評価料370	370点	（新設）
	371 入院ベースアップ評価料371	371点	（新設）
	372 入院ベースアップ評価料372	372点	（新設）
	373 入院ベースアップ評価料373	373点	（新設）
	374 入院ベースアップ評価料374	374点	（新設）
	375 入院ベースアップ評価料375	375点	（新設）
	376 入院ベースアップ評価料376	376点	（新設）
	377 入院ベースアップ評価料377	377点	（新設）
	378 入院ベースアップ評価料378	378点	（新設）
	379 入院ベースアップ評価料379	379点	（新設）
	380 入院ベースアップ評価料380	380点	（新設）
	381 入院ベースアップ評価料381	381点	（新設）
	382 入院ベースアップ評価料382	382点	（新設）
	383 入院ベースアップ評価料383	383点	（新設）
	384 入院ベースアップ評価料384	384点	（新設）
	385 入院ベースアップ評価料385	385点	（新設）
	386 入院ベースアップ評価料386	386点	（新設）
	387 入院ベースアップ評価料387	387点	（新設）
	388 入院ベースアップ評価料388	388点	（新設）
	389 入院ベースアップ評価料389	389点	（新設）
	390 入院ベースアップ評価料390	390点	（新設）
	391 入院ベースアップ評価料391	391点	（新設）
	392 入院ベースアップ評価料392	392点	（新設）
	393 入院ベースアップ評価料393	393点	（新設）
	394 入院ベースアップ評価料394	394点	（新設）
	395 入院ベースアップ評価料395	395点	（新設）
	396 入院ベースアップ評価料396	396点	（新設）
	397 入院ベースアップ評価料397	397点	（新設）
	398 入院ベースアップ評価料398	398点	（新設）
	399 入院ベースアップ評価料399	399点	（新設）
	400 入院ベースアップ評価料400	400点	（新設）
	401 入院ベースアップ評価料401	401点	（新設）
	402 入院ベースアップ評価料402	402点	（新設）
	403 入院ベースアップ評価料403	403点	（新設）
	404 入院ベースアップ評価料404	404点	（新設）
	405 入院ベースアップ評価料405	405点	（新設）
	406 入院ベースアップ評価料406	406点	（新設）
	407 入院ベースアップ評価料407	407点	（新設）
	408 入院ベースアップ評価料408	408点	（新設）
	409 入院ベースアップ評価料409	409点	（新設）
	410 入院ベースアップ評価料410	410点	（新設）
	411 入院ベースアップ評価料411	411点	（新設）
	412 入院ベースアップ評価料412	412点	（新設）
	413 入院ベースアップ評価料413	413点	（新設）
	414 入院ベースアップ評価料414	414点	（新設）
	415 入院ベースアップ評価料415	415点	（新設）
	416 入院ベースアップ評価料416	416点	（新設）
	417 入院ベースアップ評価料417	417点	（新設）
	418 入院ベースアップ評価料418	418点	（新設）
	419 入院ベースアップ評価料419	419点	（新設）
	420 入院ベースアップ評価料420	420点	（新設）
	421 入院ベースアップ評価料421	421点	（新設）
	422 入院ベースアップ評価料422	422点	（新設）
	423 入院ベースアップ評価料423	423点	（新設）
	424 入院ベースアップ評価料424	424点	（新設）
	425 入院ベースアップ評価料425	425点	（新設）

項　　目	改　　正　　後		改　　正　　前
	426 入院ベースアップ評価料426	426点	（新設）
	427 入院ベースアップ評価料427	427点	（新設）
	428 入院ベースアップ評価料428	428点	（新設）
	429 入院ベースアップ評価料429	429点	（新設）
	430 入院ベースアップ評価料430	430点	（新設）
	431 入院ベースアップ評価料431	431点	（新設）
	432 入院ベースアップ評価料432	432点	（新設）
	433 入院ベースアップ評価料433	433点	（新設）
	434 入院ベースアップ評価料434	434点	（新設）
	435 入院ベースアップ評価料435	435点	（新設）
	436 入院ベースアップ評価料436	436点	（新設）
	437 入院ベースアップ評価料437	437点	（新設）
	438 入院ベースアップ評価料438	438点	（新設）
	439 入院ベースアップ評価料439	439点	（新設）
	440 入院ベースアップ評価料440	440点	（新設）
	441 入院ベースアップ評価料441	441点	（新設）
	442 入院ベースアップ評価料442	442点	（新設）
	443 入院ベースアップ評価料443	443点	（新設）
	444 入院ベースアップ評価料444	444点	（新設）
	445 入院ベースアップ評価料445	445点	（新設）
	446 入院ベースアップ評価料446	446点	（新設）
	447 入院ベースアップ評価料447	447点	（新設）
	448 入院ベースアップ評価料448	448点	（新設）
	449 入院ベースアップ評価料449	449点	（新設）
	450 入院ベースアップ評価料450	450点	（新設）
	451 入院ベースアップ評価料451	451点	（新設）
	452 入院ベースアップ評価料452	452点	（新設）
	453 入院ベースアップ評価料453	453点	（新設）
	454 入院ベースアップ評価料454	454点	（新設）
	455 入院ベースアップ評価料455	455点	（新設）
	456 入院ベースアップ評価料456	456点	（新設）
	457 入院ベースアップ評価料457	457点	（新設）
	458 入院ベースアップ評価料458	458点	（新設）
	459 入院ベースアップ評価料459	459点	（新設）
	460 入院ベースアップ評価料460	460点	（新設）
	461 入院ベースアップ評価料461	461点	（新設）
	462 入院ベースアップ評価料462	462点	（新設）
	463 入院ベースアップ評価料463	463点	（新設）
	464 入院ベースアップ評価料464	464点	（新設）
	465 入院ベースアップ評価料465	465点	（新設）
	466 入院ベースアップ評価料466	466点	（新設）
	467 入院ベースアップ評価料467	467点	（新設）
	468 入院ベースアップ評価料468	468点	（新設）
	469 入院ベースアップ評価料469	469点	（新設）
	470 入院ベースアップ評価料470	470点	（新設）
	471 入院ベースアップ評価料471	471点	（新設）
	472 入院ベースアップ評価料472	472点	（新設）
	473 入院ベースアップ評価料473	473点	（新設）
	474 入院ベースアップ評価料474	474点	（新設）
	475 入院ベースアップ評価料475	475点	（新設）
	476 入院ベースアップ評価料476	476点	（新設）
	477 入院ベースアップ評価料477	477点	（新設）
	478 入院ベースアップ評価料478	478点	（新設）
	479 入院ベースアップ評価料479	479点	（新設）
