

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 (削る) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 <u>第2節 削除</u> 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料</p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 <u>第5節 看護職員処遇改善評価料</u> 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 <u>第2節 プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料</p>

第1款 検体検査実施料  
第2款 検体検査判断料  
第2節 削除  
第3節 生体検査料  
第4節 診断<sup>せん</sup>穿刺・検体採取料  
第5節 薬剤料  
第6節 特定保険医療材料料  
第4部 画像診断  
第1節 エックス線診断料  
第2節 核医学診断料  
第3節 コンピューター断層撮影診断料  
第4節 薬剤料  
第5節 特定保険医療材料料  
第5部 投薬  
第1節 調剤料  
第2節 処方料  
第3節 薬剤料  
第4節 特定保険医療材料料  
第5節 処方箋料  
第6節 調剤技術基本料  
第6部 注射  
第1節 注射料  
第1款 注射実施料  
第2款 無菌製剤処理料  
第2節 薬剤料  
第3節 特定保険医療材料料  
第7部 リハビリテーション  
第1節 リハビリテーション料  
第2節 薬剤料  
第8部 精神科専門療法  
第1節 精神科専門療法料

第1款 検体検査実施料  
第2款 検体検査判断料  
第2節 削除  
第3節 生体検査料  
第4節 診断<sup>せん</sup>穿刺・検体採取料  
第5節 薬剤料  
第6節 特定保険医療材料料  
第4部 画像診断  
第1節 エックス線診断料  
第2節 核医学診断料  
第3節 コンピューター断層撮影診断料  
第4節 薬剤料  
第5節 特定保険医療材料料  
第5部 投薬  
第1節 調剤料  
第2節 処方料  
第3節 薬剤料  
第4節 特定保険医療材料料  
第5節 処方箋料  
第6節 調剤技術基本料  
第6部 注射  
第1節 注射料  
第1款 注射実施料  
第2款 無菌製剤処理料  
第2節 薬剤料  
第3節 特定保険医療材料料  
第7部 リハビリテーション  
第1節 リハビリテーション料  
第2節 薬剤料  
第8部 精神科専門療法  
第1節 精神科専門療法料

第2節 薬剤料  
第9部 処置  
第1節 処置料  
第2節 処置医療機器等加算  
第3節 薬剤料  
第4節 特定保険医療材料料  
第10部 手術  
第1節 手術料  
第1款 皮膚・皮下組織  
第2款 筋骨格系・四肢・体幹  
第3款 神経系・頭蓋  
第4款 眼  
第5款 耳鼻咽喉  
第6款 顔面・口腔・頸部  
第7款 胸部  
第8款 心・脈管  
第9款 腹部  
第10款 尿路系・副腎  
第11款 性器  
第12款 削除  
第13款 手術等管理料  
第2節 輸血料  
第3節 手術医療機器等加算  
第4節 薬剤料  
第5節 特定保険医療材料料  
第11部 麻酔  
第1節 麻酔料  
第2節 神経ブロック料  
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

第2節 薬剤料  
第9部 処置  
第1節 処置料  
第2節 処置医療機器等加算  
第3節 薬剤料  
第4節 特定保険医療材料料  
第10部 手術  
第1節 手術料  
第1款 皮膚・皮下組織  
第2款 筋骨格系・四肢・体幹  
第3款 神経系・頭蓋  
第4款 眼  
第5款 耳鼻咽喉  
第6款 顔面・口腔・頸部  
第7款 胸部  
第8款 心・脈管  
第9款 腹部  
第10款 尿路系・副腎  
第11款 性器  
第12款 削除  
第13款 手術等管理料  
第2節 輸血料  
第3節 手術医療機器等加算  
第4節 薬剤料  
第5節 特定保険医療材料料  
第11部 麻酔  
第1節 麻酔料  
第2節 神経ブロック料  
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

第1節 放射線治療管理・実施料

第2節 特定保険医療材料料

第13部 病理診断

第1節 病理標本作製料

第2節 病理診断・判断料

第14部 その他

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部 併設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

第4章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 初診料

区分

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。

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

第1節 放射線治療管理・実施料

第2節 特定保険医療材料料

第13部 病理診断

第1節 病理標本作製料

第2節 病理診断・判断料

(新設)

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部 併設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

第4章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 初診料

区分

A000 初診料 288点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。））（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病

床」という。)の数が200未満であるものを除く。)及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)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。

- 3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、)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

床」という。)の数が200未満であるものを除く。)及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)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、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)を算定する。

- 3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、)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

ならず、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。

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、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。
- 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）

ならず、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。
- 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）

)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。

6～10 (略)

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。

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。

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。

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

)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。

6～10 (略)

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。

12 注11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。

13 注11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。

14 削除

に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月に1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

(削る)

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1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

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8点を所定点数に加算する。

15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)



第2節 再診料

区分

A001 再診料 75点

注1 (略)

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。

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。

4～8 (略)

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。

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 時間外対応加算1 5点

第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

注1 (略)

2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

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 時間外対応加算1 5点

ロ	時間外対応加算 2	4点
ハ	時間外対応加算 3	3点
ニ	時間外対応加算 4	1点

11 (略)

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	28点
ロ	地域包括診療加算 2	21点

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

(新設)

ロ	時間外対応加算 2	3点
ハ	時間外対応加算 3	1点

11 (略)

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	25点
ロ	地域包括診療加算 2	18点

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	35点
ロ	認知症地域包括診療加算 2	28点

14 (略)

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

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。

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。

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、抗菌薬適正使用加算として、月に1回

14 (略)

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。

16 注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

17 注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

(新設)

に限り5点を更に所定点数に加算する。  
(削る)

19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料 76点  
注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行っ

18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

(新設)

(新設)

A002 外来診療料 74点  
注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行っ

た場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、75点を算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府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。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、56点を算定する。

4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別

た場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

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。

- 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。

6～9 （略）  
（削る）

- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4

に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。

- 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。

6～9 （略）

- 10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。

（新設）

として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

- 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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

A003 (略)  
第2部 入院料等

通則

1～6 (略)

- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1の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。

8 (略)

- 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。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 急性期一般入院基本料

イ 急性期一般入院料 1 1,688点

(新設)

A003 (略)  
第2部 入院料等

通則

1～6 (略)

- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

8 (略)

(新設)

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1 急性期一般入院基本料

イ 急性期一般入院料 1 1,650点

ロ	急性期一般入院料 2	<u>1,644点</u>
ハ	急性期一般入院料 3	<u>1,569点</u>
ニ	急性期一般入院料 4	<u>1,462点</u>
ホ	急性期一般入院料 5	<u>1,451点</u>
ヘ	急性期一般入院料 6	<u>1,404点</u>
2	地域一般入院基本料	
イ	地域一般入院料 1	<u>1,176点</u>
ロ	地域一般入院料 2	<u>1,170点</u>
ハ	地域一般入院料 3	<u>1,003点</u>

注1 (略)

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。

3～9 (略)

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

ロ	急性期一般入院料 2	<u>1,619点</u>
ハ	急性期一般入院料 3	<u>1,545点</u>
ニ	急性期一般入院料 4	<u>1,440点</u>
ホ	急性期一般入院料 5	<u>1,429点</u>
ヘ	急性期一般入院料 6	<u>1,382点</u>
2	地域一般入院基本料	
イ	地域一般入院料 1	<u>1,159点</u>
ロ	地域一般入院料 2	<u>1,153点</u>
ハ	地域一般入院料 3	<u>988点</u>

注1 (略)

2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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。

3～9 (略)

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～カ (略)  
 ヨ 特定感染症入院医療管理加算  
 タ～ム (略)  
 ウ 特定感染症患者療養環境特別加算  
 卅～ヤ (略)  
 マ 小児緩和ケア診療加算  
 ケ～テ (略)  
 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。）  
 サ～ス (略)  
 シ バイオ後続品使用体制加算  
 イイ～イハ (略)  
 イニ 医療的ケア児（者）入院前支援加算  
 イホ～イヌ (略)  
 イル 協力対象施設入所者入院加算  
 11 (略)  
 (削る)

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院料1

イ 入院料1 1,964点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあつては、

に算定できる。  
 イ～カ (略)  
 (新設)  
 ヨ～ラ (略)  
 ム 二類感染症患者療養環境特別加算  
 ウ～ク (略)  
 (新設)  
 ヤ～コ (略)  
 (新設)  
 エ～ヒ (略)  
 (新設)  
 モ～ス (略)  
 (新設)  
 シ～イホ  
 (新設)  
 11 (略)

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院料1

イ 入院料A 1,813点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあつては、

	1,949点)
ロ 入院料2	1,909点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,895点</u> )
ハ 入院料3	1,621点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,607点</u> )
ニ 入院料4	1,692点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,677点</u> )
ホ 入院料5	1,637点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,623点</u> )
ヘ 入院料6	1,349点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,335点</u> )
ト 入院料7	1,644点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,629点</u> )
チ 入院料8	1,589点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,575点</u> )
リ 入院料9	1,301点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,287点</u> )
ヌ 入院料10	1,831点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,816点</u> )
ル 入院料11	1,776点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,762点</u> )
ヲ 入院料12	1,488点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,474点</u> )
ワ 入院料13	1,455点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,440点</u> )
カ 入院料14	1,427点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,413点</u> )
ヨ 入院料15	1,273点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,258点</u> )
タ 入院料16	1,371点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,356点</u> )

	1,798点)
ロ 入院料B	1,758点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,744点</u> )
ハ 入院料C	1,471点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,457点</u> ) (新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
	(新設)
ニ 入院料D	1,414点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,399点</u> )
ホ 入院料E	1,386点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,372点</u> )
ヘ 入院料F	1,232点 (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,217点</u> ) (新設)

レ 入院料17 <u>1,343点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,329点</u> )	(新設)
ロ 入院料18 <u>1,189点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,174点</u> )	(新設)
ツ 入院料19 <u>1,831点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,816点</u> )	(新設)
ネ 入院料20 <u>1,776点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,762点</u> )	(新設)
ナ 入院料21 <u>1,488点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,474点</u> )	(新設)
ラ 入院料22 <u>1,442点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,427点</u> )	(新設)
ム 入院料23 <u>1,414点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,400点</u> )	(新設)
ウ 入院料24 <u>1,260点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,245点</u> )	(新設)
ヰ 入院料25 <u>983点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>968点</u> )	ト 入院料G <u>968点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>953点</u> )
ノ 入院料26 <u>935点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>920点</u> )	チ 入院料H <u>920点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>905点</u> )
オ 入院料27 <u>830点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>816点</u> )	リ 入院料I <u>815点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>801点</u> )
ク 入院料28 <u>1,831点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,816点</u> )	(新設)
ヤ 入院料29 <u>1,776点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,762点</u> )	(新設)
マ 入院料30 <u>1,488点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,474点</u> )	(新設)
2 療養病棟入院料 2	2 療養病棟入院料 2
イ 入院料 1 <u>1,899点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,885点</u> )	イ 入院料A <u>1,748点</u> (生活療養を受ける場合にあっては、 <u>1,734点</u> )

ロ 入院料2 1,845点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,831点)  
ハ 入院料3 1,556点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,542点)  
ニ 入院料4 1,627点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,613点)  
ホ 入院料5 1,573点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,559点)  
ヘ 入院料6 1,284点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,270点)  
ト 入院料7 1,579点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,565点)  
チ 入院料8 1,525点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,511点)  
リ 入院料9 1,236点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,222点)  
ヌ 入院料10 1,766点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,752点)  
ル 入院料11 1,712点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,698点)  
ヲ 入院料12 1,423点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,409点)  
ワ 入院料13 1,389点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,375点)  
カ 入院料14 1,362点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,347点)  
ヨ 入院料15 1,207点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,193点)  
タ 入院料16 1,305点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,291点)  
レ 入院料17 1,278点 (生活療養を受ける場合

ロ 入院料B 1,694点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,680点)  
ハ 入院料C 1,406点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,392点)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)  
ニ 入院料D 1,349点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,335点)  
ホ 入院料E 1,322点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,307点)  
ヘ 入院料F 1,167点 (生活療養を受ける場合  
にあつては、1,153点)  
(新設)  
(新設)

にあつては、1,263点)

ソ 入院料18 1,123点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,109点)

ツ 入院料19 1,766点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,752点)

ネ 入院料20 1,712点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,698点)

ナ 入院料21 1,423点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,409点)

ラ 入院料22 1,376点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,362点)

ム 入院料23 1,349点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,334点)

ウ 入院料24 1,194点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,180点)

ヰ 入院料25 918点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、904点)

ノ 入院料26 870点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、856点)

オ 入院料27 766点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、751点)

ク 入院料28 1,766点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,752点)

ヤ 入院料29 1,712点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,698点)

マ 入院料30 1,423点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、1,409点)

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

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

ト 入院料G 903点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、889点)

チ 入院料H 855点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、841点)

リ 入院料I 751点 (生活療養を受ける場合に  
あつては、736点)

(新設)

(新設)

(新設)

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）で

あつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料1から12まで、19から21まで又は28から30までのいずれかを算定する場合であつて、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料13から18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。

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、582点（生活療養を受ける場合にあつては、568点）を算定できる。

3～6 （略）

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。

あつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であつて、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあつては、563点）を算定できる。

3～6 （略）

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～ラ (略)

ム 医療的ケア児(者)入院前支援加算

ウ～ゾ (略)

オ 協力対象施設入所者入院加算

8～10 (略)

(削る)

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、経腸栄養管理加算として、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。  
この場合において、区分番号A233-2に掲

イ～ラ (略)

(新設)

ム～モ (略)

(新設)

8～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の75に相当する点数を算定する。  
(新設)

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。

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。

(削る)

(削る)

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）

- 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1 (略)

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 夜間看護加算 50点
  - ロ 看護補助体制充実加算 55点
- (新設)

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

- 1 7対1入院基本料 1,654点
- 2 10対1入院基本料 1,385点
- 3 13対1入院基本料 1,165点
- 4 15対1入院基本料 998点
- 5 18対1入院基本料 854点
- 6 20対1入院基本料 806点

注1 (略)



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。

3・4 (略)

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～レ (略)

ソ 特定感染症患者療養環境特別加算

ツ～オ (略)

ク バイオ後続品使用体制加算

ヤ～ケ (略)

フ 医療的ケア児（者）入院前支援加算

コ～サ (略)

キ 協力対象施設入所者入院加算

6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施

2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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。

3・4 (略)

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～レ (略)

ソ 二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～オ (略)

(新設)

ク～マ (略)

(新設)

ケ～テ (略)

(新設)

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。

7・8 (略)

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1	10対1入院基本料	<u>1,306点</u>
2	13対1入院基本料	<u>973点</u>
3	15対1入院基本料	<u>844点</u>
4	18対1入院基本料	<u>753点</u>
5	20対1入院基本料	<u>697点</u>

注1 (略)

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

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、591点を算定できる。

7・8 (略)

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1	10対1入院基本料	<u>1,287点</u>
2	13対1入院基本料	<u>958点</u>
3	15対1入院基本料	<u>830点</u>
4	18対1入院基本料	<u>740点</u>
5	20対1入院基本料	<u>685点</u>

注1 (略)

2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出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。

3～5 (略)

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～リ (略)

ヌ 特定感染症入院医療管理加算

ル～ツ (略)

ネ 特定感染症患者療養環境特別加算

ナ (略)

(削る)

ラ～ユ (略)

メ バイオ後続品使用体制加算

ミ・シ (略)

エ 精神科入退院支援加算

ヒ～ス (略)

ン 協力対象施設入所者入院加算

7 (略)

8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号A246-2に掲げる精神科入退院支援加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-

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。

3～5 (略)

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～リ (略)

(新設)

ヌ～ソ (略)

ツ 二類感染症患者療養環境特別加算

ネ (略)

ナ 精神科措置入院退院支援加算

ラ～ユ (略)

(新設)

メ・ミ (略)

(新設)

シ～モ (略)

(新設)

7 (略)

8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号I011に

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。

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。

10 (略)

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1,822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

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。

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生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。

10 (略)

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1,718点

ロ 10対1入院基本料 1,438点

2 結核病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1,718点

ロ 10対1入院基本料 1,438点

ハ 13対1入院基本料 1,210点

ニ 15対1入院基本料 1,037点

3 精神病棟の場合

イ 7対1入院基本料 1,450点

ロ 10対1入院基本料 1,373点

ハ 13対1入院基本料 1,022点

ニ 15対1入院基本料	948点
注1～7 (略)	
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～ヌ (略)	
<u>ル 特定感染症入院医療管理加算</u>	
ヲ・ヅ (略)	
<u>カ 看護補助加算 (一般病棟を除く。)</u>	
ヨ～ソ (略)	
<u>ツ 特定感染症患者療養環境特別加算</u>	
ネ～ウ (略)	
<u>キ 小児緩和ケア診療加算 (一般病棟に限る。)</u>	
ク (略)	
ケ (削る)	
オ～ア (略)	
<u>サ 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。)</u>	
キ～シ (略)	
<u>イイ バイオ後続品使用体制加算</u>	
イロ～イニ (略)	
<u>イホ 精神科入退院支援加算 (精神病棟に限る。)</u>	
<u>イヘ 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。)</u>	
イト～イワ (略)	
<u>イカ 協力対象施設入所者入院加算</u>	
9 (略)	

ニ 15対1入院基本料	933点
注1～7 (略)	
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～ヌ (略)	
(新設)	
ル・ヲ (略)	
ヅ 看護補助加算	
カ～レ (略)	
<u>ソ 二類感染症患者療養環境特別加算</u>	
ツ～ム (略)	
(新設)	
ウ (略)	
<u>キ 精神科措置入院退院支援加算 (精神病棟に限る。)</u>	
ノ～テ (略)	
(新設)	
ア～セ (略)	
(新設)	
ス～イイ (略)	
(新設)	
(新設)	
イロ～イチ (略)	
(新設)	
9 (略)	

(削る)

- 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・<sup>く</sup>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。

(削る)

- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

- 11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

- 12 注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時1回に限り、50点を更に所定点数に加算する。

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）

- |   |           |               |
|---|-----------|---------------|
| 1 | 7対1入院基本料  | <u>1,705点</u> |
| 2 | 10対1入院基本料 | <u>1,421点</u> |
| 3 | 13対1入院基本料 | <u>1,191点</u> |

注1～6（略）

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～ヌ（略）

ル 特定感染症入院医療管理加算

ヲ～ソ（略）

ソ 特定感染症患者療養環境特別加算

ネ～ウ（略）

ヅ 小児緩和ケア診療加算

ノ～マ（略）

ケ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

フ～ミ（略）

シ バイオ後続品使用体制加算

エ～モ（略）

セ 医療的ケア児（者）入院前支援加算

ス～イハ（略）

イニ 協力対象施設入所者入院加算

8（略）

（削る）

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）

- |   |           |               |
|---|-----------|---------------|
| 1 | 7対1入院基本料  | <u>1,667点</u> |
| 2 | 10対1入院基本料 | <u>1,396点</u> |
| 3 | 13対1入院基本料 | <u>1,174点</u> |

注1～6（略）

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～ヌ（略）

（新設）

ル～レ（略）

ソ 二類感染症患者療養環境特別加算

ツ～ム（略）

（新設）

ウ～ク（略）

（新設）

ヤ～キ（略）

（新設）

ユ～ミ（略）

（新設）

シ～セ（略）

（新設）

8（略）

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等

9 (略)	
A 1 0 6	障害者施設等入院基本料 (1日につき)
1	7対1入院基本料 <u>1,637点</u>
2	10対1入院基本料 <u>1,375点</u>
3	13対1入院基本料 <u>1,155点</u>
4	15対1入院基本料 <u>1,010点</u>
注1	障害者施設等一般病棟(児童福祉法 <u>昭和22年法律第164号</u> )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。
2~4	(略)
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

体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。	
10 (略)	
A 1 0 6	障害者施設等入院基本料 (1日につき)
1	7対1入院基本料 <u>1,615点</u>
2	10対1入院基本料 <u>1,356点</u>
3	13対1入院基本料 <u>1,138点</u>
4	15対1入院基本料 <u>995点</u>
注1	障害者施設等一般病棟(児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。))を入所させるものに限る。)及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
2~4	(略)
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。

6 当該病棟に入院する重度の意識障害(脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第6の3(2)のロの④に規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

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

1,517点

(2) 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

臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。  
。)に該当する者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、注1から注3まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

6 当該病棟に入院する重度の意識障害(脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,496点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,358点

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

1,362点

- (2) 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

- (1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,262点

- (2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,124点

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～ホ (略)

ヘ 特定感染症入院医療管理加算

ト～ヨ (略)

タ 特定感染症患者療養環境特別加算

レ～キ (略)

ノ 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。)

オ・ク (略)

ヤ 医療的ケア児(者)入院前支援加算

マ・ケ (略)

フ 協力対象施設入所者入院加算

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

棟に入院している場合

- (1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,343点

- (2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,206点

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

1,244点

- (2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,107点

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～ホ (略)

(新設)

ヘ～カ (略)

ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算

タ～ウ (略)

(新設)

キ・ク (略)

(新設)

オ・ケ (略)

(新設)

8 注6又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用

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。

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に算定できない。

(削る)

イ 14日以内の期間	146点
ロ 15日以上30日以内の期間	121点

(削る)