	480 入院ベースアップ評価料480	480点	（新設）
	481 入院ベースアップ評価料481	481点	（新設）
	482 入院ベースアップ評価料482	482点	（新設）
	483 入院ベースアップ評価料483	483点	（新設）
	484 入院ベースアップ評価料484	484点	（新設）
	485 入院ベースアップ評価料485	485点	（新設）
	486 入院ベースアップ評価料486	486点	（新設）
	487 入院ベースアップ評価料487	487点	（新設）
	488 入院ベースアップ評価料488	488点	（新設）
	489 入院ベースアップ評価料489	489点	（新設）
	490 入院ベースアップ評価料490	490点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	491　入院ベースアップ評価料491　491点 492　入院ベースアップ評価料492　492点 493　入院ベースアップ評価料493　493点 494　入院ベースアップ評価料494　494点 495　入院ベースアップ評価料495　495点 496　入院ベースアップ評価料496　496点 497　入院ベースアップ評価料497　497点 498　入院ベースアップ評価料498　498点 499　入院ベースアップ評価料499　499点 500　入院ベースアップ評価料500　500点	（新設）
【注の見直し】	注１　当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【注の追加】	注２　251から500までに規定する点数については、令和９年６月以降において算定する。	（新設）
第２節　物価対応料 **【新設】**	**O100　物価対応料** １　外来・在宅物価対応料 イ　初診時　２点 ロ　再診時等　２点 ハ　訪問診療時　３点 ２　入院物価対応料（１日につき） イ　急性期病院Ａ一般入院料を算定する場合　66点 ロ　急性期病院Ｂ一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）　58点 ハ　急性期病院Ｂ一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合　58点 ニ　急性期一般入院料１を算定する場合　58点 ホ　急性期一般入院料２を算定する場合　45点 ヘ　急性期一般入院料３を算定する場合　45点 ト　急性期一般入院料４を算定する場合（チの場合を除く。）　45点 チ　急性期一般入院料４及び看護・多職種協働加算を算定する場合　58点 リ　急性期一般入院料５を算定する場合　36点 ヌ　急性期一般入院料６を算定する場合　34点 ル　地域一般入院料１を算定する場合　32点 ヲ　地域一般入院料２を算定する場合　32点 ワ　地域一般入院料３を算定する場合　23点 カ　特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合　17点 ヨ　療養病棟入院料１の入院料１を算定する場合　18点 タ　療養病棟入院料１の入院料２を算定する場合　18点 レ　療養病棟入院料１の入院料３を算定する場合　15点 ソ　療養病棟入院料１の入院料４を算定する場合　16点	（新設）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ツ　療養病棟入院料１の入院料５を算定する場合　15点 ネ　療養病棟入院料１の入院料６を算定する場合　12点 ナ　療養病棟入院料１の入院料７を算定する場合　15点 ラ　療養病棟入院料１の入院料８を算定する場合　15点 ム　療養病棟入院料１の入院料９を算定する場合　12点 ウ　療養病棟入院料１の入院料10を算定する場合　17点 ヰ　療養病棟入院料１の入院料11を算定する場合　16点 ノ　療養病棟入院料１の入院料12を算定する場合　14点 オ　療養病棟入院料１の入院料13を算定する場合　13点 ク　療養病棟入院料１の入院料14を算定する場合　13点 ヤ　療養病棟入院料１の入院料15を算定する場合　12点 マ　療養病棟入院料１の入院料16を算定する場合　13点 ケ　療養病棟入院料１の入院料17を算定する場合　12点 フ　療養病棟入院料１の入院料18を算定する場合　11点 コ　療養病棟入院料１の入院料19を算定する場合　17点 エ　療養病棟入院料１の入院料20を算定する場合　16点 テ　療養病棟入院料１の入院料21を算定する場合　14点 ア　療養病棟入院料１の入院料22を算定する場合　13点 サ　療養病棟入院料１の入院料23を算定する場合　13点 キ　療養病棟入院料１の入院料24を算定する場合　12点 ユ　療養病棟入院料１の入院料25を算定する場合　９点 メ　療養病棟入院料１の入院料26を算定する場合　８点 ミ　療養病棟入院料１の入院料27を算定する場合　８点 シ　療養病棟入院料１の入院料28を算定する場合　17点 ヱ　療養病棟入院料１の入院料29を算定する場合　16点 ヒ　療養病棟入院料１の入院料30を算定する場合　14点 モ　療養病棟入院料２の入院料１を算定する場合　16点 セ　療養病棟入院料２の入院料２を算定する場合　16点 ス　療養病棟入院料２の入院料３を算定する場合　13点 ン　療養病棟入院料２の入院料４を算定する場合　14点 イイ　療養病棟入院料２の入院料５を算定する場合　13点 イロ　療養病棟入院料２の入院料６を算定する場合　11点 イハ　療養病棟入院料２の入院料７を算定す	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	る場合　14点 イニ　療養病棟入院料２の入院料８を算定する場合　13点 イホ　療養病棟入院料２の入院料９を算定する場合　11点 イヘ　療養病棟入院料２の入院料10を算定する場合　15点 イト　療養病棟入院料２の入院料11を算定する場合　15点 イチ　療養病棟入院料２の入院料12を算定する場合　12点 イリ　療養病棟入院料２の入院料13を算定する場合　12点 イヌ　療養病棟入院料２の入院料14を算定する場合　12点 イル　療養病棟入院料２の入院料15を算定する場合　10点 イヲ　療養病棟入院料２の入院料16を算定する場合　11点 イワ　療養病棟入院料２の入院料17を算定する場合　11点 イカ　療養病棟入院料２の入院料18を算定する場合　10点 イヨ　療養病棟入院料２の入院料19を算定する場合　15点 イタ　療養病棟入院料２の入院料20を算定する場合　15点 イレ　療養病棟入院料２の入院料21を算定する場合　12点 イソ　療養病棟入院料２の入院料22を算定する場合　12点 イツ　療養病棟入院料２の入院料23を算定する場合　12点 イネ　療養病棟入院料２の入院料24を算定する場合　10点 イナ　療養病棟入院料２の入院料25を算定する場合　８点 イラ　療養病棟入院料２の入院料26を算定する場合　７点 イム　療養病棟入院料２の入院料27を算定する場合　６点 イウ　療養病棟入院料２の入院料28を算定する場合　15点 イヰ　療養病棟入院料２の入院料29を算定する場合　15点 イノ　療養病棟入院料２の入院料30を算定する場合　12点 イオ　特別入院基本料（療養病棟）を算定する場合　６点 イク　結核病棟入院基本料の７対１入院基本料を算定する場合　33点 イヤ　結核病棟入院基本料の10対１入院基本料を算定する場合　28点 イマ　結核病棟入院基本料の13対１入院基本料を算定する場合　23点 イケ　結核病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する場合　20点 イフ　結核病棟入院基本料の18対１入院基本料を算定する場合　