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

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。

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)については、当該基準に係る区分に従いかつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護補助加算

(1) 14日以内の期間	146点
(2) 15日以上30日以内の期間	121点

ロ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間	151点
(2) 15日以上30日以内の期間	126点

(新設)

より所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間

- |                  |      |
|------------------|------|
| (1) 看護補助体制充実加算 1 | 176点 |
| (2) 看護補助体制充実加算 2 | 161点 |
| (3) 看護補助体制充実加算 3 | 151点 |

ロ 15日以上30日以内の期間

- |                  |      |
|------------------|------|
| (1) 看護補助体制充実加算 1 | 151点 |
| (2) 看護補助体制充実加算 2 | 136点 |
| (3) 看護補助体制充実加算 3 | 126点 |

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。

12 (略)

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。

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 | 1,364点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの |        |

10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

11 (略)

12 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

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 | 1,345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

(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

1,100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

(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

1,010点

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

1,581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

1,420点

ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病

1,221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) 医療区分2の患者に相当するもの

1,207点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,084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) 医療区分2の患者に相当するもの

1,118点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの

995点

(新設)

	棟に入院している場合	1,315点
A107	(略)	
A108	有床診療所入院基本料（1日につき）	
1	有床診療所入院基本料1	
イ	14日以内の期間	<u>932点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>724点</u>
ハ	31日以上	<u>615点</u>
2	有床診療所入院基本料2	
イ	14日以内の期間	<u>835点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>627点</u>
ハ	31日以上	<u>566点</u>
3	有床診療所入院基本料3	
イ	14日以内の期間	<u>616点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>578点</u>
ハ	31日以上	<u>544点</u>
4	有床診療所入院基本料4	
イ	14日以内の期間	<u>838点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>652点</u>
ハ	31日以上	<u>552点</u>
5	有床診療所入院基本料5	
イ	14日以内の期間	<u>750点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>564点</u>
ハ	31日以上	<u>509点</u>
6	有床診療所入院基本料6	
イ	14日以内の期間	<u>553点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>519点</u>
ハ	31日以上	<u>490点</u>
注1～7	(略)	
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	

A107	(略)	
A108	有床診療所入院基本料（1日につき）	
1	有床診療所入院基本料1	
イ	14日以内の期間	<u>917点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>712点</u>
ハ	31日以上	<u>604点</u>
2	有床診療所入院基本料2	
イ	14日以内の期間	<u>821点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>616点</u>
ハ	31日以上	<u>555点</u>
3	有床診療所入院基本料3	
イ	14日以内の期間	<u>605点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>567点</u>
ハ	31日以上	<u>534点</u>
4	有床診療所入院基本料4	
イ	14日以内の期間	<u>824点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>640点</u>
ハ	31日以上	<u>542点</u>
5	有床診療所入院基本料5	
イ	14日以内の期間	<u>737点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>553点</u>
ハ	31日以上	<u>499点</u>
6	有床診療所入院基本料6	
イ	14日以内の期間	<u>543点</u>
ロ	15日以上30日以内の期間	<u>509点</u>
ハ	31日以上	<u>480点</u>
注1～7	(略)	
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～ト (略)

チ 特定感染症入院医療管理加算

リ～カ (略)

ヨ 特定感染症患者療養環境特別加算

タ～オ (略)

ク バイオ後続品使用体制加算

ヤ (略)

マ 医療的ケア児(者)入院前支援加算

ケ・コ (略)

ク 協力対象施設入所者入院加算

9～11 (略)

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)

1 入院基本料A 1,073点

(生活療養を受ける場合にあつては、1,058点)

2 入院基本料B 960点

(生活療養を受ける場合にあつては、944点)

3 入院基本料C 841点

(生活療養を受ける場合にあつては、826点)

合に算定できる。

イ～ト 救急医療管理加算

(新設)

チ～コ (略)

カ 二類感染症患者療養環境特別加算

ヨ～ノ (略)

(新設)

オ (略)

(新設)

ク・ヤ (略)

(新設)

9～11 (略)

12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 介護連携加算1 192点

ロ 介護連携加算2 38点

A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)

1 入院基本料A 1,057点

(生活療養を受ける場合にあつては、1,042点)

2 入院基本料B 945点

(生活療養を受ける場合にあつては、929点)

3 入院基本料C 827点

(生活療養を受ける場合にあつては、813点)

- 4 入院基本料D 665点  
(生活療養を受ける場合にあつては、650点)
- 5 入院基本料E 575点  
(生活療養を受ける場合にあつては、560点)
- 注1 (略)
- 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つては、478点) を算定できる。
- 3～7 (略)
- 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～レ (略)
- ロ 医療的ケア児(者)入院前支援加算
- ツ・ネ (略)
- ナ 協力対象施設入所者入院加算
- 9～12 (略)

第2節 入院基本料等加算

区分

- A200 総合入院体制加算 (1日につき)
- 1 総合入院体制加算1 260点
- 2 総合入院体制加算2 200点
- 3 (略)
- 注 (略)
- 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

- 4 入院基本料D 653点  
(生活療養を受ける場合にあつては、638点)
- 5 入院基本料E 564点  
(生活療養を受ける場合にあつては、549点)
- 注1 (略)
- 2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点 (生活療養を受ける場合にあつては、473点) を算定できる。
- 3～7 (略)
- 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～レ (略)
- (新設)
- ロ・ツ (略)
- (新設)
- 9～12 (略)

第2節 入院基本料等加算

区分

- A200 総合入院体制加算 (1日につき)
- 1 総合入院体制加算1 240点
- 2 総合入院体制加算2 180点
- 3 (略)
- 注 (略)
- A200-2 急性期充実体制加算 (1日につき)
- (新設)
- 1 7日以内の期間 460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。

2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ 急性期充実体制加算1の場合 90点  
ロ 急性期充実体制加算2の場合 60点

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

2 8日以上11日以内の期間 250点  
3 12日以上14日以内の期間 180点

(新設)

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

(新設)

2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

合している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からA203まで～A204-3 (略)

A205 救急医療管理加算 (1日につき)

1・2 (略)

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。

2・3 (略)

A205-2～A206 (略)

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	140点
2	診療録管理体制加算2	100点
3	診療録管理体制加算3	30点

注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労

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からA203まで～A204-3 (略)

A205 救急医療管理加算 (1日につき)

1・2 (略)

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。

2・3 (略)

A205-2～A206 (略)

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

(新設)

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	<u>1,070点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>855点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>725点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>630点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>530点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>450点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>370点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>320点</u>

2 医師事務作業補助体制加算2

イ	15対1補助体制加算	<u>995点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>790点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>665点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>580点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>495点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>415点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>335点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>280点</u>

注（略）

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1～4（略）

注1・2（略）

働大臣が定める施設基準に適合している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	<u>1,050点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>835点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>705点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>610点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>510点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>430点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>350点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>300点</u>

2 医師事務作業補助体制加算2

イ	15対1補助体制加算	<u>975点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>770点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>645点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>560点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>475点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>395点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>315点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>260点</u>

注（略）

A207-3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1～4（略）

注1・2（略）

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。

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、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・A208

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 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

3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

A207-4・A208

A209 削除

る。

A 2 1 0 ・ A 2 1 1 (略)

A 2 1 2 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 ・ 2 (略)

注 1 ・ 2 (略)

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 A 3 0 1 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 A 3 0 1 - 4 に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号 A 3 0 2 - 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 A 3 0 3 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。

4 (略)

A 2 1 3 (略)

A 2 1 4 看護補助加算 (1日につき)

1 ~ 3 (略)

注 1 ・ 2 (略)

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。

A 2 1 0 ・ A 2 1 1 (略)

A 2 1 2 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 ・ 2 (略)

注 1 ・ 2 (略)

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 A 3 0 1 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 A 3 0 1 - 4 に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号 A 3 0 3 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。

4 (略)

A 2 1 3 (略)

A 2 1 4 看護補助加算 (1日につき)

1 ~ 3 (略)

注 1 ・ 2 (略)

3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り 165 点 を更に所定点数に加算する。

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

A215からA217まで～A220 (略)

A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算 (1日につき)

1・2 (略)

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

4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

A215からA217まで～A220 (略)

A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 (1日につき)

1・2 (略)

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

△ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症  
A 2 2 1～A 2 2 6－3 (略)

A 2 2 6－4 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A 2 2 6－2に掲げる緩和ケア診療加算は別に算定できない。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

A 2 2 7 (略)  
(削る)

(新設)

A 2 2 1～A 2 2 6－3 (略)

(新設)

A 2 2 7 (略)

A 2 2 7－2 精神科措置入院退院支援加算(退院時1回)

600点

注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退

A 2 2 8～A 2 3 1－4 (略)

A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)

1・2 (略)

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のイ又はロの所定点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。

2 (略)

A 2 3 3 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

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

院時1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 2 8～A 2 3 1－4 (略)

A 2 3 2 がん拠点病院加算 (入院初日)

1・2 (略)

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。

2 (略)

A 2 3 3 削除

(新設)



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・A234 (略)

A234-2 感染対策向上加算 (入院初日)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、3点を更に所定点数に加算する。

5 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、抗菌薬適正使用加算として、5点を更に所定点数に加算する。

A234-3～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

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 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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

A233-2・A234 (略)

A234-2 感染対策向上加算 (入院初日)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。  
(新設)

A234-3～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

1 後発医薬品使用体制加算1 47点

2 後発医薬品使用体制加算2 42点

3 後発医薬品使用体制加算3 37点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下こ

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。

- (削る)
- (削る)
- (削る)

A 2 4 3 - 2 バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等含む。) 又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。) 及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

1・2 (略)

注1 (略)

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

の区分番号において同じ。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 後発医薬品使用体制加算 1 67点
- ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62点
- ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57点

(新設)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

1・2 (略)

注 (略)

(新設)

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。

A 2 4 5 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 (略)

2 3及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施

A 2 4 5 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 140点
  - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210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 150点
  - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220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 140点
  - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210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 150点
  - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

注1 (略)

2 3及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施

設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、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。

。(削る)

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 入退院支援加算3は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

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

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。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 入退院支援加算3は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を

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 (略)

4～6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し  
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保  
険医療機関に入院している患者であって別に厚  
生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支  
援を行った場合に、その支援の内容に応じて、  
次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算  
する。

イ 入院時支援加算 1 240点

ロ (略)

8 (略)

9 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入  
院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在  
宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者  
等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った  
場合に、入院事前調整加算として、200点を更  
に所定点数に加算する。

A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算 (退院時 1 回) 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 A 1 0 3 に掲  
げる精神病棟入院基本料の注 7 若しくは区分番  
号 A 3 1 2 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  
A 2 3 0 - 2 に掲げる精神科地域移行実施加算

行った場合

ロ (略)

4～6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し  
ているものとして地方厚生局長等に届け出た保  
険医療機関に入院している患者であって別に厚  
生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支  
援を行った場合に、その支援の内容に応じて、  
次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算  
する。

イ 入院時支援加算 1 230点

ロ (略)

8 (略)

(新設)

(新設)

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つて、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

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

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 1,000点

（新設）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定

している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。)の患者等を訪問し、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。

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、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。

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)

- |            |      |
|------------|------|
| 1 認知症ケア加算1 |      |
| イ 14日以内の期間 | 180点 |
| ロ 15日以上期間  | 34点  |
| 2 認知症ケア加算2 |      |
| イ 14日以内の期間 | 112点 |
| ロ 15日以上期間  | 28点  |
| 3 認知症ケア加算3 |      |
| イ 14日以内の期間 | 44点  |
| ロ 15日以上期間  | 10点  |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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

A247 認知症ケア加算(1日につき)

- |            |      |
|------------|------|
| 1 認知症ケア加算1 |      |
| イ 14日以内の期間 | 160点 |
| ロ 15日以上期間  | 30点  |
| 2 認知症ケア加算2 |      |
| イ 14日以内の期間 | 100点 |
| ロ 15日以上期間  | 25点  |
| 3 認知症ケア加算3 |      |
| イ 14日以内の期間 | 40点  |
| ロ 15日以上期間  | 10点  |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定

できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算(認知症ケア加算1を算定する場合に限る。) 又は区分番号A247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

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～A252 (略)

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。

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料(1日につき)

できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

A247-2～A252 (略)

(新設)

第3節 特定入院料

区分

A300 救命救急入院料(1日につき)



1	救命救急入院料 1	
イ	3日以内の期間	<u>10,268点</u>
ロ	4日以上7日以内の期間	<u>9,292点</u>
ハ	8日以上	<u>7,934点</u>
2	救命救急入院料 2	
イ	3日以内の期間	<u>11,847点</u>
ロ	4日以上7日以内の期間	<u>10,731点</u>
ハ	8日以上	<u>9,413点</u>
3	救命救急入院料 3	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	<u>10,268点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>9,292点</u>
(3)	8日以上	<u>7,934点</u>
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	<u>10,268点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>9,292点</u>
(3)	8日以上60日以内の期間	<u>8,356点</u>
4	救命救急入院料 4	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	<u>11,847点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>10,731点</u>
(3)	8日以上	<u>9,413点</u>
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	<u>11,847点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>10,731点</u>
(3)	8日以上14日以内の期間	<u>9,413点</u>
(4)	15日以上60日以内の期間	<u>8,356点</u>
注1～6 (略)		
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	

1	救命救急入院料 1	
イ	3日以内の期間	<u>10,223点</u>
ロ	4日以上7日以内の期間	<u>9,250点</u>
ハ	8日以上	<u>7,897点</u>
2	救命救急入院料 2	
イ	3日以内の期間	<u>11,802点</u>
ロ	4日以上7日以内の期間	<u>10,686点</u>
ハ	8日以上	<u>9,371点</u>
3	救命救急入院料 3	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	<u>10,223点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>9,250点</u>
(3)	8日以上	<u>7,897点</u>
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	<u>10,223点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>9,250点</u>
(3)	8日以上60日以内の期間	<u>8,318点</u>
4	救命救急入院料 4	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	<u>11,802点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>10,686点</u>
(3)	8日以上	<u>9,371点</u>
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	<u>11,802点</u>
(2)	4日以上7日以内の期間	<u>10,686点</u>
(3)	8日以上14日以内の期間	<u>9,371点</u>
(4)	15日以上60日以内の期間	<u>8,318点</u>
注1～6 (略)		
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 (略)

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～チ (略)

8～11 (略)

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

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

(2) 8日以上期間 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

3 特定集中治療室管理料3

れるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

8～11 (略)

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

1 特定集中治療室管理料1

イ 7日以内の期間 14,211点

ロ 8日以上期間 12,633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 14,211点

(2) 8日以上期間 12,633点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 7日以内の期間 14,211点

(2) 8日以上60日以内の期間 12,833点

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	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	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
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	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	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1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2、4及び6に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2、4及び6に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険

イ	7日以内の期間	9,697点
ロ	8日以上	8,118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	9,697点
(2)	8日以上	8,118点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	7日以内の期間	9,697点
(2)	8日以上60日以内の期間	8,318点
	(新設)	
	(新設)	

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 （略）

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 （略）

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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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～チ （略）

4～6 （略）

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つて別に

に入院している患者であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 （略）

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 （略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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～チ （略）

4～6 （略）

（新設）

厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。

- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）
- 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 (略)
- 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 (略)  
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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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

- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）
- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,855点
  - 2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,224点
- 注1 (略)
- 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 (略)  
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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。）

地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

3・4 (略)

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 (略)

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、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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業  
務実施加算2、データ提出加算、入退院支援  
加算 (1のイ及び3に限る。)、認知症ケア  
加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神  
疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地  
域医療体制確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

3・4 (略)

A301-4 小児特定集中治療室管理料 (1日につき)

1 7日以内の期間 16,362点

2 8日以上期間 14,256点

ハ～チ (略)

3・4 (略)

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (1日につき  
6,013点)

注1 (略)

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、  
第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断の  
うち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入  
院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療  
加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送  
入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域  
加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算  
、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患  
者サポート体制充実加算、重症患者初期支援  
充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイ  
リスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算  
2、データ提出加算、入退院支援加算 (1の  
イ及び3に限る。)、認知症ケア加算、せん  
妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体  
制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制  
確保加算を除く。)

ハ～チ (略)

3・4 (略)

A301-4 小児特定集中治療室管理料 (1日につき)

1 7日以内の期間 16,317点

2 8日以上期間 14,211点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、臓器移植を行った小児にあつては30日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

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、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。）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。））、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

)、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～チ (略)

3・4 (略)

A302 新生児特定集中治療室管理料 (1日につき)

- 1 新生児特定集中治療室管理料1 10,584点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 8,472点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて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グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては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つては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 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。

ハ～チ (略)

3・4 (略)

A302 新生児特定集中治療室管理料 (1日につき)

- 1 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては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つては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 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 (略)

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～チ (略)

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

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して7日を限度として、所定点数を算定する。

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

(新設)

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、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）

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 10,584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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1につ

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

1 母体・胎児集中治療室管理料 7,381点

2 新生児集中治療室管理料 10,539点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて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つては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては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つては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあつ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（略）

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

いては妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては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つては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあつ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（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重

。)、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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後<sup>じゆ</sup>疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～リ (略)

3 (略)

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

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日)を

症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後<sup>じゆ</sup>疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ～リ (略)

3 (略)

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)

5,697点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては140日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日)を限度として算定する。

限度として算定する。

- 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 (略)

- 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。）

ハ～チ (略)

A304 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050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。

- 2 入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

- 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 (略)

- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～チ (略)

A304 削除  
(新設)

(新設)

3 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の10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。

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、特定感染症入院医療管理加算、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、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

（新設）

（新設）

料、B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料、B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料(I)、B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料(II)、B001-6に掲げる肺血栓塞栓症予防管理料、B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料、B001-8に掲げる膈ヘルニア圧迫指導管理料、B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)、B004に掲げる退院時共同指導料1、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、B00  
5-8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）、B  
005-14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、B  
008-2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、B0  
11-4に掲げる医療機器安全管理料、B0  
11-5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  
、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、B0  
01-2-7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、B0  
01-3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）、B00  
3に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、B  
004に掲げる退院時共同指導料1、B00  
5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、B0

05-1-3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費用に限る）を除く。）

二 第3部検査の費用（区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）、D295に掲げる関節鏡検査（片側）、D296に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問わず一連につき）、D298-2に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭ファイバースコープ、D300に掲げる中耳ファイバースコープ、D300-2に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気管支ファイバースコープ、D302-2に掲げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道ファイバースコープ、D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコ

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、D  
310-2に掲げる消化管通過性検査、D3  
11に掲げる直腸鏡検査、D311-2に掲  
げる肛門鏡検査、D312に掲げる直腸ファ  
イバースコピー、D312-2に掲げる回腸  
囊ファイバースコピー、D313に掲げる大  
腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査  
、D315に掲げる腹腔ファイバースコピー  
、D316に掲げるクルドスコピー、D31  
7に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー、D  
317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D31  
8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、D32  
1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、D4  
01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）、D  
407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D4  
08に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲

げるリンパ節等<sup>せん</sup>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<sup>せん</sup>穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺<sup>せん</sup>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。）、D412-3に掲げる経頸<sup>けい</sup>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<sup>せん</sup>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<sup>せん</sup>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<sup>せん</sup>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<sup>ちつ</sup>腔部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子体液）検査）、区分番号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、D296-3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）、D296-2に掲げる鼻咽<sup>くう</sup>腔直達鏡検査、D298に掲げる嗅

裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコーピー（部位を問わず一連につき）、D 2 9 8  
- 2 に掲げる内視鏡下嚥下機能検査、D 2 9  
9 に掲げる喉頭ファイバースコーピー、D 3 0  
0 に掲げる中耳ファイバースコーピー、D 3 0  
0 - 2 に掲げる顎関節鏡検査（片側）、D 3  
0 2 に掲げる気管支ファイバースコーピー、D  
3 0 2 - 2 に掲げる気管支カテーテル気管支  
肺胞洗浄法検査、D 3 0 3 に掲げる胸腔鏡検  
査、D 3 0 4 に掲げる縦隔鏡検査、D 3 0 6  
に掲げる食道ファイバースコーピー、D 3 0 8  
に掲げる胃・十二指腸ファイバースコーピー、  
D 3 0 9 に掲げる胆道ファイバースコーピー、  
D 3 1 0 に掲げる小腸内視鏡検査、D 3 1 0  
- 2 に掲げる消化管通過性検査、D 3 1 1 に  
掲げる直腸鏡検査、D 3 1 1 - 2 に掲げる肛  
門鏡検査、D 3 1 2 に掲げる直腸ファイバー  
スコーピー、D 3 1 2 - 2 に掲げる回腸囊ファ  
イバースコーピー、D 3 1 3 に掲げる大腸内視  
鏡検査、D 3 1 4 に掲げる腹腔鏡検査、D 3  
1 5 に掲げる腹腔ファイバースコーピー、D 3  
1 6 に掲げるクルドスコーピー、D 3 1 7 に掲  
げる膀胱尿道ファイバースコーピー、D 3 1 7  
- 2 に掲げる膀胱尿道鏡検査、D 3 1 8 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）、D 3 1 9 に掲げる腎  
盂尿管ファイバースコーピー（片側）、D 3 2  
0 に掲げるヒステロスコーピー、D 3 2 1 に掲  
げるコルポスコーピー、D 3 2 2 に掲げる子宮  
ファイバースコーピー、D 3 2 3 に掲げる乳管  
鏡検査、D 3 2 4 に掲げる血管内視鏡検査、

D 3 2 5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、D 4 0 1に掲げる脳室穿刺、D 4 0 2に掲げる後頭下穿刺、D 4 0 3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。）、D 4 0 4に掲げる骨髄穿刺、D 4 0 4-2に掲げる骨髄生検、D 4 0 5に掲げる関節穿刺（片側）、D 4 0 6に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D 4 0 6-2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）、D 4 0 7に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D 4 0 8に掲げるダグラス窩穿刺、D 4 0 9に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D 4 0 9-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D 4 1 0に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D 4 1 1に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D 4 1 2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。）、D 4 1 2-2に掲げる経皮的腎生検法、D 4 1 2-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D 4 1 3に掲げる前立腺針生検法、D 4 1 4に掲げる内視鏡下生検法（1臓器につき）、D 4 1 4-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、D 4 1 5に掲げる経気管肺生検法、D 4 1 5-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（EBUS-TBNA）、D 4 1 5-3に掲げる経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）、D 4 1 5-4に掲げる経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）、D 4 1 5-5に掲げる経気管支凍結生検法、D 4 1 6に掲げる臓器穿刺、組織採

取、D417に掲げる組織試験採取、切採法  
、D418に掲げる子宮腔部等からの検体採  
取、D419に掲げるその他の検体採取及び  
D419-2に掲げる眼内液（前房水・硝子  
体液）検査に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）、D2  
95に掲げる関節鏡検査（片側）、D296  
に掲げる喉頭直達鏡検査、D296-2に掲  
げる鼻咽腔直達鏡検査、D296-3に掲  
げる内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等  
解析（インフルエンザの診断の補助に用いる  
もの）、D298に掲げる嗅裂部・鼻咽腔・  
副鼻腔入口部ファイバースコープ（部位を問  
わず一連につき）、D298-2に掲げる内  
視鏡下嚥下機能検査、D299に掲げる喉頭  
ファイバースコープ、D300に掲げる中耳  
ファイバースコープ、D300-2に掲げる  
顎関節鏡検査（片側）、D302に掲げる気  
管支ファイバースコープ、D302-2に掲  
げる気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査  
、D303に掲げる胸腔鏡検査、D304に  
掲げる縦隔鏡検査、D306に掲げる食道フ  
ァイバースコープ、D308に掲げる胃・十  
二指腸ファイバースコープ、D309に掲  
げる胆道ファイバースコープ、D310に掲  
げる小腸内視鏡検査、D310-2に掲げる消  
化管通過性検査、D311に掲げる直腸鏡検  
査、D311-2に掲げる肛門鏡検査、D3  
12に掲げる直腸ファイバースコープ、D3



12-2に掲げる回腸囊ファイバースコープ、D313に掲げる大腸内視鏡検査、D314に掲げる腹腔鏡検査、D315に掲げる腹腔ファイバースコープ、D316に掲げるクルドスコープ、D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ、D317-2に掲げる膀胱尿道鏡検査、D318に掲げる尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）、D319に掲げる腎盂尿管ファイバースコープ（片側）、D320に掲げるヒステロスコープ、D321に掲げるコルポスコピー、D322に掲げる子宮ファイバースコープ、D323に掲げる乳管鏡検査、D324に掲げる血管内視鏡検査、D325に掲げる肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、脾臓カテーテル法、D401に掲げる脳室穿刺、D402に掲げる後頭下穿刺、D403に掲げる腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）、D404に掲げる骨髄穿刺、D404-2に掲げる骨髄生検、D405に掲げる関節穿刺（片側）、D406に掲げる上顎洞穿刺（片側）、D406-2に掲げる扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）、D407に掲げる腎嚢胞又は水腎症穿刺、D408に掲げるダグラス窩穿刺、D409に掲げるリンパ節等穿刺又は針生検、D409-2に掲げるセンチネルリンパ節生検（片側）、D410に掲げる乳腺穿刺又は針生検（片側）、D411に掲げる甲状腺穿刺又は針生検、D412に掲げる経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超

音波検査を含む。) 、D412-2に掲げる経皮的腎生検法、D412-3に掲げる経頸静脈的肝生検、D413に掲げる前立腺針生検法、D414に掲げる内視鏡下生検法(臓器につき)、D414-2に掲げる超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)、D415に掲げる経気管肺生検法、D415-2に掲げる超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)、D415-3に掲げる経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)、D415-4に掲げる経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)、D415-5に掲げる経気管支凍結生検法、D416に掲げる臓器穿刺、組織採取、D417に掲げる組織試験採取、切採法、D418に掲げる子宮腔部等からの検体採取、D419に掲げるその他の検体採取及びD419-2に掲げる眼内液(前房水・硝子体液)検査に掲げる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並びに区分番号E003に掲げる造影剤注入手技(3のイ(注1及び注2を含む。))に規定する費用に限る。))並びに区分番号E300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に掲げる画像診断に係るものに限る。)を除く。)

ヘ 第5部投薬

ト 第6部注射(区分番号G020に掲げる無

菌製剤処理料を除く。)

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に掲げる熱傷処置 (5に限る。)、区分番号J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置 (入院)、区分番号J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創)、区分番号J003-4に掲げる多血小板血漿<sup>しょう</sup>処置、区分番号J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍<sup>のう</sup>等穿刺術、区分番号J017に掲げるエタノールの局所注入、区分番号J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号J027に掲げる高気圧酸素治療、区分番号J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、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<sup>ろ</sup>、区分番号J039に掲げる血漿<sup>しょう</sup>交換療法、区分番号J040に掲げる局所灌流<sup>かん</sup>、区分番号J041に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号J041-2に掲げる血球成分除去療法、区分番号J042に掲げる腹膜灌流<sup>かん</sup>、区分番号J043-6に掲げる人工臍臓療法、区分番号J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号J047に掲げるカウンターショック、区分番号J047-2に掲げる心腔内除細動<sup>くわう</sup>、区分番号J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号J052-2に掲げる熱傷温浴療法、区分番号

J 0 5 4 - 2 に掲げる皮膚レーザー照射療法  
、区分番号 J 0 6 2 に掲げる腎盂内注入（尿  
管カテーテル法を含む。）、区分番号 J 1 1  
6 - 5 に掲げる酵素注射療法、区分番号 J 1  
1 8 - 4 に掲げる歩行運動処置（ロボットス  
ーツによるもの）、区分番号 J 1 2 2 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チャーレ  
として切割使用した場合を除く。）、区分番号  
J 1 2 3 に掲げる体幹ギプス包帯（既装着の  
ギプス包帯をギプスチャーレとして切割使用  
した場合を除く。）、区分番号 J 1 2 4 に掲  
げる鎖骨ギプス包帯（片側）（既装着のギプ  
ス包帯をギプスチャーレとして切割使用した  
場合を除く。）、区分番号 J 1 2 5 に掲げる  
ギプスベッド（既装着のギプス包帯をギプス  
チャーレとして切割使用した場合を除く。）  
、区分番号 J 1 2 6 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チャーレ  
として切割使用した場合を除く。）、区分番  
号 J 1 2 7 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チャーレ  
として切割使用した場合を除く。）、区分番  
号 J 1 2 8 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チャーレとし  
て切割使用した場合を除く。）、区分番号 J  
1 2 9 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チャーレと  
して切割使用した場合を除く。）、区分番号 J  
1 2 9 - 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。))、区分番号J300に掲げる薬剤(区分番号J001に掲げる熱傷処置(5に限る。)、区分番号J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置(入院)、区分番号J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、区分番号J003-4に掲げる多血小板血漿処置、区分番号J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、区分番号J017に掲げるエタノールの局所注入、区分番号J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号J027に掲げる高気圧酸素治療、区分番号J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、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、区分番号J040に掲げる局所灌流、区分番号J041に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号J041-2に掲げる血球成分除去療法、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J043-6に掲げる人工脾臓療法、区分番号J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号J047に掲げるカウンターショック、区分番号J047-2に掲げる心腔内除細動、区分番号J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号J052-2に掲げる熱傷温浴療法、区分番号J054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、区分番

号J062に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、区分番号J116-5に掲げる酵素注射療法、区分番号J118-4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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。）、区分番号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

。)に掲げる処置に係るものに限る。)及び区分番号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。)、区分番号J003に掲げる局所陰圧閉鎖処置(入院)、区分番号J003-3に掲げる局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、区分番号J003-4に掲げる多血小板血漿処置、区分番号J007-2に掲げる硬膜外自家血注入、区分番号J010-2に掲げる経皮的肝膿瘍等穿刺術、区分番号J017に掲げるエタノールの局所注入、区分番号J017-2に掲げるリンパ管腫局所注入、区分番号J027に掲げる高気圧酸素治療、区分番号J034-3に掲げる内視鏡的結腸軸捻転解除術、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、区分番号J040に掲げる局所灌流、区分番号J041に掲げる吸着式血液浄化法、区分番号J041-2に掲げる血球成分除去療法、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J043-6に掲げる人工膀胱療法、区分番号J043-7に掲げる経会陰的放射線治療用材料局所注入、区分番号J045-2に掲げる一酸化窒素吸入療法、区分番号J047に掲げるカウンターショック、区分番号J047-2に掲げる心腔内除細動、区分番号J049に掲げる食道圧迫止血チューブ挿入法、区分番号J052-2に掲げる熱傷温浴療法、区分番号J054-2に掲げる皮膚レーザー照射療法、区分番号J0

6 2に掲げる腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、区分番号J 1 1 6－5に掲げる酵素注射療法、区分番号J 1 1 8－4に掲げる歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、区分番号J 1 2 2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。）、区分番号J 1 2 3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。）、区分番号J 1 2 4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。）、区分番号J 1 2 5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。）、区分番号J 1 2 6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。）、区分番号J 1 2 7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。）、区分番号J 1 2 8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。）、区分番号J 1 2 9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。）、区分番号J 1 2 9－2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



掲げる処置に係るものに限る。)

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を除く。)

5 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。 (新設)

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

6 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(看護補助体制加算を算定する患者に限る。)については、夜間看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 (新設)

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

7 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している (新設)

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。

- 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。

(新設)

- イ 看護補助体制充実加算 1 25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

- 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。

(新設)

- 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

- 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

(新設)

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。

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 9,413点
- 2 15日以上期間 8,147点

注1 (略)

- 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 (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>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～ホ (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,090点

注1～3 (略)

- 4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 9,371点
- 2 15日以上期間 8,108点

注1 (略)

- 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 (略)

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ～ホ (略)

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき） 2,070点

注1～3 (略)

- 4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中

の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又第6の3(2)のロの④に規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,927点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,761点

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。

6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者(重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第6の3(2)のロの④に規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる

の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のロに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,909点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,743点

5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のロ及び2のロに限る。))、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。

)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者(重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のロに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数

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

7 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、2,011点を算定する。

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1 小児入院医療管理料1	<u>4,807点</u>
2 小児入院医療管理料2	<u>4,275点</u>
3 小児入院医療管理料3	<u>3,849点</u>
4 小児入院医療管理料4	<u>3,210点</u>
5 小児入院医療管理料5	<u>2,235点</u>

注1 (略)

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

3 (略)

をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,717点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,569点

(新設)

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1 小児入院医療管理料1	<u>4,750点</u>
2 小児入院医療管理料2	<u>4,224点</u>
3 小児入院医療管理料3	<u>3,803点</u>
4 小児入院医療管理料4	<u>3,171点</u>
5 小児入院医療管理料5	<u>2,206点</u>

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- 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

5～8 (略)

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。

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。

11 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

5～8 (略)

(新設)

(新設)

9 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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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。

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

8までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

10 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療

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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

- 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

加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

- 11 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報



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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>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）

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1  
2,229点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,215点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2  
2,166点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,151点)
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3  
1,917点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,902点)
- 4 回復期リハビリテーション病棟入院料4  
1,859点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,845点)
- 5 回復期リハビリテーション病棟入院料5  
1,696点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,682点)
- 6 回復期リハビリテーション入院医療管理料  
1,859点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,845点)

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

告書管理体制加算、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛<sup>とう</sup>管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算並びに第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1  
2,129点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点)
  - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2  
2,066点  
(生活療養を受ける場合にあつては、2,051点)
  - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3  
1,899点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,884点)
  - 4 回復期リハビリテーション病棟入院料4  
1,841点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,827点)
  - 5 回復期リハビリテーション病棟入院料5  
1,678点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,664点)
- (新設)

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方

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<sup>27</sup>又は療養病棟入院料2の入院料<sup>27</sup>の例により、それぞれ算定する。

- 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。

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、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。

3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

(削る)

4	(略)	
A308-2	(略)	
A308-3	地域包括ケア病棟入院料（1日につき）	
1	地域包括ケア病棟入院料1	
イ	40日以内の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、2,823点)	2,838点
ロ	41日以上期間 (生活療養を受ける場合にあつては、2,675点)	2,690点
2	地域包括ケア入院医療管理料1	
イ	40日以内の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、2,823点)	2,838点
ロ	41日以上期間 (生活療養を受ける場合にあつては、2,675点)	2,690点
3	地域包括ケア病棟入院料2	
イ	40日以内の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、2,634点)	2,649点
ロ	41日以上期間	2,510点

4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	体制強化加算1	200点
ロ	体制強化加算2	120点

5 (略)

A308-2	(略)	
A308-3	地域包括ケア病棟入院料（1日につき）	
1	地域包括ケア病棟入院料1 (生活療養を受ける場合にあつては、2,794点) (新設)	2,809点
	(新設)	
2	地域包括ケア入院医療管理料1 (生活療養を受ける場合にあつては、2,794点) (新設)	2,809点
	(新設)	
3	地域包括ケア病棟入院料2 (生活療養を受ける場合にあつては、2,605点) (新設)	2,620点
	(新設)	

	<u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,495点)</u>
4	地域包括ケア入院医療管理料 2
	<u>イ 40日以内の期間 2,649点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,634点)</u>
	<u>ロ 41日以上期間 2,510点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,495点)</u>
5	地域包括ケア病棟入院料 3
	<u>イ 40日以内の期間 2,312点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,297点)</u>
	<u>ロ 41日以上期間 2,191点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,176点)</u>
6	地域包括ケア入院医療管理料 3
	<u>イ 40日以内の期間 2,312点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,297点)</u>
	<u>ロ 41日以上期間 2,191点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,176点)</u>
7	地域包括ケア病棟入院料 4
	<u>イ 40日以内の期間 2,102点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,086点)</u>
	<u>ロ 41日以上期間 1,992点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、1,976点)</u>
8	地域包括ケア入院医療管理料 4
	<u>イ 40日以内の期間 2,102点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,086点)</u>
	<u>ロ 41日以上期間 1,992点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、1,976点)</u>

4	地域包括ケア入院医療管理料 2	<u>2,620点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,605点)</u>
	(新設)	
	(新設)	
5	地域包括ケア病棟入院料 3	<u>2,285点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,270点)</u>
	(新設)	
	(新設)	
6	地域包括ケア入院医療管理料 3	<u>2,285点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,270点)</u>
	(新設)	
	(新設)	
7	地域包括ケア病棟入院料 4	<u>2,076点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,060点)</u>
	(新設)	
	(新設)	
8	地域包括ケア入院医療管理料 4	<u>2,076点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあつては、2,060点)</u>
	(新設)	
	(新設)	

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。

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

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I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

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つては、それぞれ2,445点、2,316点、2,445点、2,316点、2,257点、2,138点、2,225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

括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。

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。

3 (略)

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の看護補助体制充実加算は別に算定できない。

(削る)

(削る)

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

ハ 看護補助体制充実加算3 165点

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

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護補助者配置加算 160点

ロ 看護補助体制充実加算 165点

(新設)

5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急



性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 在宅患者支援病床初期加算

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

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 480点

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

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

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 (略)

ロ 在宅患者支援病床初期加算

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点

(新設)

(新設)

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

(新設)

② ①の患者以外の患者の場合 380点

7 診療に係る費用（注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

8～13 (略)

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1 特殊疾患病棟入院料1 2,090点

(新設)

6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

7～12 (略)

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

1 特殊疾患病棟入院料1 2,070点

2 特殊疾患病棟入院料2 注1～3 (略)	<u>1,694点</u>
4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の口に規定する医療区分2の患者又は第6の3(2)の口の④に規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	
イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	<u>1,928点</u>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	<u>1,763点</u>
ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	<u>1,675点</u>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	<u>1,508点</u>
5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、 <u>特定感染症患者療養環境特別加算</u> 、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算	

2 特殊疾患病棟入院料2 注1～3 (略)	<u>1,675点</u>
4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の口に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)の <u>上</u> に規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。	
イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	<u>1,910点</u>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	<u>1,745点</u>
ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	<u>1,657点</u>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	<u>1,491点</u>
5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算	

、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。

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3①のロに規定する医療区分2の患者又は第6の3②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

(1) 医療区分2の患者に相当するもの  
1,735点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの  
1,586点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの  
1,507点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの  
1,357点

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J0

（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに除外薬剤・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。

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3①のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3②のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの  
1,717点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの  
1,569点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの  
1,490点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの  
1,341点

(新設)

39に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流かんりゅうを行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、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 2,010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）

- 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日以上の間 3,373点
- 2 緩和ケア病棟入院料2
  - 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日以上の間 3,321点

注1・2 (略)

- 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、褥瘡じよくそうハイリスク患者ケア加算、データ提出加

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

- 1 緩和ケア病棟入院料1
  - イ 30日以内の期間 5,107点
  - ロ 31日以上60日以内の期間 4,554点
  - ハ 61日以上の間 3,350点
- 2 緩和ケア病棟入院料2
  - イ 30日以内の期間 4,870点
  - ロ 31日以上60日以内の期間 4,401点
  - ハ 61日以上の間 3,298点

注1・2 (略)

- 3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡じよくそう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。）

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。

4 (略)

A311 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	<u>2,420点</u>
2	31日以上60日以内の期間	<u>2,120点</u>
3	61日以上90日以内の期間	<u>1,918点</u>

注1 (略)

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

及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

4 (略)

A311 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	<u>2,400点</u>
2	31日以上60日以内の期間	<u>2,100点</u>
3	61日以上90日以内の期間	<u>1,900点</u>

注1 (略)

2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を

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。

3 (略)  
(削る)

4・5 (略)

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)

1	精神科急性期治療病棟入院料1	
イ	30日以内の期間	<u>2,020点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,719点</u>
ハ	61日以上90日以内の期間	<u>1,518点</u>
2	精神科急性期治療病棟入院料2	
イ	30日以内の期間	<u>1,903点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,618点</u>

算定するものに限る。) 、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。) は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

3 (略)

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する

5・6 (略)

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)

1	精神科急性期治療病棟入院料1	
イ	30日以内の期間	<u>2,000点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,700点</u>
ハ	61日以上90日以内の期間	<u>1,500点</u>
2	精神科急性期治療病棟入院料2	
イ	30日以内の期間	<u>1,885点</u>
ロ	31日以上60日以内の期間	<u>1,600点</u>

ハ 61日以上90日以内の期間 1,466点

注1 (略)

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<sup>じよくそう</sup>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。

3 (略)

(削る)

ハ 61日以上90日以内の期間 1,450点

注1 (略)

2 診療に係る費用(注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、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<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。)、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3 (略)

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者(区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該



A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- |   |               |               |
|---|---------------|---------------|
| 1 | 30日以内の期間      | <u>3,624点</u> |
| 2 | 31日以上60日以内の期間 | <u>3,323点</u> |
| 3 | 61日以上90日以内の期間 | <u>3,123点</u> |

注1 (略)

- 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

患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- |   |               |               |
|---|---------------|---------------|
| 1 | 30日以内の期間      | <u>3,600点</u> |
| 2 | 31日以上60日以内の期間 | <u>3,300点</u> |
| 3 | 61日以上90日以内の期間 | <u>3,100点</u> |

注1 (略)

- 2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーシ

H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号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。

3 （略）  
（削る）

4 （略）

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1 （略）

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

ョン料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

3 （略）

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する

5 （略）

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）  
2,995点

注1 （略）

2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算

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。

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。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料 (1日につき) 1,108点

注1 (略)

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

、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

(新設)

A 3 1 2 精神療養病棟入院料 (1日につき) 1,091点

注1 (略)

2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救

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。

3・4 (略)  
(削る)

5・6 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料(1日につき)

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

急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料及び区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第8部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3・4 (略)

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。

6・7 (略)

A313 (略)

A314 認知症治療病棟入院料(1日につき)

1 認知症治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,811点

ロ 31日以上60日以内の期間 1,503点

ハ 61日以上の期間	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 (略)	
(削る)	

2 (略)

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-

ハ 61日以上の期間	1,204点
2 認知症治療病棟入院料 2	
イ 30日以内の期間	1,318点
ロ 31日以上60日以内の期間	1,112点
ハ 61日以上の期間	988点
注1 (略)	

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

3 (略)

4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（1に限る。）、区分番号H004に掲げる摂食機能療法及

3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

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。

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。

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

び区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

（新設）

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。

- 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。
- 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。
- 6 診療に係る費用（注2及び注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、特定感染症入院医療管理加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急

搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、  
精神科入退院支援加算、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H00  
1-2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。