17点 イコ　結核病棟入院基本料の20対１入院基本料を算定する場合　16点 イエ　特別入院基本料（結核病棟）を算定する場合　12点 イテ　急性期病院Ａ精神病棟入院料の10対１入院基本料を算定する場合　18点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	イア　急性期病院Ａ精神病棟入院料の13対１入院基本料を算定する場合　13点 イサ　急性期病院Ａ精神病棟入院料の15対１入院基本料を算定する場合　９点 イキ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料の10対１入院基本料を算定する場合　15点 イユ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料の13対１入院基本料を算定する場合　13点 イメ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料の15対１入院基本料を算定する場合　８点 イミ　精神病棟入院料の10対１入院基本料を算定する場合　13点 イシ　精神病棟入院料の13対１入院基本料を算定する場合　10点 イヱ　精神病棟入院料の15対１入院基本料を算定する場合　８点 イヒ　精神病棟入院料の18対１入院基本料を算定する場合　６点 イモ　精神病棟入院料の20対１入院基本料を算定する場合　６点 イセ　特別入院基本料（精神病棟）を算定する場合　４点 イス　特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）の７対１入院基本料を算定する場合　84点 イン　特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）の10対１入院基本料を算定する場合　67点 ロイ　特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の７対１入院基本料を算定する場合　50点 ロロ　特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の10対１入院基本料を算定する場合　40点 ロハ　特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の13対１入院基本料を算定する場合　34点 ロニ　特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の15対１入院基本料を算定する場合　29点 ロホ　特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の７対１入院基本料を算定する場合　39点 ロヘ　特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の10対１入院基本料を算定する場合　34点 ロト　特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の13対１入院基本料を算定する場合　31点 ロチ　特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の15対１入院基本料を算定する場合　28点 ロリ　専門病院入院基本料の７対１入院基本料を算定する場合　63点 ロヌ　専門病院入院基本料の10対１入院基本料を算定する場合　38点 ロル　専門病院入院基本料の13対１入院基本料を算定する場合　32点 ロヲ　障害者施設等入院基本料の７対１入院基本料を算定する場合　22点 ロワ　障害者施設等入院基本料の10対１入院基本料を算定する場合　19点 ロカ　障害者施設等入院基本料の13対１入院基本料を算定する場合　16点 ロヨ　障害者施設等入院基本料の15対１入院	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	基本料を算定する場合　14点 ロタ　特定入院基本料（障害者施設等）を算定する場合　13点 ロレ　障害者施設等入院基本料（注６のイの(1)）を算定する場合　21点 ロソ　障害者施設等入院基本料（注６のイの(2)）を算定する場合　19点 ロツ　障害者施設等入院基本料（注６のロの(1)）を算定する場合　18点 ロネ　障害者施設等入院基本料（注６のロの(2)）を算定する場合　17点 ロナ　障害者施設等入院基本料（注６のハの(1)）を算定する場合　17点 ロラ　障害者施設等入院基本料（注６のハの(2)）を算定する場合　15点 ロム　障害者施設等入院基本料（注13のイの(1)）を算定する場合　18点 ロウ　障害者施設等入院基本料（注13のイの(2)）を算定する場合　17点 ロヰ　障害者施設等入院基本料（注13のロの(1)）を算定する場合　17点 ロノ　障害者施設等入院基本料（注13のロの(2)）を算定する場合　15点 ロオ　障害者施設等入院基本料（注13のハの(1)）を算定する場合　15点 ロク　障害者施設等入院基本料（注13のハの(2)）を算定する場合　14点 ロヤ　障害者施設等入院基本料（注14のイ）を算定する場合　21点 ロマ　障害者施設等入院基本料（注14のロ）を算定する場合　19点 ロケ　障害者施設等入院基本料（注14のハ）を算定する場合　18点 ロフ　有床診療所入院基本料１（14日以内の期間）を算定する場合　72点 ロコ　有床診療所入院基本料１（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　56点 ロエ　有床診療所入院基本料１（31日以上の期間）を算定する場合　48点 ロテ　有床診療所入院基本料２（14日以内の期間）を算定する場合　65点 ロア　有床診療所入院基本料２（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　49点 ロサ　有床診療所入院基本料２（31日以上の期間）を算定する場合　44点 ロキ　有床診療所入院基本料３（14日以内の期間）を算定する場合　48点 ロユ　有床診療所入院基本料３（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　45点 ロメ　有床診療所入院基本料３（31日以上の期間）を算定する場合　42点 ロミ　有床診療所入院基本料４（14日以内の期間）を算定する場合　65点 ロシ　有床診療所入院基本料４（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　51点 ロヱ　有床診療所入院基本料４（31日以上の期間）を算定する場合　43点 ロヒ　有床診療所入院基本料５（14日以内の期間）を算定する場合　58点 ロモ　有床診療所入院基本料５（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　44点 ロセ　有床診療所入院基本料５（31日以上の期間）を算定する場合　40点 ロス　有床診療所入院基本料６（14日以内の期間）を算定する場合　43点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ロン　有床診療所入院基本料６（15日以上30日以内の期間）を算定する場合　40点 ハイ　有床診療所入院基本料６（31日以上の期間）を算定する場合　38点 ハロ　有床診療所療養病床入院基本料Ａを算定する場合　28点 ハハ　有床診療所療養病床入院基本料Ｂを算定する場合　25点 ハニ　有床診療所療養病床入院基本料Ｃを算定する場合　22点 ハホ　有床診療所療養病床入院基本料Ｄを算定する場合　17点 ハヘ　有床診療所療養病床入院基本料Ｅを算定する場合　15点 ハト　特別入院基本料（有床診療所療養病床）を算定する場合　13点 ハチ　救命救急入院料１（３日以内の期間）を算定する場合　223点 ハリ　救命救急入院料１（４日以上７日以内の期間）を算定する場合　202点 ハヌ　救命救急入院料１（８日以上の期間）を算定する場合　177点 ハル　救命救急入院料２（３日以内の期間）を算定する場合　167点 ハヲ　救命救急入院料２（４日以上７日以内の期間）を算定する場合　151点 ハワ　救命救急入院料２（８日以上の期間）を算定する場合　129点 ハカ　特定集中治療室管理料１（７日以内の期間）を算定する場合　262点 ハヨ　特定集中治療室管理料１（８日以上の期間）を算定する場合　233点 ハタ　特定集中治療室管理料２（７日以内の期間）を算定する場合　206点 ハレ　特定集中治療室管理料２（８日以上の期間）を算定する場合　173点 ハソ　特定集中治療室管理料３（７日以内の期間）を算定する場合　186点 ハツ　特定集中治療室管理料３（８日以上の期間）を算定する場合　153点 ハネ　ハイケアユニット入院医療管理料１を算定する場合　129点 ハナ　ハイケアユニット入院医療管理料２又はハイケアユニット入院医療管理料（注５）を算定する場合　93点 ハラ　脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する場合　100点 ハム　小児特定集中治療室管理料（７日以内の期間）を算定する場合　252点 ハウ　小児特定集中治療室管理料（８日以上の期間）を算定する場合　220点 ハヰ　新生児特定集中治療室管理料１を算定する場合　124点 ハノ　新生児特定集中治療室管理料２を算定する場合　98点 ハオ　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する場合　257点 ハク　総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料）を算定する場合　87点 ハヤ　総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を算定する場合　124点 ハマ　新生児治療回復室入院医療管理料を算定する場合　64点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ハケ　地域包括医療病棟入院料１を算定する場合　49点 ハフ　地域包括医療病棟入院料２を算定する場合　48点 ハコ　一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合　50点 ハエ　特殊疾患入院医療管理料を算定する場合　15点 ハテ　特殊疾患入院医療管理料（注４のイ）を算定する場合　14点 ハア　特殊疾患入院医療管理料（注４のロ）を算定する場合　13点 ハサ　特殊疾患入院医療管理料（注６のイ）を算定する場合　12点 ハキ　特殊疾患入院医療管理料（注６のロ）を算定する場合　11点 ハユ　特殊疾患入院医療管理料（注７）を算定する場合　14点 ハメ　小児入院医療管理料１を算定する場合　79点 ハミ　小児入院医療管理料２を算定する場合　70点 ハシ　小児入院医療管理料３を算定する場合　56点 ハヱ　小児入院医療管理料４を算定する場合　48点 ハヒ　小児入院医療管理料５を算定する場合　33点 ハモ　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する場合　19点 ハセ　回復期リハビリテーション病棟入院料２を算定する場合　18点 ハス　回復期リハビリテーション病棟入院料３を算定する場合　16点 ハン　回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定する場合　15点 ニイ　回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合　15点 ニロ　回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する場合　15点 ニハ　地域包括ケア病棟入院料１（40日以内の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料１（40日以内の期間）を算定する場合　27点 ニニ　地域包括ケア病棟入院料１（41日以上の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料１（41日以上の期間）を算定する場合　26点 ニホ　地域包括ケア病棟入院料２（40日以内の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料２（40日以内の期間）を算定する場合　26点 ニヘ　地域包括ケア病棟入院料２（41日以上の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料２（41日以上の期間）を算定する場合　25点 ニト　地域包括ケア病棟入院料３（40日以内の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料３（40日以内の期間）を算定する場合　22点 ニチ　地域包括ケア病棟入院料３（41日以上の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料３（41日以上の期間）を算定する場合　21点 ニリ　地域包括ケア病棟入院料４（40日以内	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料4（40日以内の期間）を算定する場合　19点 ニヌ　地域包括ケア病棟入院料4（41日以上の期間）又は地域包括ケア入院医療管理料4（41日以上の期間）を算定する場合　18点 ニル　地域包括ケア病棟入院料1（40日以内の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料1（40日以内の期間）（特定地域）を算定する場合　23点 ニヲ　地域包括ケア病棟入院料1（41日以上の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料1（41日以上の期間）（特定地域）を算定する場合　22点 ニワ　地域包括ケア病棟入院料2（40日以内の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料2（40日以内の期間）（特定地域）を算定する場合　22点 ニカ　地域包括ケア病棟入院料2（41日以上の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料2（41日以上の期間）（特定地域）を算定する場合　21点 ニヨ　地域包括ケア病棟入院料3（40日以内の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料3（40日以内の期間）（特定地域）を算定する場合　19点 ニタ　地域包括ケア病棟入院料3（41日以上の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料3（41日以上の期間）（特定地域）を算定する場合　18点 ニレ　地域包括ケア病棟入院料4（40日以内の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（40日以内の期間）（特定地域）を算定する場合　16点 ニソ　