A316 削除

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

- |         |            |        |
|---------|------------|--------|
| 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 |
| 注1～5（略） |            |        |

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

A315及びA316 削除

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

- |         |            |        |
|---------|------------|--------|
| 1       | 特定一般病棟入院料1 | 1,152点 |
| 2       | 特定一般病棟入院料2 | 987点   |
| 注1～5（略） |            |        |

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、H I V感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算、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。

- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が

補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの入院する患者に対し、必要があつて地域包括ケア入院医療管理が

行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点又は1,796点を、41日以上期間においては、それぞれ2,330点、2,151点、1,902点又は1,702点を算定する。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。

- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、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

行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）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。

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。

9 (略)

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料 (1日につき)

1,557点

注1～3 (略)

4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定す  
る加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診  
療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補  
助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1  
補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算  
、特定感染症患者療養環境特別加算、精神科措  
置入院診療加算、医療安全対策加算、感染対策  
向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書  
管理体制加算、データ提出加算、精神科入退  
院支援加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立  
支援加算、第2章第1部医学管理等の区分番号  
B 0 1 5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I 0 1 1に掲  
げる精神科退院指導料及び区分番号I 0 1 1-  
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。

A 3 1 9 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つては、2,215点)

注1 (略)

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B 0 0 1の10  
に掲げる入院栄養食事指導料及び区分番号B 0

9 (略)

A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料 (1日につき)

1,539点

注1～3 (略)

4 診療に係る費用(注2及び注3本文に規定す  
る加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診  
療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補  
助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1  
補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算  
、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退  
院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上  
加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理  
体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整  
加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看  
護職員処遇改善評価料、第2章第1部医学管理  
等の区分番号B 0 1 5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  
I 0 1 1に掲げる精神科退院指導料及び区分番  
号I 0 1 1-2に掲げる精神科退院前訪問指導  
料を除く。)並びに除外薬剤・注射薬に係る費  
用を除く。)は、地域移行機能強化病棟入院料  
に含まれるものとする。

A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

2,129点

(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点)

注1 (略)

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B 0 0 1の10  
に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療

11-6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含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

(2) (1)以外の場合 2,718点

ロ イ以外の場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点

(2) (1)以外の場合 1,359点

2 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）

、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、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。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

（新設）

イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

ロ イ以外の場合 2,718点

（新設）

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 9,537点  
(生活療養を受ける場合にあつては、9,463点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1  
及び2以外の場合 ロ その他のもの  
8,400点  
(生活療養を受ける場合にあつては、8,326点)

ハ D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT  
) 12,676点  
(生活療養を受ける場合にあつては、12,602点)

ニ D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉  
負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連と  
して) 9,194点  
(生活療養を受ける場合にあつては、9,120点)

ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査  
5,278点  
(生活療養を受ける場合にあつては、5,204点)

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つては、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つては、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つては、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つては、36,166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 10,549点  
(生活療養を受ける場合にあつては、10,475点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1  
及び2以外の場合 ロ その他のもの  
8,744点  
(生活療養を受ける場合にあつては、8,670点)

ハ D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT  
) 11,485点  
(生活療養を受ける場合にあつては、11,411点)

ニ D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉  
負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連と  
して) 8,312点  
(生活療養を受ける場合にあつては、8,238点)

ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査  
5,040点  
(生活療養を受ける場合にあつては、4,966点)

ヘ D413 前立腺針生検法 2 その他のも  
の 10,197点  
(生活療養を受ける場合にあつては、10,123点)

ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マー  
カー留置術 33,572点  
(生活療養を受ける場合にあつては、33,498点)

チ K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2  
手、足 (手に限る。) 16,224点  
(生活療養を受ける場合にあつては、16,150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。) 32,937点  
(生活療養を受ける場合にあつては、32,863点)

ヌ K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）

19,082点

（生活療養を受ける場合にあつては、19,008点）

ル K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）

20,549点

（生活療養を受ける場合にあつては、20,475点）

ヲ K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）

14,893点

（生活療養を受ける場合にあつては、14,819点）

ワ K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）

13,653点

（生活療養を受ける場合にあつては、13,579点）

カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術

18,038点

（生活療養を受ける場合にあつては、17,964点）

ヨ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

32,137点

（生活療養を受ける場合にあつては、32,063点）

タ K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（片側）

8,663点

（生活療養を受ける場合にあつては、8,589点）

レ K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（両側）

13,990点

（生活療養を受ける場合にあつては、13,916点）

ソ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法（片側）

6,524点

（生活療養を受ける場合にあつては、6,450点）

ツ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

ヌ K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）

20,611点

（生活療養を受ける場合にあつては、20,537点）

ル K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）

21,057点

（生活療養を受ける場合にあつては、20,983点）

ヲ K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）

15,180点

（生活療養を受ける場合にあつては、15,106点）

ワ K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）

13,878点

（生活療養を受ける場合にあつては、13,804点）

カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術

17,621点

（生活療養を受ける場合にあつては、17,547点）

ヨ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

35,663点

（生活療養を受ける場合にあつては、35,589点）

タ K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの

11,312点

（生活療養を受ける場合にあつては、11,238点）

（新設）

レ K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法

10,654点

（生活療養を受ける場合にあつては、10,580点）

（新設）

(両側) 14,425点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,351点)  
 ネ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前  
 転法 (片側) 11,000点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、10,926点)  
 ナ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前  
 転法 (両側) 19,357点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,283点)  
 ニ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のも  
 の (片側) 10,493点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、10,419点)  
 ム K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のも  
 の (両側) 17,249点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,175点)  
 ウ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するも  
 の) (片側) 8,437点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、8,363点)  
 キ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するも  
 の) (両側) 13,030点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、12,956点)  
 コ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 (片側)  
13,877点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、13,803点)  
 オ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 (両側)  
19,632点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、19,558点)  
 ク K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法  
 の併施 (片側) 20,488点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、20,414点)  
 ヤ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法  
 の併施 (両側) 33,119点

ノ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前  
 転法 18,016点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,942点)  
 (新設)  
 ニ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のも  
 の 16,347点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、16,273点)  
 (新設)  
 ネ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するも  
 の) 9,431点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、9,357点)  
 (新設)  
 ナ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法  
18,326点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、18,252点)  
 (新設)  
 ニ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法  
 の併施 22,496点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、22,422点)  
 (新設)

(生活療養を受ける場合にあつては、33,045点)  
 マ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマ  
 レーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は  
 帯状角膜変性に係るものに限る。)(片側)  
16,748点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、16,674点)  
 ケ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマ  
 レーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は  
 帯状角膜変性に係るものに限る。)(両側)  
28,464点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、28,390点)  
 フ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併  
 用眼内ドレーン挿入術(片側)34,516点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、34,442点)  
 コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併  
 用眼内ドレーン挿入術(両側)67,946点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、67,872点)  
 エ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを  
 挿入する場合 ロ その他のもの(片側)  
17,457点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,383点)  
 テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを  
 挿入する場合 ロ その他のもの(両側)  
31,685点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、31,611点)  
 ア K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを  
 挿入しない場合(片側)14,901点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,827点)  
 サ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを  
 挿入しない場合(両側)25,413点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,339点)

ム K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマ  
 レーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は  
 帯状角膜変性に係るものに限る。)20,426点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、20,352点)  
 (新設)  
 ウ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併  
 用眼内ドレーン挿入術37,155点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、37,081点)  
 (新設)  
 主 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを  
 挿入する場合 ロ その他のもの(片側)  
17,888点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、17,814点)  
 凵 K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを  
 挿入する場合 ロ その他のもの(両側)  
32,130点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、32,056点)  
 オ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを  
 挿入しない場合(片側)15,059点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、14,985点)  
 ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを  
 挿入しない場合(両側)25,312点  
 (生活療養を受ける場合にあつては、25,238点)



キ	K 3 1 8	鼓膜形成手術	31,981点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>31,907点</u>
ク	K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術	16,988点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>16,914点</u>
ケ	K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術 2	
		直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	<u>24,709点</u>
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>24,635点</u>
コ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	16,684点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>16,610点</u>
ク	K 4 7 4	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つては、)	<u>22,830点</u>
ケ	K 6 1 6 - 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つては、)	<u>25,939点</u>
コ	K 6 1 6 - 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つては、)	<u>25,983点</u>
カ	K 6 1 7	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つては、)	<u>20,292点</u>
キ	K 6 1 7	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つては、)	<u>8,188点</u>
ク	K 6 1 7	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つては、)	<u>9,184点</u>
ケ	K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	<u>20,829点</u>

ヤ	K 3 1 8	鼓膜形成手術	30,571点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>30,497点</u>
マ	K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術	18,809点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>18,735点</u>
ケ	K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術 2	
		直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	<u>26,312点</u>
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>26,238点</u>
ズ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	17,302点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>17,228点</u>
コ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	25,366点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>25,292点</u>
エ	K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	28,842点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>28,768点</u>
テ	K 6 1 6 - 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	28,884点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>28,810点</u>
ア	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	19,798点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>19,724点</u>
サ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)	9,149点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>9,075点</u>
キ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	9,494点
		(生活療養を受ける場合にあつては、)	<u>9,420点</u>
ユ	K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術	<u>23,090点</u>

(生活療養を受ける場合にあつては、20,755点)  
イイ K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤<sup>りゅう</sup>血管内焼灼<sup>しやく</sup>術  
19,368点  
(生活療養を受ける場合にあつては、19,294点)  
イロ K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤<sup>りゅう</sup>血管内塞栓<sup>そくせん</sup>術  
20,479点  
(生活療養を受ける場合にあつては、20,405点)  
イハ K 6 3 3 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つては、31,840点)  
イニ K 6 3 3 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つては、24,712点)  
イホ K 6 3 3 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つては、20,949点)  
イヘ K 6 3 3 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つては、24,073点)  
イト K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両  
側) (3歳未満に限る。) 63,751点  
(生活療養を受ける場合にあつては、63,677点)  
イチ K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>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つては、50,743点)  
イリ K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>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つては、37,764点)  
イヌ K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両  
側) (15歳以上に限る。) 49,389点  
(生活療養を受ける場合にあつては、49,315点)

(生活療養を受ける場合にあつては、23,016点)  
ム K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤<sup>りゅう</sup>血管内焼灼<sup>しやく</sup>術  
20,130点  
(生活療養を受ける場合にあつては、20,056点)  
ミ K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤<sup>りゅう</sup>血管内塞栓<sup>そくせん</sup>術  
22,252点  
(生活療養を受ける場合にあつては、22,178点)  
シ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ  
ア (3歳未満に限る。) 33,785点  
(生活療養を受ける場合にあつては、33,711点)  
ス K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ  
ア (3歳以上6歳未満に限る。) 24,296点  
(生活療養を受ける場合にあつては、24,222点)  
ヒ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ  
ア (6歳以上15歳未満に限る。) 21,275点  
(生活療養を受ける場合にあつては、21,201点)  
モ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニ  
ア (15歳以上に限る。) 23,648点  
(生活療養を受ける場合にあつては、23,574点)  
セ K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両側  
) (3歳未満に限る。) 70,492点  
(生活療養を受ける場合にあつては、70,418点)  
ス K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両側  
) (3歳以上6歳未満に限る。) 53,309点  
(生活療養を受ける場合にあつては、53,235点)  
ン K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両側  
) (6歳以上15歳未満に限る。) 41,081点  
(生活療養を受ける場合にあつては、41,007点)  
イイ K 6 3 4 腹腔鏡<sup>くわうきやう</sup>下鼠径<sup>げそくきやう</sup>ヘルニア手術 (両  
側) (15歳以上に限る。) 48,934点  
(生活療養を受ける場合にあつては、48,860点)

イル K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切  
除術 1 長径2センチメートル未満

12,580点

(生活療養を受ける場合にあつては、12,506点)

イロ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切  
除術 2 長径2センチメートル以上

16,153点

(生活療養を受ける場合にあつては、16,079点)

イワ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。) 2  
硬化療法(四段階注射法によるもの)

10,386点

(生活療養を受ける場合にあつては、10,312点)

イカ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、  
肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切  
除術に限る。)

10,017点

(生活療養を受ける場合にあつては、9,943点)

イキ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、  
肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジ  
ローム切除術に限る。)

7,617点

(生活療養を受ける場合にあつては、7,543点)

イタ K 7 6 8 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つては、25,628点)

イレ K 8 2 3-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒  
素によるもの)

23,829点

(生活療養を受ける場合にあつては、23,755点)

イロ K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術  
(21,524点)

21,524点

(生活療養を受ける場合にあつては、21,450点)

イツ K 8 6 7 子宮頸部(膣部)切除術  
15,253点

15,253点

イロ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切  
除術 1 長径2センチメートル未満

12,560点

(生活療養を受ける場合にあつては、12,486点)

イハ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切  
除術 2 長径2センチメートル以上

16,258点

(生活療養を受ける場合にあつては、16,184点)

イニ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。) 2  
硬化療法(四段階注射法によるもの)

10,604点

(生活療養を受ける場合にあつては、10,530点)

イホ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、  
肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切  
除術に限る。)

10,792点

(生活療養を受ける場合にあつては、10,718点)

イヘ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、  
肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジ  
ローム切除術に限る。)

8,415点

(生活療養を受ける場合にあつては、8,341点)

イト K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術  
(一連につき)

25,894点

(生活療養を受ける場合にあつては、25,820点)

イチ K 8 2 3-6 尿失禁手術(ボツリヌス毒  
素によるもの)

24,703点

(生活療養を受ける場合にあつては、24,629点)

イリ K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術  
(23,870点)

23,870点

(生活療養を受ける場合にあつては、23,796点)

イヌ K 8 6 7 子宮頸部(膣部)切除術  
14,607点

14,607点

(生活療養を受ける場合にあつては、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つては、22,025点)  
イナ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切  
出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他の  
もの 18,115点  
(生活療養を受ける場合にあつては、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つては、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つては、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つては、100,169点  
)  
イキ 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つては、60,722点)

注1～3 (略)

4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲  
げるもの(当該患者に対して行った第2章第2  
部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、  
第4節特定保険医療材料料、区分番号J038  
に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤  
料、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費  
用を除く。)は、短期滞在手術等基本料3に含  
まれるものとする。

(生活療養を受ける場合にあつては、14,533点)  
イル K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切  
出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶  
液利用のもの 21,709点  
(生活療養を受ける場合にあつては、21,635点)  
イロ K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切  
出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他の  
もの 18,652点  
(生活療養を受ける場合にあつては、18,578点)  
イワ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1  
電解質溶液利用のもの 35,191点  
(生活療養を受ける場合にあつては、35,117点)  
イカ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2  
その他のもの 33,460点  
(生活療養を受ける場合にあつては、33,386点)  
イコ K890-3 腹腔鏡下卵管形成術  
109,045点  
(生活療養を受ける場合にあつては、108,971点  
)  
イタ M001-2 ガンマナイフによる定位放  
射線治療 58,496点  
(生活療養を受ける場合にあつては、58,422点)

注1～3 (略)

4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲  
げるもの(第1章第2部第5節看護職員処遇改  
善評価料、当該患者に対して行った第2章第2  
部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、  
第4節特定保険医療材料料、区分番号J038  
に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤  
料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は  
、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとし

(削る)

る。

第5節 看護職員処遇改善評価料

区分

A500 看護職員処遇改善評価料（1日につき）

<u>1</u>	<u>看護職員処遇改善評価料1</u>	<u>1点</u>
<u>2</u>	<u>看護職員処遇改善評価料2</u>	<u>2点</u>
<u>3</u>	<u>看護職員処遇改善評価料3</u>	<u>3点</u>
<u>4</u>	<u>看護職員処遇改善評価料4</u>	<u>4点</u>
<u>5</u>	<u>看護職員処遇改善評価料5</u>	<u>5点</u>
<u>6</u>	<u>看護職員処遇改善評価料6</u>	<u>6点</u>
<u>7</u>	<u>看護職員処遇改善評価料7</u>	<u>7点</u>
<u>8</u>	<u>看護職員処遇改善評価料8</u>	<u>8点</u>
<u>9</u>	<u>看護職員処遇改善評価料9</u>	<u>9点</u>
<u>10</u>	<u>看護職員処遇改善評価料10</u>	<u>10点</u>
<u>11</u>	<u>看護職員処遇改善評価料11</u>	<u>11点</u>
<u>12</u>	<u>看護職員処遇改善評価料12</u>	<u>12点</u>
<u>13</u>	<u>看護職員処遇改善評価料13</u>	<u>13点</u>
<u>14</u>	<u>看護職員処遇改善評価料14</u>	<u>14点</u>
<u>15</u>	<u>看護職員処遇改善評価料15</u>	<u>15点</u>
<u>16</u>	<u>看護職員処遇改善評価料16</u>	<u>16点</u>
<u>17</u>	<u>看護職員処遇改善評価料17</u>	<u>17点</u>
<u>18</u>	<u>看護職員処遇改善評価料18</u>	<u>18点</u>
<u>19</u>	<u>看護職員処遇改善評価料19</u>	<u>19点</u>
<u>20</u>	<u>看護職員処遇改善評価料20</u>	<u>20点</u>
<u>21</u>	<u>看護職員処遇改善評価料21</u>	<u>21点</u>
<u>22</u>	<u>看護職員処遇改善評価料22</u>	<u>22点</u>
<u>23</u>	<u>看護職員処遇改善評価料23</u>	<u>23点</u>
<u>24</u>	<u>看護職員処遇改善評価料24</u>	<u>24点</u>
<u>25</u>	<u>看護職員処遇改善評価料25</u>	<u>25点</u>
<u>26</u>	<u>看護職員処遇改善評価料26</u>	<u>26点</u>
<u>27</u>	<u>看護職員処遇改善評価料27</u>	<u>27点</u>

<u>28</u>	<u>看護職員処遇改善評価料28</u>	<u>28点</u>
<u>29</u>	<u>看護職員処遇改善評価料29</u>	<u>29点</u>
<u>30</u>	<u>看護職員処遇改善評価料30</u>	<u>30点</u>
<u>31</u>	<u>看護職員処遇改善評価料31</u>	<u>31点</u>
<u>32</u>	<u>看護職員処遇改善評価料32</u>	<u>32点</u>
<u>33</u>	<u>看護職員処遇改善評価料33</u>	<u>33点</u>
<u>34</u>	<u>看護職員処遇改善評価料34</u>	<u>34点</u>
<u>35</u>	<u>看護職員処遇改善評価料35</u>	<u>35点</u>
<u>36</u>	<u>看護職員処遇改善評価料36</u>	<u>36点</u>
<u>37</u>	<u>看護職員処遇改善評価料37</u>	<u>37点</u>
<u>38</u>	<u>看護職員処遇改善評価料38</u>	<u>38点</u>
<u>39</u>	<u>看護職員処遇改善評価料39</u>	<u>39点</u>
<u>40</u>	<u>看護職員処遇改善評価料40</u>	<u>40点</u>
<u>41</u>	<u>看護職員処遇改善評価料41</u>	<u>41点</u>
<u>42</u>	<u>看護職員処遇改善評価料42</u>	<u>42点</u>
<u>43</u>	<u>看護職員処遇改善評価料43</u>	<u>43点</u>
<u>44</u>	<u>看護職員処遇改善評価料44</u>	<u>44点</u>
<u>45</u>	<u>看護職員処遇改善評価料45</u>	<u>45点</u>
<u>46</u>	<u>看護職員処遇改善評価料46</u>	<u>46点</u>
<u>47</u>	<u>看護職員処遇改善評価料47</u>	<u>47点</u>
<u>48</u>	<u>看護職員処遇改善評価料48</u>	<u>48点</u>
<u>49</u>	<u>看護職員処遇改善評価料49</u>	<u>49点</u>
<u>50</u>	<u>看護職員処遇改善評価料50</u>	<u>50点</u>
<u>51</u>	<u>看護職員処遇改善評価料51</u>	<u>51点</u>
<u>52</u>	<u>看護職員処遇改善評価料52</u>	<u>52点</u>
<u>53</u>	<u>看護職員処遇改善評価料53</u>	<u>53点</u>
<u>54</u>	<u>看護職員処遇改善評価料54</u>	<u>54点</u>
<u>55</u>	<u>看護職員処遇改善評価料55</u>	<u>55点</u>
<u>56</u>	<u>看護職員処遇改善評価料56</u>	<u>56点</u>
<u>57</u>	<u>看護職員処遇改善評価料57</u>	<u>57点</u>
<u>58</u>	<u>看護職員処遇改善評価料58</u>	<u>58点</u>