地域包括ケア病棟入院料4（41日以上の期間）（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（41日以上の期間）（特定地域）を算定する場合　15点 ニツ　特殊疾患病棟入院料1を算定する場合　15点 ニネ　特殊疾患病棟入院料2を算定する場合　12点 ニナ　特殊疾患病棟入院料1（注4のイの(1)）を算定する場合　14点 ニラ　特殊疾患病棟入院料1（注4のイの(2)）を算定する場合　13点 ニム　特殊疾患病棟入院料2（注4のロの(1)）を算定する場合　12点 ニウ　特殊疾患病棟入院料2（注4のロの(2)）を算定する場合　11点 ニヰ　特殊疾患病棟入院料1（注6のイの(1)）を算定する場合　12点 ニノ　特殊疾患病棟入院料1（注6のイの(2)）を算定する場合　11点 ニオ　特殊疾患病棟入院料2（注6のロの(1)）を算定する場合　11点 ニク　特殊疾患病棟入院料2（注6のロの(2)）を算定する場合　10点 ニヤ　特殊疾患病棟入院料1（注7のイ）を算定する場合　14点 ニマ　特殊疾患病棟入院料2（注7のロ）を算定する場合　11点 ニケ　緩和ケア病棟入院料1（30日以内の期間）を算定する場合　38点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ニフ　緩和ケア病棟入院料１（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　34点 ニコ　緩和ケア病棟入院料１（61日以上の期間）を算定する場合　25点 ニエ　緩和ケア病棟入院料２（30日以内の期間）を算定する場合　36点 ニテ　緩和ケア病棟入院料２（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　33点 ニア　緩和ケア病棟入院料２（61日以上の期間）を算定する場合　24点 ニサ　精神科救急急性期医療入院料（30日以内の期間）を算定する場合　22点 ニキ　精神科救急急性期医療入院料（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　19点 ニユ　精神科救急急性期医療入院料（61日以上90日以内の期間）を算定する場合　17点 ニメ　精神科急性期治療病棟入院料１（30日以内の期間）を算定する場合　14点 ニミ　精神科急性期治療病棟入院料１（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　12点 ニシ　精神科急性期治療病棟入院料１（61日以上90日以内の期間）を算定する場合　11点 ニヱ　精神科急性期治療病棟入院料２（30日以内の期間）を算定する場合　11点 ニヒ　精神科急性期治療病棟入院料２（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　9点 ニモ　精神科急性期治療病棟入院料２（61日以上90日以内の期間）を算定する場合　9点 ニセ　精神科救急・合併症入院料（30日以内の期間）を算定する場合　24点 ニス　精神科救急・合併症入院料（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　22点 ニン　精神科救急・合併症入院料（61日以上90日以内の期間）を算定する場合　21点 ホイ　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する場合　17点 ホロ　精神療養病棟入院料を算定する場合　7点 ホハ　認知症治療病棟入院料１（30日以内の期間）を算定する場合　11点 ホニ　認知症治療病棟入院料１（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　10点 ホホ　認知症治療病棟入院料１（61日以上の期間）を算定する場合　8点 ホヘ　認知症治療病棟入院料２（30日以内の期間）を算定する場合　8点 ホト　認知症治療病棟入院料２（31日以上60日以内の期間）を算定する場合　7点 ホチ　認知症治療病棟入院料２（61日以上の期間）を算定する場合　6点 ホリ　特定一般病棟入院料１を算定する場合　27点 ホヌ　特定一般病棟入院料２を算定する場合　23点 ホル　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料１に該当）（40日以内の期間）を算定する場合　23点 ホヲ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料１に該当）（41日以上60日以内の期間）を算定する場合　22点 ホワ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	院医療管理料２に該当）（40日以内の期間）を算定する場合　22点 ホカ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料２に該当）（41日以上60日以内の期間）を算定する場合　21点 ホヨ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料３に該当）（40日以内の期間）を算定する場合　19点 ホタ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料３に該当）（41日以上60日以内の期間）を算定する場合　18点 ホレ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料４に該当）（40日以内の期間）を算定する場合　16点 ホソ　特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料４に該当）（41日以上60日以内の期間）を算定する場合　15点 ホツ　地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合　10点 ホネ　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合　44点 ホナ　短期滞在手術等基本料３（Ｄ237　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの）を算定する場合　68点 ホラ　短期滞在手術等基本料３（Ｄ237　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　保険医療機関内で又は訪問して実施するもの）を算定する場合　68点 ホム　短期滞在手術等基本料３（Ｄ237-2　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ））を算定する場合　71点 ホウ　短期滞在手術等基本料３（Ｄ287　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として））を算定する場合　82点 ホヰ　短期滞在手術等基本料３（Ｄ291-2　小児食物アレルギー負荷検査）を算定する場合　36点 ホノ　短期滞在手術等基本料３（Ｄ413　前立腺針生検法　２　その他のもの）を算定する場合　80点 ホオ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ007-2　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）を算定する場合　98点 ホク　短期滞在手術等基本料３（Ｋ030　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　