<u>59</u>	<u>看護職員処遇改善評価料59</u>	<u>59点</u>
<u>60</u>	<u>看護職員処遇改善評価料60</u>	<u>60点</u>
<u>61</u>	<u>看護職員処遇改善評価料61</u>	<u>61点</u>
<u>62</u>	<u>看護職員処遇改善評価料62</u>	<u>62点</u>
<u>63</u>	<u>看護職員処遇改善評価料63</u>	<u>63点</u>
<u>64</u>	<u>看護職員処遇改善評価料64</u>	<u>64点</u>
<u>65</u>	<u>看護職員処遇改善評価料65</u>	<u>65点</u>
<u>66</u>	<u>看護職員処遇改善評価料66</u>	<u>66点</u>
<u>67</u>	<u>看護職員処遇改善評価料67</u>	<u>67点</u>
<u>68</u>	<u>看護職員処遇改善評価料68</u>	<u>68点</u>
<u>69</u>	<u>看護職員処遇改善評価料69</u>	<u>69点</u>
<u>70</u>	<u>看護職員処遇改善評価料70</u>	<u>70点</u>
<u>71</u>	<u>看護職員処遇改善評価料71</u>	<u>71点</u>
<u>72</u>	<u>看護職員処遇改善評価料72</u>	<u>72点</u>
<u>73</u>	<u>看護職員処遇改善評価料73</u>	<u>73点</u>
<u>74</u>	<u>看護職員処遇改善評価料74</u>	<u>74点</u>
<u>75</u>	<u>看護職員処遇改善評価料75</u>	<u>75点</u>
<u>76</u>	<u>看護職員処遇改善評価料76</u>	<u>76点</u>
<u>77</u>	<u>看護職員処遇改善評価料77</u>	<u>77点</u>
<u>78</u>	<u>看護職員処遇改善評価料78</u>	<u>78点</u>
<u>79</u>	<u>看護職員処遇改善評価料79</u>	<u>79点</u>
<u>80</u>	<u>看護職員処遇改善評価料80</u>	<u>80点</u>
<u>81</u>	<u>看護職員処遇改善評価料81</u>	<u>81点</u>
<u>82</u>	<u>看護職員処遇改善評価料82</u>	<u>82点</u>
<u>83</u>	<u>看護職員処遇改善評価料83</u>	<u>83点</u>
<u>84</u>	<u>看護職員処遇改善評価料84</u>	<u>84点</u>
<u>85</u>	<u>看護職員処遇改善評価料85</u>	<u>85点</u>
<u>86</u>	<u>看護職員処遇改善評価料86</u>	<u>86点</u>
<u>87</u>	<u>看護職員処遇改善評価料87</u>	<u>87点</u>
<u>88</u>	<u>看護職員処遇改善評価料88</u>	<u>88点</u>
<u>89</u>	<u>看護職員処遇改善評価料89</u>	<u>89点</u>

<u>90</u>	<u>看護職員処遇改善評価料90</u>	<u>90点</u>
<u>91</u>	<u>看護職員処遇改善評価料91</u>	<u>91点</u>
<u>92</u>	<u>看護職員処遇改善評価料92</u>	<u>92点</u>
<u>93</u>	<u>看護職員処遇改善評価料93</u>	<u>93点</u>
<u>94</u>	<u>看護職員処遇改善評価料94</u>	<u>94点</u>
<u>95</u>	<u>看護職員処遇改善評価料95</u>	<u>95点</u>
<u>96</u>	<u>看護職員処遇改善評価料96</u>	<u>96点</u>
<u>97</u>	<u>看護職員処遇改善評価料97</u>	<u>97点</u>
<u>98</u>	<u>看護職員処遇改善評価料98</u>	<u>98点</u>
<u>99</u>	<u>看護職員処遇改善評価料99</u>	<u>99点</u>
<u>100</u>	<u>看護職員処遇改善評価料100</u>	<u>100点</u>
<u>101</u>	<u>看護職員処遇改善評価料101</u>	<u>101点</u>
<u>102</u>	<u>看護職員処遇改善評価料102</u>	<u>102点</u>
<u>103</u>	<u>看護職員処遇改善評価料103</u>	<u>103点</u>
<u>104</u>	<u>看護職員処遇改善評価料104</u>	<u>104点</u>
<u>105</u>	<u>看護職員処遇改善評価料105</u>	<u>105点</u>
<u>106</u>	<u>看護職員処遇改善評価料106</u>	<u>106点</u>
<u>107</u>	<u>看護職員処遇改善評価料107</u>	<u>107点</u>
<u>108</u>	<u>看護職員処遇改善評価料108</u>	<u>108点</u>
<u>109</u>	<u>看護職員処遇改善評価料109</u>	<u>109点</u>
<u>110</u>	<u>看護職員処遇改善評価料110</u>	<u>110点</u>
<u>111</u>	<u>看護職員処遇改善評価料111</u>	<u>111点</u>
<u>112</u>	<u>看護職員処遇改善評価料112</u>	<u>112点</u>
<u>113</u>	<u>看護職員処遇改善評価料113</u>	<u>113点</u>
<u>114</u>	<u>看護職員処遇改善評価料114</u>	<u>114点</u>
<u>115</u>	<u>看護職員処遇改善評価料115</u>	<u>115点</u>
<u>116</u>	<u>看護職員処遇改善評価料116</u>	<u>116点</u>
<u>117</u>	<u>看護職員処遇改善評価料117</u>	<u>117点</u>
<u>118</u>	<u>看護職員処遇改善評価料118</u>	<u>118点</u>
<u>119</u>	<u>看護職員処遇改善評価料119</u>	<u>119点</u>
<u>120</u>	<u>看護職員処遇改善評価料120</u>	<u>120点</u>



<u>121</u>	<u>看護職員処遇改善評価料121</u>	<u>121点</u>
<u>122</u>	<u>看護職員処遇改善評価料122</u>	<u>122点</u>
<u>123</u>	<u>看護職員処遇改善評価料123</u>	<u>123点</u>
<u>124</u>	<u>看護職員処遇改善評価料124</u>	<u>124点</u>
<u>125</u>	<u>看護職員処遇改善評価料125</u>	<u>125点</u>
<u>126</u>	<u>看護職員処遇改善評価料126</u>	<u>126点</u>
<u>127</u>	<u>看護職員処遇改善評価料127</u>	<u>127点</u>
<u>128</u>	<u>看護職員処遇改善評価料128</u>	<u>128点</u>
<u>129</u>	<u>看護職員処遇改善評価料129</u>	<u>129点</u>
<u>130</u>	<u>看護職員処遇改善評価料130</u>	<u>130点</u>
<u>131</u>	<u>看護職員処遇改善評価料131</u>	<u>131点</u>
<u>132</u>	<u>看護職員処遇改善評価料132</u>	<u>132点</u>
<u>133</u>	<u>看護職員処遇改善評価料133</u>	<u>133点</u>
<u>134</u>	<u>看護職員処遇改善評価料134</u>	<u>134点</u>
<u>135</u>	<u>看護職員処遇改善評価料135</u>	<u>135点</u>
<u>136</u>	<u>看護職員処遇改善評価料136</u>	<u>136点</u>
<u>137</u>	<u>看護職員処遇改善評価料137</u>	<u>137点</u>
<u>138</u>	<u>看護職員処遇改善評価料138</u>	<u>138点</u>
<u>139</u>	<u>看護職員処遇改善評価料139</u>	<u>139点</u>
<u>140</u>	<u>看護職員処遇改善評価料140</u>	<u>140点</u>
<u>141</u>	<u>看護職員処遇改善評価料141</u>	<u>141点</u>
<u>142</u>	<u>看護職員処遇改善評価料142</u>	<u>142点</u>
<u>143</u>	<u>看護職員処遇改善評価料143</u>	<u>143点</u>
<u>144</u>	<u>看護職員処遇改善評価料144</u>	<u>144点</u>
<u>145</u>	<u>看護職員処遇改善評価料145</u>	<u>145点</u>
<u>146</u>	<u>看護職員処遇改善評価料146</u>	<u>150点</u>
<u>147</u>	<u>看護職員処遇改善評価料147</u>	<u>160点</u>
<u>148</u>	<u>看護職員処遇改善評価料148</u>	<u>170点</u>
<u>149</u>	<u>看護職員処遇改善評価料149</u>	<u>180点</u>
<u>150</u>	<u>看護職員処遇改善評価料150</u>	<u>190点</u>
<u>151</u>	<u>看護職員処遇改善評価料151</u>	<u>200点</u>

152	看護職員処遇改善評価料152	210点
153	看護職員処遇改善評価料153	220点
154	看護職員処遇改善評価料154	230点
155	看護職員処遇改善評価料155	240点
156	看護職員処遇改善評価料156	250点
157	看護職員処遇改善評価料157	260点
158	看護職員処遇改善評価料158	270点
159	看護職員処遇改善評価料159	280点
160	看護職員処遇改善評価料160	290点
161	看護職員処遇改善評価料161	300点
162	看護職員処遇改善評価料162	310点
163	看護職員処遇改善評価料163	320点
164	看護職員処遇改善評価料164	330点
165	看護職員処遇改善評価料165	340点

注 看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

第2章 特掲診療料  
第1部 医学管理等

通則

- 1 (略)
- 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定す

第2章 特掲診療料  
第1部 医学管理等

通則

- 1 (略)
- 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。

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。

イ～リ (略)

4・5 (略)

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 医学管理料等

区分

B000 (略)

B001 特定疾患治療管理料

1～3 (略)

る。

3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ～リ (略)

4・5 (略)

(新設)

第1節 医学管理料等

区分

B000 (略)

B001 特定疾患治療管理料

1～3 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

- (1) 初回 800点  
(2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合  
① 月の1回目 600点  
② 月の2回目 500点  
(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合(2)の場合を除く。  
① 月の1回目 500点  
② 月の2回目 400点  
(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合(2)及び(3)の場合を除く。 400点

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。

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

- (1) 月の1回目 500点  
(2) 月の2回目 400点

(新設)

(新設)

ロ 公認心理師による場合 200点

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの①、②、③又は④を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの①、②の①若しくは②、③の①若しくは②又は④の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。

5～9 (略)

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

(削る)

11・12 (略)

13 在宅療養指導料 170点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導

(新設)

5～9 (略)

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

11・12 (略)

13 在宅療養指導料 170点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導

管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。

2 (略)

14～21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

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。

3・4 (略)

23～26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1・2 (略)

(削る)

3・4 (略)

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

管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。

2 (略)

14～21 (略)

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

(新設)

2・3 (略)

23～26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1・2 (略)

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。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注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 （略）

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

① 初回 500点  
② 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

① 初回 500点  
② 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。

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

た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注4に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合）にあっては、152点）を算定する。

28 （略）

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

（新設）

イ 初回 500点  
ロ 2回目から4回目まで 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、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。

（新設）

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。

30～33 (略)

34 二次性骨折予防継続管理料

イ～ハ (略)

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。

2・3 (略)

35・36 (略)

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。

30～33 (略)

34 二次性骨折予防継続管理料

イ～ハ (略)

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。

2・3 (略)

35・36 (略)

(新設)



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。

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）

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

ロ 再診時 410点

2 1以外の場合

イ 初診時 721点

ロ 再診時 528点

注1・2 (略)

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B0

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 599点

ロ 再診時 406点

2 1以外の場合

イ 初診時 716点

ロ 再診時 524点

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に

10に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料を除き、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。

- 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つて、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～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

- 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A

掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

- 4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であつて、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～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

- 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A

000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。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点  
注1・2 (略)

- 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）  
1・2 (略)  
注1 (略)

- 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

000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点  
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）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）  
1・2 (略)  
注1 (略)

- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に

規定する加算、通則第3号から第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Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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C0

規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C0

01に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

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 458点

ロ 処方箋を交付しない場合

- (1) 初診時 769点
- (2) 再診時 576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 447点

ロ 処方箋を交付しない場合

- (1) 初診時 758点
- (2) 再診時 565点

注1・2 (略)

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

01に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

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 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

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

- (1) 初診時 630点
- (2) 再診時 437点

ロ 処方箋を交付しない場合

- (1) 初診時 747点
- (2) 再診時 555点

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定

に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料を除き、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。

- 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

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

Ⅰ 初回から3回目まで 800点

する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

Ⅰ 初回から3回目まで 700点

（新設）

② 4回目以降	450点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	350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	600点
② 4回目以降	320点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
3 外来腫瘍化学療法診療料3	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
① 初回から3回目まで	540点
② 4回目以降	280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定で

	(新設)
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
2 外来腫瘍化学療法診療料2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点
	(新設)
	(新設)
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
	(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定で

きない。

- 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。
- 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。
- 4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する

イ 1のイの①又は②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

- 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。

6・7 (略)

- 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

きない。

- 2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

4・5 (略)

- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患



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。

(削る)

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Ⅱ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案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Ⅱ

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| 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つては、区分番号C1

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。

7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

B001-3 生活習慣病管理料

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| 1 | 脂質異常症を主病とする場合 | 570点 |
| 2 | 高血圧症を主病とする場合  | 620点 |
| 3 | 糖尿病を主病とする場合   | 720点 |

注1 保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定

01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。

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、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3・4 (略)

5 区分番号B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料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、生活習慣病管理料は、算定できない。

B001-3-2 (略)

B001-3-3 生活習慣病管理料 333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、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。

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

しているときは、算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3・4 (略)

(新設)

B001-3-2 (略)

(新設)

第2章第1部第1節医学管理等（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、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又はB005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料Ⅲに含まれるものとする。

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。

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。

5 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅱ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Ⅲは、算定できない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料Ⅱを算

定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

B001-4～B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及び区分番号I002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養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。

2・3 (略)

B005～B005-1-2 (略)

B001-4～B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及びI002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養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。

2・3 (略)

B005～B005-1-2 (略)

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注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～B005-10-2 （略）

B005-11 遠隔連携診療料

1・2 （略）

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つて、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。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4、区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B005-2～B005-10-2 （略）

B005-11 遠隔連携診療料

1・2 （略）

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つて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

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つて、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。

B005-12・B005-13 (略)

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。

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。

B006～B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 4点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

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

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つて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

B005-12・B005-13 (略)

(新設)

B006～B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

(新設)

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。

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。

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～B018 (略)

第2節 削除

(削る)

(削る)

B012～B018 (略)

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

区分

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140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、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理

### 第3節 特定保険医療材料料

区分

B200 (略)

#### 第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

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。

イ～リ (略)

6・7 (略)

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

料を算定した日に1回に限り加算する。

2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

### 第3節 特定保険医療材料料

区分

B200 (略)

#### 第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ～リ (略)

6・7 (略)

(新設)



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

区分

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

(1)・(2) (略)

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

(1)～(3) (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

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 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

(1)・(2) (略)

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

(1)～(3) (略)

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

(1)～(3) (略)

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

(1) 緊急往診加算 325点

(2) 夜間・休日往診加算 405点

(3) 深夜往診加算 485点

2 (略)

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。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に対して、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。

イ 有料老人ホームその他これに準ずる施設（

ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

(1)～(3) (略)

(新設)

2 (略)

(新設)

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

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

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

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合  
4,500点

(3) (1)及び(2)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

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

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

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合  
4,500点

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合  
3,500点

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。

(新設)

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に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

6・7 (略)

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。

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。

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。

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

3 患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する

。

4・5 (略)

6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する

。(新設)

(新設)

C001 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、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。

2～5 (略)

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

1・2 (略)

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001～2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

2～5 (略)

6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、

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・ロ（略）

7～11（略）

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。

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

当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ・ロ（略）

7～11（略）

（新設）

（新設）

診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号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Ⅲ（1日につき） 150点  
注1～4 （略）

5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診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

C001-2 在宅患者訪問診療料Ⅲ（1日につき） 150点  
注1～4 （略）

5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅

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。

イ～ハ (略)

- 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Ⅲ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。

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

- (i) 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

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。

イ～ハ (略)

- 6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料Ⅲについて準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

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

- (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合

5,400点

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の



場合	4,485点
③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	2,865点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	2,400点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	2,110点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ( (1) の場合を除く。)	
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 <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	1,185点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	1,065点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	905点
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ( (1) 及び (2) の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	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 <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	865点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	780点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	660点
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	

場合	4,500点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	2,880点
(新設)	
(新設)	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 ( (1) の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,500点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,400点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	1,200点
(新設)	
(新設)	
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ( (1) 及び (2) の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	3,029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 <u>①及び②以外の場合</u>	880点
(新設)	
(新設)	
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	

- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
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
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
1,500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
  - (i) 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

- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,760点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
1,500点
- ③ ①及び②以外の場合  
780点
- (新設)
- (新設)
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
1,515点
  - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
843点
  - ③ ①及び②以外の場合  
440点
  - (新設)
  - (新設)
- ロ 病床を有しない場合
  - (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
    - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
5,000点
    - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
4,140点
    - ③ ①及び②以外の場合  
2,640点
    - (新設)

場合	2,205点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	1,935点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,085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
③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	1,085点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	970点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	825点
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,774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 <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	805点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	720点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	611点
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	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

(新設)	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,100点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,200点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	1,100点
(新設)	
(新設)	
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,789点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,565点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	820点
(新設)	
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点

③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の 場合	<u>705点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の 場合	<u>615点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>525点</u>
(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であっ て、2月に1回に限り情報通信機器を用いた 診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,380点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の 場合	<u>768点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の 場合	<u>395点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の 場合	<u>344点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>292点</u>
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1 に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し 、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>4,585点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場 合	<u>3,765点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場 合	<u>2,385点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場 合	<u>2,010点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>1,765点</u>
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。）	

③ ①及び②以外の場合	<u>720点</u>
(新設)	
(新設)	
(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であっ て、2月に1回に限り情報通信機器を用いた 診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,395点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の 場合	<u>783点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>410点</u>
(新設)	
(新設)	
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1 に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し 、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>4,600点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場 合	<u>3,780点</u>
(3) (1)及び(2)以外の場合	<u>2,400点</u>
(新設)	
(新設)	
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの 場合を除く。）	

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,685点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,985点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点
- (5) (1)から(4)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。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,554点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,450点
- (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 679点
- (5) (1)から(4)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
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,285点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点
- (5) (1)から(4)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

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,700点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,000点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
- (新設)
- (新設)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,465点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 780点
- (新設)
- (新設)
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,300点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,280点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 680点
- (新設)
- (新設)
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,270点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 718点
  - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点
  - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点
  - (5) (1)から(4)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
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,435点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,820点
  - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点
  - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点
  - (5) (1)から(4)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（この場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,735点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,460点
  - (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

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 733点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 390点
- (新設)
- (新設)
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,835点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
- (新設)
- (新設)
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（この場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,750点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,475点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 750点
- (新設)
- (新設)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,014点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,165点
- (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 1,745点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 980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 1,000点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 575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1～4 (略)

5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,180点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 660点

(新設)

(新設)

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 1,760点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 995点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 560点

(新設)

(新設)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 330点

(新設)

(新設)

注1～4 (略)

5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）  
に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療  
を行った場合には、患者1人につき1回に限り  
、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定  
点数に加算する。

イ 初回の場合 800点

ロ 2回目以降の場合 300点

6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す  
るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医  
療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分  
に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定  
点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1)・(2) (略)

(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

ロ 在宅療養実績加算 1

(1)・(2) (略)

(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)・(2) (略)

(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）  
に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療  
を行った場合には、患者1人につき1回に限り  
、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加  
算する。

(新設)

(新設)

6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す  
るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医  
療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分  
に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定  
点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 100点

(新設)

(新設)

ロ 在宅療養実績加算 1

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 75点

(新設)

(新設)

ハ 在宅療養実績加算 2

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 50点



場合	50点
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	
場合	43点
<u>(6) (1)から(4)まで以外の場合</u>	38点
8 (略)	
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
10～13 (略)	
14 <u>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</u>	

(新設)	
(新設)	
8 (略)	
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 <u>(診療所に限る。)</u> 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	216点
ロ 在宅療養移行加算 2	116点
(新設)	
(新設)	
10～13 (略)	
(新設)	

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

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。

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

(i) 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

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

(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対  
し、月2回以上訪問診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,900点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の  
場合

3,240点

- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の  
場合 2,865点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の  
場合 2,400点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 2,110点
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (①)  
の場合を除く。)
  - 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
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合で  
あって、うち1回以上情報通信機器を用いた  
診療を行っている場合 (①)及び(②)の場合を除  
く。)
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,234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
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合

- ③ ①及び②以外の場合 2,880点  
  
(新設)
- (新設)
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (①)  
の場合を除く。)
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
3,200点
  - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の  
場合 1,700点
  - ③ ①及び②以外の場合 1,200点  
  
(新設)
  - (新設)
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合で  
あって、うち1回以上情報通信機器を用いた  
診療を行っている場合 (①)及び(②)の場合を除  
く。)
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,249点
  - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の  
場合 1,265点
  - ③ ①及び②以外の場合 880点  
  
(新設)
  - (新設)
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
  - ① 単一建物診療患者が1人の場合

	<u>1,965点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>1,065点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>765点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>670点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>575点</u>
㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,110点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>618点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>425点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>373点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>317点</u>
ロ 病床を有しない場合	
(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>3,585点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>2,955点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>2,625点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>2,205点</u>

	<u>1,980点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>1,080点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>780点</u>
(新設)	
(新設)	
㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,125点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>633点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>440点</u>
(新設)	
(新設)	
ロ 病床を有しない場合	
(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>3,600点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>2,970点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>2,640点</u>
(新設)	

- ⑤ ①から④まで以外の場合 1,935点
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,885点
- 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
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,054点
- 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
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
1,785点
- 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

- (新設)
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,900点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
1,550点
- ③ ①及び②以外の場合 1,100点
- (新設)
- (新設)
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
2,069点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
1,175点
- ③ ①及び②以外の場合 820点
- (新設)
- (新設)
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合  
1,800点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合  
990点
- ③ ①及び②以外の場合 720点

場合	<u>705点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の 場合	<u>615点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>525点</u>
㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,020点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>573点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>395点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>344点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>292点</u>
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>3,285点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>2,685点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>2,385点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>2,010点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>1,765点</u>
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>2,585点</u>

(新設)

(新設)

㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、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

1,035点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

588点

③ ①及び②以外の場合

410点

(新設)

(新設)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合

3,300点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

2,700点

(3) (1)及び(2)以外の場合

2,400点

(新設)

(新設)

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

(1) 単一建物診療患者が1人の場合

2,600点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,385点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	985点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	875点
(5) (1)から(4)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。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,894点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,090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	679点
(5) (1)から(4)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	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,625点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	905点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	665点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	570点
(5) (1)から(4)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	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	940点

(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,400点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,000点
(新設)	
(新設)	
ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,909点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,105点
(3) (1)及び(2)以外の場合	780点
(新設)	
(新設)	
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	1,640点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	920点
(3) (1)及び(2)以外の場合	680点
(新設)	
(新設)	
ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	955点

- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 538点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点
- (5) (1)から(4)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
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,435点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,010点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点
- (5) (1)から(4)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（この場合を除く。）
- (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。）

- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 553点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 390点
- (新設)
- (新設)
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,450点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,025点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
- (新設)
- (新設)
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（この場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,950点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,025点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 750点
- (新設)
- (新設)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）



- (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・2 (略)

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

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,549点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 910点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 660点
- (新設)
- (新設)
- 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 1,280点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 725点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 560点
- (新設)
- (新設)
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 775点
  - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 455点
  - (3) (1)及び(2)以外の場合 330点
- (新設)
- (新設)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医

療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- (1)・(2) (略)
- (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

ロ 在宅療養実績加算 1

- (1)・(2) (略)
- (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)・(2) (略)
- (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

4 (略)

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。

療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- (1)・(2) (略)
- (3) (1)及び(2)以外の場合 75点

(新設)

(新設)

ロ 在宅療養実績加算 1

- (1)・(2) (略)
- (3) (1)及び(2)以外の場合 56点

(新設)

(新設)

ハ 在宅療養実績加算 2

- (1)・(2) (略)
- (3) (1)及び(2)以外の場合 40点

(新設)

(新設)

4 (略)

5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

6・7 (略)

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,798点

(2) (略)

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,648点

(2) (略)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,493点

ロ (略)

注1～7 (略)

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号

6・7 (略)

C003 在宅がん医療総合診療料(1日につき)

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点

(2) (略)

ロ 病床を有しない場合

(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点

(2) (略)

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(1に規定するものを除く。)の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点

ロ (略)

注1～7 (略)

(新設)

C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注13  
(区分番号C001-2の注6の規定により準  
用する場合を含む。)に規定する在宅医療DX  
情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在  
宅患者訪問看護・指導料の注17(区分番号C0  
05-1-2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。

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。

(新設)

C004 (略)

C004 (略)

C004-2 救急患者連携搬送料

- |   |                |        |
|---|----------------|--------|
| 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   |

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。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3（略）

注1～3（略）

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る。

イ 月14日目まで 265点

ロ 月15日目以降 200点

5（略）

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

（新設）

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

1～3（略）

注1～3（略）

4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。

（新設）

（新設）

5（略）

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は、180点）を所定点数に加算する。

7～16 （略）

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Ⅱ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。

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

につき150点を所定点数に加算する。

7～16 （略）

（新設）

（新設）

用する場合を含む。)に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10(区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者(別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。)に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。

19 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

20 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1～3 (略)

注1～5 (略)

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

17 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

18 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1～3 (略)

注1～5 (略)

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行

っている患者（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。

。 C 0 0 5 - 2 ~ C 0 1 4 （略）

C 0 1 5 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C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号C 0 0 2 - 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C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等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

っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C 0 0 5 - 2 ~ C 0 1 4 （略）  
（新設）

第2節 在宅療養指導管理料



通則

(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

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。

4 (略)

通則

(略)

第1款 在宅療養指導管理料

通則

1・2 (略)

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-2に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

4 (略)

区分

C100～C102 (略)

C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000点

注1・2 (略)

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～C107 (略)

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

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。

C107-3 (略)

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

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。

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

区分

C100～C102 (略)

C102-2 在宅血液透析指導管理料 10,000点

注1・2 (略)

(新設)

C103～C107 (略)

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

(新設)

C107-3 (略)

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

(新設)

(新設)

(新設)

注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(新設)

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。

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 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅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～C121 (略)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

(略)

区分

(新設)

(新設)

(新設)

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C109～C121 (略)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

(略)

区分

C150～C152-3

C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算

- |   |                       |               |
|---|-----------------------|---------------|
| 1 | <u>月5個以上10個未満の場合</u>  | <u>2,330点</u> |
| 2 | <u>月10個以上15個未満の場合</u> | <u>3,160点</u> |
| 3 | <u>月15個以上20個未満の場合</u> | <u>3,990点</u> |
| 4 | <u>月20個以上の場合</u>      | <u>4,820点</u> |

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～C160 (略)

C161 注入ポンプ加算 1,250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、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。

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又は呼吸器疾患の患者に

C150～C152-3

(新設)

C153～C160 (略)

C161 注入ポンプ加算 1,250点

注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

	<u>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</u>		
	<u>ハ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗癌性腫瘍剤等の注射を行っている患者</u>		(新設)
	<u>ニ 在宅強心剤持続投与を行っている患者</u>		(新設)
	<u>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</u>		(新設)
C 1 6 2 ~ C 1 6 4	(略)	C 1 6 2 ~ C 1 6 4	(略)
C 1 6 5	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	C 1 6 5	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
	1 (略)		1 (略)
	2 CPAPを使用した場合 <u>960点</u>		2 CPAPを使用した場合 <u>1,000点</u>
	注 (略)		注 (略)
C 1 6 6	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点	C 1 6 6	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2,500点
	注 <u>次のいずれかに該当する入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディス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。</u>		注 <u>在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディス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。</u>
	<u>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</u>		(新設)
	<u>ロ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗癌性腫瘍剤等の注射を行っている患者</u>		(新設)
	<u>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</u>		(新設)
C 1 6 7 ~ C 1 7 3	(略)	C 1 6 7 ~ C 1 7 3	(略)
C 1 7 4	在宅ハイフローセラピー装置加算	C 1 7 4	在宅ハイフローセラピー装置加算 <u>1,600点</u>
	1 <u>自動給水加湿チャンバーを用いる場合</u>		(新設)
	<u>3,500点</u>		
	2 <u>1以外の場合</u>		(新設)
	<u>2,500点</u>		

	注 (略)	
C 1 7 5	(略)	
	第3節・第4節 (略)	
	第3部 検査	
通則		
(略)		
	第1節 検体検査料	
通則		
(略)		
	第1款 検体検査実施料	
通則		
(略)		
区分		
	(尿・糞便等検査)	
D 0 0 0	(略)	
D 0 0 1	尿中特殊物質定性定量検査	
	1～7 (略)	
	8 <u>トランスフェリン (尿)</u>	98点
	9 <u>アルブミン定量 (尿)</u>	99点
	10 (略)	
	11 $\delta$ アミノレブリン酸 ( $\delta$ -ALA) (尿)	
		<u>106点</u>
	12～15 (略)	
	16 <u>総ヨウ素 (尿)</u> 、 <u>ポルフォビリノゲン (尿)</u>	
		186点
	17 <u>プロスタグランジンE主要代謝物 (尿)</u>	<u>187点</u>
	(削る)	
	18～21 (略)	
	注 (略)	
D 0 0 2・D 0 0 2-2	(略)	
D 0 0 3	糞便検査	

	注 (略)	
C 1 7 5	(略)	
	第3節・第4節 (略)	
	第3部 検査	
通則		
(略)		
	第1節 検体検査料	
通則		
(略)		
	第1款 検体検査実施料	
通則		
(略)		
区分		
	(尿・糞便等検査)	
D 0 0 0	(略)	
D 0 0 1	尿中特殊物質定性定量検査	
	1～7 (略)	
	8 <u>アルブミン定量 (尿)</u>	99点
	9 <u>トランスフェリン (尿)</u>	101点
	10 (略)	
	11 $\delta$ アミノレブリン酸 ( $\delta$ -ALA) (尿)	
		<u>109点</u>
	12～15 (略)	
	16 総ヨウ素 (尿)	186点
	(新設)	
	17 <u>ポルフォビリノゲン (尿)</u>	<u>191点</u>
	18～21 (略)	
	注 (略)	
D 0 0 2・D 0 0 2-2	(略)	
D 0 0 3	糞便検査	

	1～8 (略)	
	9 カルプロテクチン (糞便)	<u>268点</u>
D004	穿刺液・採取液検査	
	1～7 (略)	
	8 顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	<u>116点</u>
	9 (略)	
	10 IgGインデックス	<u>390点</u>
	11～14 (略)	
	15 アミロイドβ42/40比 (髄液)	<u>1,282点</u>
	16～18 (略)	
D004-2	(略)	
	(血液学的検査)	
D005	血液形態・機能検査	
	1～5 (略)	
	6 末梢血液像 (鏡検法)	25点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ <u>37点</u> を所定点数に加算する。	
	7～13 (略)	
	14 骨髓像	788点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ <u>60点</u> を所定点数に加算する。	
	15 (略)	
D006	出血・凝固検査	
	1～7 (略)	
	(削る)	
	8～12 (略)	
	13 Dダイマー定性	<u>121点</u>
	14 von Willebrand因子 (VWF) 活性	<u>126点</u>

	1～8 (略)	
	9 カルプロテクチン (糞便)	<u>270点</u>
D004	穿刺液・採取液検査	
	1～7 (略)	
	8 顆粒球エラスターゼ (子宮頸管粘液)	<u>119点</u>
	9 (略)	
	10 IgGインデックス	<u>402点</u>
	11～14 (略)	
	(新設)	
	15～17 (略)	
D004-2	(略)	
	(血液学的検査)	
D005	血液形態・機能検査	
	1～5 (略)	
	6 末梢血液像 (鏡検法)	25点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ <u>27点</u> を所定点数に加算する。	
	7～13 (略)	
	14 骨髓像	788点
	注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ <u>40点</u> を所定点数に加算する。	
	15 (略)	
D006	出血・凝固検査	
	1～7 (略)	
	8 血小板凝集能	<u>50点</u>
	9～13 (略)	
	14 Dダイマー定性	<u>122点</u>
	(新設)	

<u>15</u> Dダイマー	<u>127点</u>
<u>16</u> (略)	
(削る)	
(削る)	
<u>17</u> ~ <u>20</u> (略)	
<u>21</u> プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	<u>150点</u>
<u>22</u> プロテインS抗原	<u>154点</u>
<u>23</u> (略)	
<u>24</u> $\beta$ -トロンボグロブリン ( $\beta$ -TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	<u>171点</u>
<u>25</u> 血小板第4因子 (PF <sub>4</sub> )	<u>173点</u>
<u>26</u> ・ <u>27</u> (略)	
<u>28</u> フィブリンモノマー複合体	<u>215点</u>
<u>29</u> (略)	
<u>30</u> プロテインC抗原	<u>226点</u>
<u>31</u> プロテインC活性	<u>227点</u>
<u>32</u> ・ <u>33</u> (略)	
<u>34</u> 血小板凝集能	
イ <u>鑑別診断の補助に用いるもの</u>	<u>450点</u>
ロ <u>その他のもの</u>	<u>50点</u>
<u>35</u> (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>13</u> から <u>32</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	
D006-2 (略)	
D006-3 BCR-ABL1	

(新設)	
<u>15</u> (略)	
<u>16</u> <u>von Willebrand因子 (VWF)活性</u>	<u>129点</u>
<u>17</u> Dダイマー	<u>130点</u>
<u>18</u> ~ <u>21</u> (略)	
<u>22</u> プラスミン・プラスミンインヒビター複合体 (PIC)	<u>154点</u>
<u>23</u> プロテインS抗原	<u>158点</u>
<u>24</u> (略)	
<u>25</u> $\beta$ -トロンボグロブリン ( $\beta$ -TG)、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)	<u>176点</u>
<u>26</u> 血小板第4因子 (PF <sub>4</sub> )	<u>178点</u>
<u>27</u> ・ <u>28</u> (略)	
<u>29</u> フィブリンモノマー複合体	<u>221点</u>
<u>30</u> (略)	
<u>31</u> プロテインC抗原	<u>232点</u>
<u>32</u> プロテインC活性	<u>234点</u>
<u>33</u> ・ <u>34</u> (略)	
(新設)	
<u>35</u> (略)	
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の <u>14</u> から <u>33</u> までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ (略)	
D006-2 (略)	
D006-3 BCR-ABL1	



	1	(略)	
	2	<u>Major BCR-ABL1 (mRNA定量)</u>	
		イ 診断の補助に用いるもの	2,520点
		ロ モニタリングに用いるもの	2,520点
	3	(略)	
D006-4		遺伝学的検査	
	1~3	(略)	
	注1	(略)	
	2	<u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。</u>	
D006-5		染色体検査 (全ての費用を含む。)	
	1	FISH法を用いた場合	2,477点
	2	<u>流産検体を用いた絨毛染色体検査を行った場合</u>	
		合	4,603点
	3	その他の場合	2,477点
	注1	(略)	
	2	2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。	
D006-6~D006-12		(略)	
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	3,395点
	2	(略)	

	1	(略)	
		(新設)	
	2	(略)	
D006-4		遺伝学的検査	
	1~3	(略)	
	注	(略)	
		(新設)	
D006-5		染色体検査 (全ての費用を含む。)	
	1	FISH法を用いた場合	2,553点
		(新設)	
	2	その他の場合	2,553点
	注1	(略)	
	2	2については、 <u>流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。</u>	
D006-6~D006-12		(略)	
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	3,500点
	2	(略)	

注 (略)

D 0 0 6 - 14 ~ D 0 0 6 - 23	(略)	
D 0 0 6 - 24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査	<u>12,500点</u>
D 0 0 6 - 25・D 0 0 6 - 26	(略)	
D 0 0 6 - 27	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿)	
	1 ~ 4	(略)
<u>5</u>	<u>RAS 遺伝子検査</u>	<u>2,500点</u>
<u>6</u>	<u>BRAF 遺伝子検査</u>	<u>2,500点</u>
<u>7</u>	<u>HER 2 遺伝子検査 (大腸癌に係るもの)</u>	<u>2,500点</u>
<u>8</u>	<u>HER 2 遺伝子検査 (肺癌に係るもの)</u>	<u>5,000点</u>
<u>9</u>	<u>マイクロサテライト不安定性検査</u>	<u>2,500点</u>
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 <u>1、2、5、6、7</u> 若しくは <u>9</u> に掲げる検査又は区分番号 D 0 0 6 - 12 に掲げる EGFR 遺伝子検査 (血漿) を 2 項目、 <u>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。</u>	
2	患者から 1 回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の <u>3、4</u> 又は <u>8</u> に掲げる検査を <u>2 項目又は 3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 8,000 点又は 12,000 点を算定する。</u>	
D 0 0 6 - 28	(略)	
D 0 0 6 - 29	乳癌悪性度判定検査	<u>43,500点</u>
D 0 0 6 - 30	遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査	<u>20,500点</u>
	(生化学的検査 II)	
D 0 0 7	血液化学検査	
	1 ~ 24	(略)

注 (略)

D 0 0 6 - 14 ~ D 0 0 6 - 23	(略)	
D 0 0 6 - 24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査	<u>10,000点</u>
D 0 0 6 - 25・D 0 0 6 - 26	(略)	
D 0 0 6 - 27	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿)	
	1 ~ 4	(略)
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
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 <u>1</u> 若しくは <u>2</u> に掲げる検査又は区分番号 D 0 0 6 - 12 に掲げる EGFR 遺伝子検査 (血漿) を 2 項目又は <u>3 項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 4,000 点又は 6,000 点を算定する。</u>	
2	患者から 1 回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の <u>3</u> 及び <u>4</u> に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000 点を算定する。	
D 0 0 6 - 28	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
	(生化学的検査 II)	
D 0 0 7	血液化学検査	
	1 ~ 24	(略)

25	フェリチン半定量、フェリチン定量	102点
26	エタノール	105点
27	リポ <sup>たん</sup> 蛋白 (a)	107点
28	ヘパリン、 <u>KL-6</u>	108点
	(削る)	
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T ) 定性・定量、アルミニウム (A I)	109点
30	シスタチンC	112点
31~35	(略)	
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定量</u>	131点
	<u>注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。</u>	
37	<u>亜鉛 (Z n)</u>	132点
38	アルブミン非結合型ビリルビン	135点
	(削る)	
39	肺サーファクタント <sup>たん</sup> 蛋白-D (S P-D)、プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、 <u>アンジオテンシンI転換酵素 (A C E)、ビタミンB<sub>12</sub></u>	136点
	(削る)	
40	(略)	
41	<u>葉酸</u>	146点

25	フェリチン半定量、フェリチン定量	105点
	(新設)	
26	リポ <sup>たん</sup> 蛋白 (a)	107点
27	ヘパリン、 <u>エタノール</u>	108点
28	<u>KL-6</u>	111点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (T n T ) 定性・定量、アルミニウム (A I)	112点
30	シスタチンC	115点
31~35	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
36	<u>血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-F A B P) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン</u>	135点
	<u>注 血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。</u>	
37	肺サーファクタント <sup>たん</sup> 蛋白-D (S P-D)、プロコラーゲン-III-ペプチド (P-III-P)、 <u>亜鉛 (Z n)</u>	136点
38	<u>アンジオテンシンI転換酵素 (A C E)、ビタミンB<sub>12</sub></u>	140点
39	(略)	
	(新設)	

<u>42</u>	(略)	
<u>43</u>	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150点
<u>44</u>	レムナント様リポ <sup>たん</sup> 蛋白コレステロール (RLP-C)	<u>174点</u>
<u>45</u>	(略)	
<u>46</u>	ヒアルロン酸	179点
<u>47</u>	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)、アセトアミノフェン	180点
<u>48</u>	(略)	
	(削る)	
<u>49</u>	(略)	
<u>50</u>	Mac-2結合 <sup>たん</sup> 蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン、サイトケラチン18フラグメント (CK-18F)、ELFスコア	194点
<u>51~54</u>	(略)	
	(削る)	
<u>55</u>	ビタミンB <sub>2</sub>	<u>235点</u>
<u>56</u>	ビタミンB <sub>1</sub>	<u>239点</u>
	(削る)	
<u>57</u>	ロイシンリッチ $\alpha_2$ グリコプロテイン	<u>268点</u>
<u>58</u>	(略)	
	(削る)	
<u>59</u>	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量	<u>276点</u>
<u>60</u>	ビタミンC	<u>296点</u>
<u>61</u>	(略)	
	(削る)	
<u>62</u>	(略)	

<u>40</u>	(略)	
<u>41</u>	ピルビン酸キナーゼ (PK)、葉酸	150点
	(新設)	
<u>42</u>	(略)	
<u>43</u>	ヒアルロン酸、レムナント様リポ <sup>たん</sup> 蛋白コレステロール (RLP-C)	179点
<u>44</u>	ALPアイソザイム (PAG電気泳動法)	180点
<u>45</u>	(略)	
<u>46</u>	アセトアミノフェン	<u>185点</u>
<u>47</u>	(略)	
<u>48</u>	Mac-2結合 <sup>たん</sup> 蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン	194点
<u>49~52</u>	(略)	
<u>53</u>	ビタミンB <sub>1</sub>	<u>239点</u>
<u>54</u>	ビタミンB <sub>2</sub>	<u>242点</u>
	(新設)	
<u>55</u>	2, 5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	<u>250点</u>
	(新設)	
<u>56</u>	(略)	
<u>57</u>	ロイシンリッチ $\alpha_2$ グリコプロテイン	<u>276点</u>
<u>58</u>	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量	<u>284点</u>
	(新設)	
<u>59</u>	(略)	
<u>60</u>	ビタミンC	<u>305点</u>
<u>61</u>	(略)	

<u>63</u>	(略)	
<u>64</u>	血管内皮増殖因子 (VEGF)、 <u>コクリントモ プロテイン (CTP)</u>	460点
<u>65</u>	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場 合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応 じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ	(略)	
ハ	10項目以上	<u>103点</u>
注	(略)	
	(生化学的検査Ⅲ)	
D008	内分泌学的検査	
1~5	(略)	
6	プロラクチン (PRL)、 <u>甲状腺刺激ホルモン (TSH)</u>	98点
7	(略)	
8	<u>レニン活性、インスリン (IRI)</u>	100点
9	ガストリン	101点
	(削る)	
<u>10</u>	レニン定量	<u>102点</u>
<u>11</u>	サイロキシシン (T <sub>4</sub> )	<u>105点</u>
<u>12</u>	成長ホルモン (GH)、 <u>卵胞刺激ホルモン (F SH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホル モン (LH)</u>	<u>105点</u>
<u>13</u>	テストステロン	<u>119点</u>
<u>14</u>	<u>遊離サイロキシシン (FT<sub>4</sub>)、遊離トリヨード サイロニン (FT<sub>3</sub>)、コルチゾール</u>	<u>121点</u>
<u>15</u>	アルドステロン	<u>122点</u>
<u>16</u>	<u>サイログロブリン</u>	<u>128点</u>