７　手軟部腫瘍摘出術）を算定する場合　98点 ホヤ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ046　骨折観血的手術　６　手舟状骨骨折観血的手術）を算定する場合　156点 ホマ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　６　前腕骨骨内異物除去術）を算定する場合　115点 ホケ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　８　鎖骨骨内異物除去術）を算定する場合　122点 ホフ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　10　手根骨骨内異物除去術）を算定する場合　95点 ホコ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ048　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　11　中手骨骨内異物除去術）を算定する場合　95点 ホエ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ070　ガ	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ングリオン摘出術　1　手部ガングリオン摘出術）を算定する場合　105点 ホテ　短期滞在手術等基本料３（K093-2　手根管開放手術（内視鏡下））を算定する場合　118点 ホア　短期滞在手術等基本料３（K196-2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））を算定する場合　69点 ホサ　短期滞在手術等基本料３（K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（片側））を算定する場合　70点 ホキ　短期滞在手術等基本料３（K202　涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの（両側））を算定する場合　71点 ホユ　短期滞在手術等基本料３（K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（片側））を算定する場合　61点 ホメ　短期滞在手術等基本料３（K217　眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法（両側））を算定する場合　78点 ホミ　短期滞在手術等基本料３（K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（片側））を算定する場合　73点 ホシ　短期滞在手術等基本料３（K219　眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法（両側））を算定する場合　82点 ホヱ　短期滞在手術等基本料３（K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの(片側)）を算定する場合　63点 ホヒ　短期滞在手術等基本料３（K219　眼瞼下垂症手術　3　その他のもの(両側)）を算定する場合　85点 ホモ　短期滞在手術等基本料３（K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側））を算定する場合　86点 ホセ　短期滞在手術等基本料３（K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側））を算定する場合　101点 ホス　短期滞在手術等基本料３（K242　斜視手術　2　後転法（片側））を算定する場合　90点 ホン　短期滞在手術等基本料３（K242　斜視手術　2　後転法（両側））を算定する場合　99点 ヘイ　短期滞在手術等基本料３（K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（片側））を算定する場合　90点 ヘロ　短期滞在手術等基本料３（K242　斜視手術　3　前転法及び後転法の併施（両側））を算定する場合　119点 ヘハ　短期滞在手術等基本料３（K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側））を算定する場合　107点 ヘニ　短期滞在手術等基本料３（K254　治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側））を算定する場合　126点 ヘホ　短期滞在手術等基本料３（K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側））を算定する場合　76点 ヘヘ　短期滞在手術等基本料３（K268　緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレ	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ーン挿入術（両側））を算定する場合 133点 ヘト　短期滞在手術等基本料３（Ｋ282　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側））を算定する場合 80点 ヘチ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ282　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側））を算定する場合 155点 ヘリ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ282　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側））を算定する場合 84点 ヘヌ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ282　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側））を算定する場合 84点 ヘル　短期滞在手術等基本料３（Ｋ318　鼓膜形成手術）を算定する場合 110点 ヘヲ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ333　鼻骨骨折整復固定術）を算定する場合 102点 ヘワ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ389　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの）を算定する場合 204点 ヘカ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ474　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満）を算定する場合 115点 ヘヨ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ474　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上）を算定する場合 144点 ヘタ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合））を算定する場合 