<u>62</u>	(略)	
<u>63</u>	血管内皮増殖因子 (VEGF)	460点
<u>64</u>	(略)	
注	患者から1回に採取した血液を用いて本区分の 1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場 合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応 じて次に掲げる点数により算定する。	
イ・ロ	(略)	
ハ	10項目以上	<u>106点</u>
注	(略)	
	(生化学的検査Ⅲ)	
D008	内分泌学的検査	
1~5	(略)	
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	(略)	
8	レニン活性	100点
9	<u>甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン</u>	101点
<u>10</u>	<u>インスリン (IRI)</u>	<u>103点</u>
<u>11</u>	レニン定量	<u>105点</u>
<u>12</u>	サイロキシシン (T <sub>4</sub> )	<u>108点</u>
<u>13</u>	成長ホルモン (GH)、 <u>卵胞刺激ホルモン (F SH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホル モン (LH)</u>	<u>108点</u>
<u>14</u>	テストステロン	<u>122点</u>
<u>15</u>	<u>遊離サイロキシシン (FT<sub>4</sub>)、遊離トリヨード サイロニン (FT<sub>3</sub>)、コルチゾール</u>	<u>124点</u>
<u>16</u>	アルドステロン	<u>125点</u>
	(新設)	

<u>17</u> ヒト <sup>じゆう</sup> 絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	<u>129</u> 点
<u>18</u> サイロキシン結合グロブリン (TBG)、 <u>脳性</u> <u>Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニン、ヒ</u> <u>ト<sup>じゆう</sup>絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト</u> <u>絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量</u>	<u>130</u> 点
(削る)	
(削る)	
(削る)	
<u>19</u> 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G AD抗体)	<u>134</u> 点
<u>20・21</u> (略)	
<u>22</u> プロゲステロン	<u>143</u> 点
<u>23~25</u> (略)	
<u>26</u> オステオカルシン (OC)、 <u>骨型アルカリホス</u> <u>ファターゼ (BAP)</u>	<u>157</u> 点
<u>27</u> (略)	
<u>28</u> <u>I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PI</u> <u>NP)</u>	<u>160</u> 点
<u>29</u> <u>副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミ</u> <u>ン分画</u>	<u>161</u> 点
(削る)	
<u>30</u> (略)	
<u>31</u> <u>デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (D</u> <u>HEA-S)</u>	<u>164</u> 点

(新設)	
<u>17</u> サイロキシン結合グロブリン (TBG)	<u>130</u> 点
<u>18</u> <u>サイログロブリン</u>	<u>131</u> 点
<u>19</u> ヒト <sup>じゆう</sup> 絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)	<u>132</u> 点
<u>20</u> <u>脳性Na利尿ペプチド (BNP)、カルシトニ</u> <u>ン</u>	<u>133</u> 点
<u>21</u> 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体 (抗G AD抗体)、 <u>ヒト<sup>じゆう</sup>絨毛性ゴナドトロピン (HC</u> <u>G) 定量、ヒト<sup>じゆう</sup>絨毛性ゴナドトロピン (HCG</u> <u>) 半定量</u>	<u>134</u> 点
<u>22・23</u> (略)	
<u>24</u> プロゲステロン	<u>147</u> 点
<u>25~27</u> (略)	
<u>28</u> オステオカルシン (OC)	<u>157</u> 点
<u>29</u> (略)	
(新設)	
(新設)	
<u>30</u> <u>骨型アルカリホスファターゼ (BAP)</u>	<u>161</u> 点
<u>31</u> (略)	
(新設)	

(削る)

- 32 低単位ヒト<sup>じゅう</sup>絨毛性ゴナドトロピン (HCG)  
半定量、サイクリックAMP (cAMP) 165点
- 33 エストラジオール (E<sub>2</sub>) 167点
- 34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) 169点
- 35 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) 170点

(削除)

- 36 (略)
- 37 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン 184点
- 38 副甲状腺ホルモン関連<sup>たん</sup>蛋白 (PTHrP) 186点

39~46 (略)

47 抗利尿ホルモン (ADH) 224点

48~50 (略)

51 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 450点

52 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 597点

53 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から51までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ~ハ (略)

32 I型プロコラーゲン-N-プロペプチド (PINP) 164点

33 低単位ヒト<sup>じゅう</sup>絨毛性ゴナドトロピン (HCG)  
半定量、副甲状腺ホルモン (PTH)、カテコールアミン分画 165点  
(新設)

34 I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿)、デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体 (DHEA-S) 169点

35 セクレチン、I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、サイクリックAMP (cAMP) 170点

36 エストラジオール (E<sub>2</sub>) 172点

37 (略)

38 副甲状腺ホルモン関連<sup>たん</sup>蛋白 (PTHrP)、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン 189点  
(新設)

39~46 (略)

47 抗利尿ホルモン (ADH) 230点

48~50 (略)

51 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 320点

52 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点

53 (略)

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から51までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ~ハ (略)

D009 腫瘍マーカー	
1	(略)
2	<u>α-フェトプロテイン (AFP)</u> 98点
3	(略)
	(削る)
4	<u>扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)</u> 101点
5	(略)
6	<u>NCC-ST-439、CA15-3</u> 112点
7	<u>DUPAN-2</u> 115点
8	<u>エラスターゼ1</u> 120点
9	<u>前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9</u> 121点
10	<u>PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</u> 131点
11	<u>CA125</u> 136点
12	<u>核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定量</u> <u>(尿)、核マトリックスポロテイン22 (NMP22)</u> <u>) 定性 (尿)</u> 139点
13	<u>シアリルLe<sup>x</sup>-i抗原 (SLX)</u> 140点
14	(略)
	(削る)
15	<u>SPan-1</u> 144点
16・17	(略)
18	<u>サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u> 154点
19	<u>シアリルLe<sup>x</sup>抗原 (CSLEX)</u> 156点
20	<u>BCA225</u> 158点

D009 腫瘍マーカー	
1	(略)
	(新設)
2	(略)
3	<u>α-フェトプロテイン (AFP)</u> 101点
4	<u>扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原)</u> 104点
5	(略)
6	<u>NCC-ST-439、CA15-3</u> 115点
7	<u>DUPAN-2</u> 118点
8	<u>エラスターゼ1</u> 123点
9	<u>前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9</u> 124点
10	<u>PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</u> 135点
11	<u>CA125</u> 140点
	(新設)
	(新設)
12	(略)
13	<u>核マトリックスポロテイン22 (NMP22) 定量</u> <u>(尿)、核マトリックスポロテイン22 (NMP22)</u> <u>) 定性 (尿)</u> 143点
14	<u>SPan-1、シアリルLe<sup>x</sup>-i抗原 (SLX)</u> 144点
15・16	(略)
	(新設)
	(新設)
17	<u>BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ)</u> 158点



<u>21</u>	サイトケラチン8・18 (尿)	160点
<u>22</u> ~ <u>24</u>	(略)	
<u>25</u>	CA54/61	184点
<u>26</u>	<u>α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)</u>	185点
<u>27</u>	CA602、組織因子経路インヒビター2 (TFPI2)	190点
<u>28</u>	γ-セミノプロテイン (γ-Sm)	192点
<u>29</u> ・ <u>30</u>	(略)	
<u>31</u>	<u>S2, 3PSA%</u>	248点
<u>32</u> ~ <u>34</u>	(略)	
<u>35</u>	<u>アポリポ蛋白A2 (APOA2) アイソフォーム</u>	<u>335点</u>
<u>36</u>	(略)	
注1	(略)	
2	患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から36までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	<u>385点</u>
D010	特殊分析	
1~3	(略)	
4	アミノ酸	
	イ (略)	
	ロ 5種類以上	<u>1,107点</u>
5・6	(略)	
7	脂肪酸分画	<u>393点</u>

<u>18</u>	サイトケラチン8・18 (尿)、 <u>シアリルLe<sup>x</sup>抗原 (CSLEX)</u>	160点
<u>19</u> ~ <u>21</u>	(略)	
<u>22</u>	CA54/61、 <u>癌<sup>がん</sup>関連ガラクトース転移酵素 (GAT)</u>	184点
	(新設)	
<u>23</u>	CA602、 <u>α-フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%)</u> 、組織因子経路インヒビター2 (TFPI2)	190点
<u>24</u>	γ-セミノプロテイン (γ-Sm)	194点
<u>25</u> ・ <u>26</u>	(略)	
	(新設)	
<u>27</u> ~ <u>29</u>	(略)	
	(新設)	
<u>30</u>	(略)	
注1	(略)	
2	患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から30までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ・ロ (略)	
	ハ 4項目以上	<u>396点</u>
D010	特殊分析	
1~3	(略)	
4	アミノ酸	
	イ (略)	
	ロ 5種類以上	<u>1,141点</u>
5・6	(略)	
7	脂肪酸分画	<u>405点</u>

8	先天性代謝異常症検査 イ・ロ (略)	
	ハ タンデムマス分析	<u>1,107点</u>
	ニ その他	<u>1,107点</u>
	注1・2 (略) (免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1～5 (略)	
	6 血小板関連 I g G (P A - I g G)	<u>190点</u>
	7・8 (略)	
	9 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体)	<u>376点</u>
	10 (略)	
	<u>11 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体定性</u>	<u>420点</u>
D012	感染症免疫学的検査	
	1～15 (略)	
	16 H I V - 1, 2抗体定性、H I V - 1, 2抗体 半定量、H I V - 1, 2抗原・抗体同時測定定性	<u>109点</u>
	17 <u>H I V - 1抗体</u>	<u>113点</u>
	18 <u>抗酸菌抗体定量、抗酸菌抗体定性</u>	116点
	19 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u>	<u>121点</u>
	20 (略)	
	21 <u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>129点</u>
	(削る)	

8	先天性代謝異常症検査 イ・ロ (略)	
	ハ タンデムマス分析	<u>1,141点</u>
	ニ その他	<u>1,141点</u>
	注1・2 (略) (免疫学的検査)	
D011	免疫血液学的検査	
	1～5 (略)	
	6 血小板関連 I g G (P A - I g G)	<u>193点</u>
	7・8 (略)	
	9 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (I g G 抗体)	<u>378点</u>
	10 (略) (新設)	
D012	感染症免疫学的検査	
	1～15 (略)	
	16 H I V - 1, 2抗体定性、H I V - 1, 2抗体 半定量、H I V - 1, 2抗原・抗体同時測定定性	<u>112点</u>
	(新設)	
	17 <u>抗酸菌抗体定量、H I V - 1抗体、抗酸菌抗体 定性</u>	116点
	18 <u>A群β溶連菌迅速試験定性</u>	<u>124点</u>
	19 (略)	
	20 <u>ヘモフィルス・インフルエンザb型 (H i b) 抗原定性 (尿・髄液)</u>	<u>132点</u>
	21 <u>カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カン ジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (F T A - A B S試験) 半定量</u>	<u>134点</u>

22	インフルエンザウイルス抗原定性	132点
23	カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ抗体（FTA-ABS試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（FTA-ABS試験）半定量	134点
24～26	（略）	
27	マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）	148点
28	ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無 <sup>きょう</sup> 莖膜型）抗原定性、SARS-CoV-2抗原定性	150点
29	クラミドフィラ・ニューモニエ IgM抗体、クラミジア・トラコマチス抗原定性（削る）	152点
30	（略） （削る）	
31	大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体	159点
32	D-アラビニトール	160点
33	大腸菌O157抗原定性	161点
34	クリプトコックス抗原半定量（削る）	166点
35	クリプトコックス抗原定性	169点
36	マイコプラズマ抗原定性（FA法）	170点
37	大腸菌血清型別（削る）	175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
39	淋菌 <sup>りん</sup> 抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	

22	インフルエンザウイルス抗原定性 （新設）	136点
23～25	（略） （新設）	
26	ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無 <sup>きょう</sup> 莖膜型）抗原定性、マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）	150点
27	クラミドフィラ・ニューモニエ IgM抗体	152点
28	クラミジア・トラコマチス抗原定性	156点
29	（略）	
30	D-アラビニトール	160点
31	大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体 （新設）	163点
32	大腸菌O157抗原定性	165点
33	クリプトコックス抗原半定量	169点
34	マイコプラズマ抗原定性（FA法）	170点
35	クリプトコックス抗原定性 （新設）	174点
36	大腸菌血清型別	175点
37	淋菌 <sup>りん</sup> 抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性	180点
38	アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性 （新設）	184点

、単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）

	180点
<u>40</u> <u>カンピロバクター抗原定性（糞便）</u>	<u>184点</u>
<u>41</u> <u>肺炎球菌 莢膜抗原定性（尿・髄液）</u>	<u>188点</u>
<u>42</u> <u>（1→3）-β-D-グルカン</u>	<u>195点</u>
<u>43</u> （略）	
（削る）	
<u>44</u> <u>グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）</u>	<u>200点</u>
注 （略）	
<u>45</u> <u>ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量</u>	<u>203点</u>
<u>46</u> <u>レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>205点</u>
<u>47</u> （略）	
（削る）	
<u>48</u> （略）	
<u>49</u> （略）	
<u>50</u> <u>SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性</u>	<u>225点</u>
<u>51</u> （略）	
<u>52</u> <u>エンドトキシン</u>	<u>229点</u>
<u>53</u> （略）	
（削る）	
<u>54</u> ~ <u>56</u> （略）	
<u>57</u> <u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>356点</u>
<u>58</u> （略）	
<u>59</u> <u>SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性</u>	<u>420点</u>
<u>60</u> （略）	

（新設）	
<u>39</u> <u>肺炎球菌 莢膜抗原定性（尿・髄液）</u>	<u>193点</u>
（新設）	
<u>40</u> （略）	
<u>41</u> <u>（1→3）-β-D-グルカン</u>	<u>201点</u>
<u>42</u> <u>グロブリンクラス別ウイルス抗体価（1項目当たり）</u>	<u>206点</u>
注 （略）	
<u>43</u> <u>ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量</u>	<u>207点</u>
（新設）	
<u>44</u> （略）	
<u>45</u> <u>レジオネラ抗原定性（尿）</u>	<u>211点</u>
<u>46</u> （略）	
<u>47</u> （略）	
（新設）	
<u>48</u> （略）	
（新設）	
<u>49</u> （略）	
<u>50</u> <u>エンドトキシン</u>	<u>236点</u>
<u>51</u> ~ <u>53</u> （略）	
<u>54</u> <u>サイトメガロウイルスpp65抗原定性</u>	<u>366点</u>
<u>55</u> （略）	
（新設）	
<u>56</u> （略）	

	<u>61</u> SARS-COV-2抗原定量	<u>560点</u>
	<u>62</u> ・ <u>63</u> (略)	
	<u>64</u> 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	<u>822点</u>
	<u>65</u> ・ <u>66</u> (略)	
D013	肝炎ウイルス関連検査	
	1～3 (略)	
	4 HBe抗原、HBe抗体	<u>98点</u>
	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア <sup>たん</sup> 蛋白	<u>102点</u>
	6 HbC抗体半定量・定量	<u>130点</u>
	7～10 (略)	
	11 HCV血清群別判定	<u>215点</u>
	12 HBVコア関連抗原 (HbCrAg)	<u>252点</u>
	13・14 (略)	
	注 (略)	
D014	自己抗体検査	
	1～4 (略)	
	5 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	<u>99点</u>
	<u>6</u> 抗インスリン抗体	<u>107点</u>
	<u>7</u> 抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)	110点
	<u>8</u> 抗ガラクトース欠損 IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損 IgG抗体定量	<u>111点</u>
	<u>9</u> (略)	
	<u>10</u> 抗サイログロブリン抗体	<u>136点</u>
	<u>11</u> 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	<u>138点</u>
	<u>12</u> 抗Jο-1抗体定性、抗Jο-1抗体半定量、抗Jο-1抗体定量	140点

	(新設)	
	<u>57</u> ・ <u>58</u> (略)	
	<u>59</u> 抗トリコスポロン・アサヒ抗体	<u>847点</u>
	<u>60</u> ・ <u>61</u> (略)	
D013	肝炎ウイルス関連検査	
	1～3 (略)	
	4 HBe抗原、HBe抗体	<u>101点</u>
	5 HCV抗体定性・定量、HCVコア <sup>たん</sup> 蛋白	<u>105点</u>
	6 HbC抗体半定量・定量	<u>133点</u>
	7～10 (略)	
	11 HCV血清群別判定	<u>221点</u>
	12 HBVコア関連抗原 (HbCrAg)	<u>259点</u>
	13・14 (略)	
	注 (略)	
D014	自己抗体検査	
	1～4 (略)	
	5 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量	<u>102点</u>
	(新設)	
	<u>6</u> 抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリン抗体	110点
	<u>7</u> 抗ガラクトース欠損 IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損 IgG抗体定量	<u>114点</u>
	<u>8</u> (略)	
	(新設)	
	(新設)	
	<u>9</u> 抗Jο-1抗体定性、抗Jο-1抗体半定量、抗Jο-1抗体定量、抗サイログロブリン抗体	

(削る)	
<u>13</u> (略)	
<u>14</u> 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	<u>147点</u>
<u>15</u> (略)	
<u>16</u> 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	<u>157点</u>
(削る)	
(削る)	
<u>17</u> 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性	<u>159点</u>
<u>18</u> 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量	<u>161点</u>
<u>19~23</u> (略)	
<u>24</u> 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量	<u>193点</u>
<u>25</u> (略)	
<u>26</u> IgG型リウマトイド因子	198点
<u>27</u> 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	<u>214点</u>
<u>28</u> (略)	
(削る)	
<u>29~31</u> (略)	
<u>32</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	<u>251点</u>
<u>33</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3)	

	140点
<u>10</u> 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	<u>142点</u>
<u>11</u> (略)	
<u>12</u> 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量	<u>151点</u>
<u>13</u> (略)	
<u>14</u> 抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量	157点
<u>15</u> 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	<u>158点</u>
<u>16</u> 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量	<u>161点</u>
<u>17</u> 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 (新設)	<u>163点</u>
<u>18~22</u> (略) (新設)	
<u>23</u> (略)	
<u>24</u> IgG型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量 (新設)	198点
<u>25</u> (略)	
<u>26</u> 抗TSHレセプター抗体 (TRAb)	<u>220点</u>
<u>27~29</u> (略)	
<u>30</u> 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA)	<u>258点</u>
<u>31</u> 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3)	

	- ANCA)	<u>252点</u>
<u>34</u>	(略)	
	(削る)	
	(削る)	
<u>35</u>	ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	<u>265点</u>
<u>36</u>	抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16	
	a抗体、	<u>270点</u>
<u>37</u>	抗MDA5抗体、抗TIF1- $\gamma$ 抗体、抗Mi-2抗体	<u>270点</u>
<u>38</u> ・ <u>39</u>	(略)	
<u>40</u>	甲状腺刺激抗体 (TSA b)	<u>330点</u>
<u>41</u> ~ <u>44</u>	(略)	
<u>45</u>	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)	<u>775点</u>
<u>46</u> ~ <u>49</u>	(略)	
注1	本区分の <u>10</u> から <u>16</u> まで、 <u>18</u> 、 <u>19</u> 、 <u>23</u> 及び <u>37</u> に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	
2	本区分の <u>48</u> 及び <u>49</u> 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	
D015	血漿 <sup>しょうたん</sup> 蛋白免疫学的検査	
	1~9 (略)	
	<u>10</u> $\beta_2$ -マイクログロブリン	<u>98点</u>
	<u>11</u> (略)	

	- ANCA)	<u>259点</u>
<u>32</u>	(略)	
<u>33</u>	抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-NC16	
	a抗体	<u>270点</u>
<u>34</u>	抗MDA5抗体、抗TIF1- $\gamma$ 抗体、抗Mi-2抗体	<u>270点</u>
<u>35</u>	ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性	<u>273点</u>
	(新設)	
	(新設)	
<u>36</u> ・ <u>37</u>	(略)	
<u>38</u>	甲状腺刺激抗体 (TSA b)	<u>340点</u>
<u>39</u> ~ <u>42</u>	(略)	
<u>43</u>	抗アセチルコリンレセプター抗体 (抗AChR抗体)	<u>798点</u>
<u>44</u> ~ <u>49</u>	(略)	
注1	本区分の <u>9</u> から <u>16</u> まで、 <u>18</u> 、 <u>22</u> 及び <u>34</u> に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。	
2	本区分の <u>46</u> 及び <u>47</u> 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	
D015	血漿 <sup>しょうたん</sup> 蛋白免疫学的検査	
	1~9 (略)	
	(新設)	
	<u>10</u> (略)	

	(削る)	
12	トランスサイレチン (プレアルブミン)	<u>101点</u>
13	(略)	
14	$\alpha_1$ -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)	<u>129点</u>
15	レチノール結合 <sup>たん</sup> 蛋白 (RBP)	<u>132点</u>
16・17	(略)	
18	<u>TARC</u>	<u>179点</u>
19	(略)	
	(削る)	
20~24	(略)	
25	C <sub>1</sub> インアクチベータ	<u>253点</u>
26~29	(略)	
30	結核菌特異的インターフェロン- $\gamma$ 産生能	<u>593点</u>
D016	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	<u>155点</u>
2	(略)	
3	T細胞・B細胞百分率	<u>193点</u>
4~7	(略)	
8	<u>顆粒球表面抗原検査</u>	<u>640点</u>
	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、 <sup>せつ</sup> 滲出物又は分泌物の細菌顕 <sup>しん</sup> 微鏡検査	
1・2	(略)	
3	その他のもの	<u>67点</u>
	注 (略)	
D018	細菌培養 <sup>くつ</sup> 同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	<u>180点</u>
2	消化管からの検体	<u>200点</u>
3	血液又は <sup>せん</sup> 穿刺液	<u>225点</u>