87点 ヘレ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（その他の場合））を算定する場合 87点 ヘソ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ616-4　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合）を算定する場合 97点 ヘツ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術）を算定する場合 83点 ヘネ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として））を算定する場合 43点 ヘナ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術）を算定する場合 63点 ヘラ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617-2　大伏在静脈抜去術）を算定する場合 65点 ヘム　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617-4　下肢静脈瘤血管内焼灼術）を算定する場合 67点 ヘウ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ617-6　下肢静脈瘤血管内塞栓術）を算定する場合 50点 ヘヰ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ633　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。））を算定する場合 78点 ヘノ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ633　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。））を算定する場合 75点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ヘオ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ633　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。））を算定する場合　84点 ヘク　短期滞在手術等基本料３（Ｋ633　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。））を算定する場合　184点 ヘヤ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。））を算定する場合　105点 ヘマ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）を算定する場合　108点 ヘケ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）を算定する場合　107点 ヘフ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ634　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。））を算定する場合　156点 ヘコ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満）を算定する場合　79点 ヘエ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ721　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上）を算定する場合　106点 ヘテ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ743　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの））を算定する場合　73点 ヘア　短期滞在手術等基本料３（Ｋ747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。））を算定する場合　104点 ヘサ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ747　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。））を算定する場合　75点 ヘキ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ768　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき））を算定する場合　70点 ヘユ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ823-6　尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)）を算定する場合　80点 ヘメ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ834-3　顕微鏡下精索静脈瘤手術）を算定する場合　41点 ヘミ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ867　子宮頸部（膣部）切除術）を算定する場合　93点 ヘシ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの）を算定する場合　76点 ヘヱ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　組織切除回収システム利用によるもの）を算定する場合　67点 ヘヒ　短期滞在手術等基本料３（Ｋ872-3　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　３　その他のもの）を算定する場合　72点	

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	ヘモ　短期滞在手術等基本料３（K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　1　電解質溶液利用のもの）を算定する場合　88点 ヘセ　短期滞在手術等基本料３（K873　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　2　その他のもの）を算定する場合　87点 ヘス　短期滞在手術等基本料３（K890-3　腹腔鏡下卵管形成術）を算定する場合　140点 ヘン　短期滞在手術等基本料３（M001-2　ガンマナイフによる定位放射線治療）を算定する場合　118点 注１　１のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。 注２　１のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。 注３　１のハについては、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、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。 注４　２については、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 注５　１及び２の点数について、令和９年６月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。	

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
	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。	
第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項	**第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項**	
	１　緊急時施設治療管理料　　500点 注　平成18年７月１日から令和６年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日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。 **２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料** 薬剤　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数 注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。 **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 【項目の見直し】	**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別に厚生労働大臣が定めるものについては算定しない。 （削る） （削る） （削る）	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（通則第３号から第６号までに規定する加算、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。）及び第２部在宅医療（救急患者連携搬送料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）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。）

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	ヘ　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
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	ヌ　第２章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（いずれも再診時に限る。）を除く。）
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　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数 注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。 **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 【項目の見直し】	**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別に厚生労働大臣が定めるものについては算定しない。	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。
	（削る）	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
	（削る）	ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（通則第３号から第６号までに規定する加算、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者

項　　目	改　　正　　後	改　　正　　前
		に限る。）、外来放射線照射診療料、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。）
	（削る）	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、救急患者連携搬送料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	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。）
	（削る）	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
	（削る）	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。）
	（削る）	ヌ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
	（削る）	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。）
	（削る）	ヲ　第２章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（いずれも初診時及び再診時に限る。）を除く。）

第４章　経過措置（改正部分）

改　正　後	改　正　前
１　（略）	１　（略）
（削る）	２　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ007の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和８年５月31日までの間に限り、算定できるものとする。
（削る）	３　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｋ371-2の４、区分番号Ｋ862及び区分番号Ｋ864の１については、令和８年５月31日までの間に限り、算定できるものとする。
２　第１章の規定にかかわらず、令和８年３月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っていた病棟が、令和８年６月１日までに区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料２に係る届出を行った場合は、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定した期間と通算して180日を限度として精神科急性期治療病棟入院料２のハを算定できるものとする。	（新設）

改正告示　前文

健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第２項（同法第149条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第１項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の一部を次のように改正し、令和８年６月１日から適用する。