11	<u><math>\beta_2</math>-マイクログロブリン</u>	<u>101点</u>
12	トランスサイレチン (プレアルブミン)	<u>104点</u>
13	(略)	
14	$\alpha_1$ -マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む。)	<u>132点</u>
15	レチノール結合 <sup>たん</sup> 蛋白 (RBP)	<u>136点</u>
16・17	(略)	
	(新設)	
18	(略)	
19	<u>TARC</u>	<u>184点</u>
20~24	(略)	
25	C <sub>1</sub> インアクチベータ	<u>260点</u>
26~29	(略)	
30	結核菌特異的インターフェロン- $\gamma$ 産生能	<u>594点</u>
D016	細胞機能検査	
1	B細胞表面免疫グロブリン	<u>157点</u>
2	(略)	
3	T細胞・B細胞百分率	<u>198点</u>
4~7	(略)	
	(新設)	
	(微生物学的検査)	
D017	排泄物、 <sup>せつ</sup> 滲出物又は分泌物の細菌顕 <sup>しん</sup> 微鏡検査	
1・2	(略)	
3	その他のもの	<u>64点</u>
	注 (略)	
D018	細菌培養 <sup>くつ</sup> 同定検査	
1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	<u>170点</u>
2	消化管からの検体	<u>190点</u>
3	血液又は <sup>せん</sup> 穿刺液	<u>220点</u>



4	泌尿器又は生殖器からの検体	<u>190点</u>
5	その他の部位からの検体	<u>180点</u>
6	(略)	
	注1・2 (略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	<u>185点</u>
2	2菌種	<u>240点</u>
3	3菌種以上	<u>310点</u>
4・5	(略)	
D019-2~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査 (削る)	
1	クラミジア・トラコマチス核酸検出	<u>188点</u>
2	淋菌 <sup>りん</sup> 核酸検出	<u>198点</u>
3	A群β溶血連鎖球菌核酸検出	<u>204点</u>
4	HBV核酸定量	<u>256点</u>
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	<u>262点</u>
6	マイコプラズマ核酸検出、インフルエンザ核酸検出	<u>291点</u>
7・8	(略)	
9	HCV核酸検出	<u>330点</u>
10	HPV核酸検出	<u>347点</u>
	注 (略)	
11	HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	<u>347点</u>
	注 (略)	
12	脛 <sup>ちつ</sup> トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出	<u>350点</u>
13	百日咳 <sup>せき</sup> 菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出、	

4	泌尿器又は生殖器からの検体	<u>180点</u>
5	その他の部位からの検体	<u>170点</u>
6	(略)	
	注1・2 (略)	
D019	細菌薬剤感受性検査	
1	1菌種	<u>180点</u>
2	2菌種	<u>230点</u>
3	3菌種以上	<u>290点</u>
4・5	(略)	
D019-2~D022	(略)	
D023	微生物核酸同定・定量検査	
1	細菌核酸検出 (白血球) (1菌種あたり)	<u>130点</u>
2	クラミジア・トラコマチス核酸検出	<u>193点</u>
3	淋菌 <sup>りん</sup> 核酸検出 (新設)	<u>204点</u>
4	HBV核酸定量	<u>263点</u>
5	淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出	<u>270点</u>
6	マイコプラズマ核酸検出	<u>291点</u>
7・8	(略)	
9	HCV核酸検出	<u>340点</u>
10	HPV核酸検出	<u>350点</u>
	注 (略)	
11	HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	<u>352点</u>
	注 (略) (新設)	
12	百日咳 <sup>せき</sup> 菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出	

<u>百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出</u>	360点		
<u>14 抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出</u>	410点	<u>13 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出</u>	410点
<u>15 HCV核酸定量</u>	412点	(新設)	
<u>16 (略)</u>		<u>14 (略)</u>	
(削る)		<u>15 HCV核酸定量</u>	424点
<u>17 (略)</u>		<u>16 (略)</u>	
<u>18 (略)</u>		<u>17 (略)</u>	
<u>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</u>	700点	(新設)	
<u>20 サイトメガロウイルス核酸検出</u>	801点	<u>18 サイトメガロウイルス核酸検出</u>	825点
<u>21 (略)</u>		<u>19 (略)</u>	
<u>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</u>	963点	<u>20 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出</u>	963点
注 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。		注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。	
<u>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。)</u>	1,350点	(新設)	
<u>24 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出、ウイルス</u>		<u>21 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出</u>	1,700点

・細菌核酸多項目同時検出（髄液） 1,700点

注1 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

2 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

25・26 （略）

注 6 （マイコプラズマ核酸検出に限る。）、7、13（百日咳菌核酸検出及び百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出に限る。）又は14（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

D023-2 その他の微生物学的検査

1・2 （略）

3 大腸菌ベロトキシン定性 184点

4 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PB P2'）定性（イムノクロマト法によるもの） 291点

5 （略）

D024 削除

（基本的検体検査実施料）

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

（新設）

22・23 （略）

注 6、7、12（百日咳菌核酸検出に限る。）又は13（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

D023-2 その他の微生物学的検査

1・2 （略）

3 大腸菌ベロトキシン定性 189点  
（新設）

4 （略）

D024 削除

（基本的検体検査実施料）

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

1・2 （略）

注1・2 （略）

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。

第2款 検体検査判断料

区分

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

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。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カ

3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第2款 検体検査判断料

区分

D026 検体検査判断料

1～7 (略)

注1・2 (略)

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加

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。

7～9 （略）

D027 （略）

第2節 （略）

第3節 生体検査料

通則

- 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～ヨ （略）

タ 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）

レ （略）

2 （略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

D200～D214-2 （略）

（超音波検査等）

通則

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。

7～9 （略）

D027 （略）

第2節 （略）

第3節 生体検査料

通則

- 1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

イ～ヨ （略）

（新設）

タ （略）

2 （略）

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

（略）

D200～D214-2 （略）

（超音波検査等）

通則

(略)	
D 2 1 5～D 2 3 3 (略)	
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定 (脳波検査等)	<u>3,000点</u>
通則	
区分番号D 2 3 5から <u>D 2 3 7-3</u> までに掲げる脳波検査等 については、各所定点数及び区分番号D 2 3 8に掲げる脳波検査 判断料の所定点数を合算した点数により算定する。	
D 2 3 5～D 2 3 7-2 (略)	
<u>D 2 3 7-3 覚醒維持検査</u>	<u>5,000点</u>
D 2 3 8 (略) (神経・筋検査)	
通則	
(略)	
D 2 3 9～D 2 5 4 (略) (眼科学的検査)	
通則	
(略)	
D 2 5 5～D 2 5 6 (略)	
D 2 5 6-2 眼底三次元画像解析 注 (略)	<u>190点</u>
D 2 5 6-3 (略)	
D 2 5 7 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部) 注 (略)	<u>110点</u>
D 2 5 8～D 2 8 2-3 (略) (皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4 (略) (臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5 (略) (負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 0-2 (略)	

(略)	
D 2 1 5～D 2 3 3 (略)	
D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定 (脳波検査等)	<u>2,000点</u>
通則	
区分番号D 2 3 5から <u>D 2 3 7-2</u> までに掲げる脳波検査等 については、各所定点数及び区分番号D 2 3 8に掲げる脳波検査 判断料の所定点数を合算した点数により算定する。	
D 2 3 5～D 2 3 7-2 (略) (新設)	
D 2 3 8 (略) (神経・筋検査)	
通則	
(略)	
D 2 3 9～D 2 5 4 (略) (眼科学的検査)	
通則	
(略)	
D 2 5 5～D 2 5 6 (略)	
D 2 5 6-2 眼底三次元画像解析 注 (略)	<u>200点</u>
D 2 5 6-3 (略)	
D 2 5 7 細隙灯顕微鏡検査(前眼部及び後眼部) 注 (略)	<u>112点</u>
D 2 5 8～D 2 8 2-3 (略) (皮膚科学的検査)	
D 2 8 2-4 (略) (臨床心理・神経心理検査)	
D 2 8 3～D 2 8 5 (略) (負荷試験等)	
D 2 8 6～D 2 9 0-2 (略)	

D 2 9 1 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定

1 (略)

2 22箇所以上の場合 (1箇所につき) 12点

D 2 9 1-2・D 2 9 1-3 (略)

(ラジオアイソトープを用いた諸検査)

通則

(略)

D 2 9 2~D 2 9 4 (略)

(内視鏡検査)

通則

1~4 (略)

5 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査(区分番号D 2 9 6-3、D 3 2 4及びD 3 2 5に掲げるものを除く。)を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ~ニ (略)

D 2 9 5~D 2 9 6-2 (略)

D 2 9 6-3 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析(インフルエンザの診断の補助に用いるもの) 305点

注 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において行った場合は、時間外加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第1節第1款の通則第1号又は第3号の加算は別に算定できない。

D 2 9 7~D 3 2 5 (略)

第4節 診断<sup>せん</sup>穿刺・検体採取料

D 2 9 1 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定

1 (略)

2 22箇所以上の場合 (一連につき) 350点

D 2 9 1-2・D 2 9 1-3 (略)

(ラジオアイソトープを用いた諸検査)

通則

(略)

D 2 9 2~D 2 9 4 (略)

(内視鏡検査)

通則

1~4 (略)

5 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査(区分番号D 3 2 4及びD 3 2 5に掲げるものを除く。)を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ~ニ (略)

D 2 9 5~D 2 9 6-2 (略)

(新設)

D 2 9 7~D 3 2 5 (略)

第4節 診断<sup>せん</sup>穿刺・検体採取料

通則

(略)

区分

D400 血液採取（1日につき）

1 静脈 40点

2 (略)

注1 (略)

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、35点を所定点数に加算する。

3 (略)

D401・D402 (略)

D403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。） 260点

注 (略)

D404 骨髄穿刺

1 (略)

2 その他 300点

注 (略)

D404-2～D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検（片側）

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳癌の患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

D410～D412-2 (略)

D412-3 経頸静脈的肝生検 13,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して

通則

(略)

区分

D400 血液採取（1日につき）

1 静脈 37点

2 (略)

注1 (略)

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、30点を所定点数に加算する。

3 (略)

D401・D402 (略)

D403 腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。） 220点

注 (略)

D404 骨髄穿刺

1 (略)

2 その他 280点

注 (略)

D404-2～D409 (略)

D409-2 センチネルリンパ節生検（片側）

1・2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

D410～D412-2 (略)

(新設)



いるものと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。

D 4 1 3～D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1 (略)

2 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)

220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。

3 動脈血採取(1日につき) 60点

注1 (略)

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、35点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

D 4 1 9-2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～3 (略)

4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3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E 0 0 1又はE 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3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。

D 4 1 3～D 4 1 8 (略)

D 4 1 9 その他の検体採取

1 (略)

2 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)

180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、40点を所定点数に加算する。

3 動脈血採取(1日につき) 55点

注1 (略)

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、30点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

D 4 1 9-2 (略)

第5節・第6節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～3 (略)

4 区分番号E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2及びE 2 0 3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E 0 0 1又はE 0 0 4に掲げる画像診断、区分番号E 1 0 2に掲げる画像診断及び区分番号E 2 0 3に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。

- 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2、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。
- 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2、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。
- 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、

- 5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点又は340点を所定点数に加算する。
- 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。
- 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

(略)

区分

E000・E001 (略)

E002 撮影

1～4 (略)

注1～5 (略)

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 (略)

E004 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

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。

第2節 核医学診断料

通則

(略)

区分

E100・E101 (略)

E101-2 ポジトロン断層撮影

1～3 (略)

画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3を算定することができる。

第1節 エックス線診断料

通則

(略)

区分

E000・E001 (略)

E002 撮影

1～4 (略)

注1～5 (略)

(新設)

E003 (略)

E004 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第2節 核医学診断料

通則

(略)

区分

E100・E101 (略)

E101-2 ポジトロン断層撮影

1～3 (略)

- 4 <sup>18</sup>F標識フルシクロピンを用いた場合（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
- 注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入、<sup>18</sup>F DGの合成及び注入、<sup>13</sup>N標識アンモニア剤の合成及び注入、<sup>18</sup>F標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2・3 （略）
- 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）
- 1・2 （略）
- 3 <sup>18</sup>F標識フルシクロピンを用いた場合（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

(新設)

(新設)

注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入、<sup>18</sup>F DGの合成及び注入並びに<sup>13</sup>N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2・3 （略）

4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

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・2 （略）

(新設)

(新設)

ロ イ以外の場合 3,725点

注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入、<sup>18</sup>F D G の合成及び注入、<sup>18</sup>F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2・3 (略)

4 1から3までについては、新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

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 <sup>18</sup>F D Gを用いた場合（一連の検査につき） 9,160点

2 <sup>18</sup>F 標識フルシクロピンをを用いた場合（一連の検査につき） 4,160点

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

注1 <sup>18</sup>F D Gの合成及び注入、<sup>18</sup>F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成（放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。）及び注入に要する費用は、所定

注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入並びに<sup>18</sup>F D G の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2・3 (略)

4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点

（新設）

（新設）

（新設）

注1 <sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

点数に含まれる

2・3 (略)

4 1及び2については、新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E101-5・E102 (略)

第3節～第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

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。

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1～3 (略)

注1～4 (略)

(削る)

2・3 (略)

4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する

E101-5・E102 (略)

第3節～第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院で

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日以上の場合、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。

6・7 (略)

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

9 (略)

(削る)

ある保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。

6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

7・8 (略)

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点

10 (略)

11 注9の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれ

第3節・第4節 (略)  
第5節 処方箋料

区分

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1～3 (略)  
(削る)

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 7点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)  
第5節 処方箋料

区分

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 28点
  - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
  - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1～3 (略)
- 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付し



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。

5 (略)

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 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7 (略)

(削る)

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

た場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

6 (略)

7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

8 (略)

9 注7の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

(新設)

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 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

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。

8～9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 25点

注1 (略)

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Ⅱ又

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8～9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点

注1 (略)

2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定

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 （略）

- 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。
- 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Ⅱ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～G003-3 （略）

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 （略）

- 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。

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） 34点

注1 （略）

- 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。
- 3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ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～G003-3 （略）

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） 101点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点

注1 （略）

- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3 (略)

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Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

G005 中心静脈注射（1日につき） 140点  
注1～3 (略)

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Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

5 (略)

G005-2～G005-4 (略)

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 (略)

3 (略)

4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

G005 中心静脈注射（1日につき） 140点  
注1～3 (略)

4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

5 (略)

G005-2～G005-4 (略)

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 (略)

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Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

3 (略)

G007	腱鞘内注射	42点
G008	(略)	
G009	脳脊髄腔注射	
	1～2 (略)	
	3 腰椎	160点
	注 (略)	
G010	(略)	
G010-2	滑液囊穿刺後の注入	100点
G011	(略)	
G012	結膜下注射	42点
G012-2・G013	(略)	
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	(略)	

第2款 無菌製剤処理料

2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ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。

3 (略)

G007	腱鞘内注射	27点
G008	(略)	
G009	脳脊髄腔注射	
	1～2 (略)	
	3 腰椎	140点
	注 (略)	
G010	(略)	
G010-2	滑液囊穿刺後の注入	80点
G011	(略)	
G012	結膜下注射	27点
G012-2・G013	(略)	
G014	球後注射	60点
G015	テノン氏嚢内注射	60点
G016	硝子体内注射	580点
	(新設)	
G017	腋窩多汗症注射 (片側につき)	200点
G018	(略)	

第2款 無菌製剤処理料

区分

G020 無菌製剤処理料

1～2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

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

区分

G020 無菌製剤処理料

1～2 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

1 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 205点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2 心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 125点

(新設)

ロ	<u>作業療法士による場合</u>	125点
ハ	<u>医師による場合</u>	125点
ニ	<u>看護師による場合</u>	125点
ホ	<u>集団療法による場合</u>	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。

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。

3 (略)

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

(新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

、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。

5・6 (略)

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 (略)

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関

4・5 (略)

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) 245点  
(新設)
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 200点  
(新設)
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 100点  
(新設)

注1 (略)

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関



を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に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。

3 (略)

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。

5 (略)

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、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(Ⅱ)（1単位）

(Ⅰ) 理学療法士による場合 147点

を退院したもの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)（1単位） 147点

(新設)

- ② 作業療法士による場合 147点
- ③ 言語聴覚士による場合 147点
- ④ 医師による場合 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位)

- ① 理学療法士による場合 120点
- ② 作業療法士による場合 120点
- ③ 言語聴覚士による場合 120点
- ④ 医師による場合 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ (1単位)

- ① 理学療法士による場合 60点
- ② 作業療法士による場合 60点
- ③ 言語聴覚士による場合 60点
- ④ 医師による場合 60点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 60点

7・8 (略)

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
- 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)

(新設)

(新設)

(新設)

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位) 120点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ (1単位) 60点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

6・7 (略)

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) 180点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ (1単位) 146点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

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 (略)

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。

## 3 (略)

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。

## 5 (略)

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

## 注1 (略)

2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

## 3 (略)

(新設)

## 4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群

の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

- (1) 理学療法士による場合 108点
- (2) 作業療法士による場合 108点
- (3) 言語聴覚士による場合 108点
- (4) 医師による場合 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

- (1) 理学療法士による場合 88点
- (2) 作業療法士による場合 88点
- (3) 言語聴覚士による場合 88点
- (4) 医師による場合 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

- (1) 理学療法士による場合 46点
- (2) 作業療法士による場合 46点
- (3) 言語聴覚士による場合 46点
- (4) 医師による場合 46点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 46点

7・8 (略)

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)

- 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)

の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 108点

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 88点

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 46点

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

6・7 (略)

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)

- (新設)
- (新設)
- (新設)

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 （略）

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。

3 （略）

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

170点

- (新設)
  - (新設)
  - (新設)
- 3 運動器リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

85点

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

注1 （略）

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30点を所定点数に加算する。

3 （略）

(新設)

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。

5 (略)

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。  
イ 運動器リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

<u>(1)</u> 理学療法士による場合	<u>111点</u>
<u>(2)</u> 作業療法士による場合	<u>111点</u>
<u>(3)</u> 医師による場合	<u>111点</u>

ロ 運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

<u>(1)</u> 理学療法士による場合	<u>102点</u>
<u>(2)</u> 作業療法士による場合	<u>102点</u>
<u>(3)</u> 医師による場合	<u>102点</u>

ハ 運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

<u>(1)</u> 理学療法士による場合	<u>51点</u>
<u>(2)</u> 作業療法士による場合	<u>51点</u>
<u>(3)</u> 医師による場合	<u>51点</u>
<u>(4)</u> (1)から(3)まで以外の場合	<u>51点</u>

7・8 (略)

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)

4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。  
イ 運動器リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

111点

(新設)

(新設)

(新設)

ロ 運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

102点

(新設)

(新設)

(新設)

ハ 運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

51点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

6・7 (略)

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 (略)

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。

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数

175点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2 呼吸器リハビリテーション料Ⅱ (1単位)

85点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

注1 (略)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

に加算する。  
5・6 (略)  
H003-2 リハビリテーション総合計画評価料  
1～2 (略)  
注1～3 (略)  
(削る)

4 (略)  
H003-3 削除

4・5 (略)  
H003-2 リハビリテーション総合計画評価料  
1～2 (略)  
注1～3 (略)  
4 区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者（区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

5 (略)  
H003-3 リハビリテーション計画提供料  
1 リハビリテーション計画提供料1 275点  
2 リハビリテーション計画提供料2 100点  
注1 1について、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者



H003-4～H008 (略)  
第2節 (略)  
第8部 精神科専門療法  
通則  
(略)  
第1節 精神科専門療法料  
区分  
I000 (略)

として同法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下の区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

2 2について、退院時に区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に1回に限り算定する

3 1について、区分番号B005-1-3に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者1人につき1回に限り算定する。

4 1について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、5点を所定点数に加算する。

H003-4～H008 (略)  
第2節 (略)  
第8部 精神科専門療法  
通則  
(略)  
第1節 精神科専門療法料  
区分  
I000 (略)

I 0 0 0 - 2	経頭蓋磁気刺激療法	<u>2,000点</u>
	注 (略)	
I 0 0 1	(略)	
I 0 0 2	通院・在宅精神療法 (1回につき)	
	1 通院精神療法	
	イ (略)	
	ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合	
	(1) 精神保健指定医による場合	<u>600点</u>
	(2) (1)以外の場合	<u>550点</u>
	ハ イ及びロ以外の場合	
	(1) (略)	
	(2) 30分未満の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>315点</u>
	② ①以外の場合	<u>290点</u>
	2 在宅精神療法	
	イ (略)	
	ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合	
	(1) 精神保健指定医による場合	<u>640点</u>
	(2) (略)	
	ハ イ及びロ以外の場合	
	(1) 60分以上の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>590点</u>
	② ①以外の場合	<u>540点</u>
	(2) (略)	
	(3) 30分未満の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>315点</u>
	② ①以外の場合	<u>290点</u>
	注1・2 (略)	
	3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法	

I 0 0 0 - 2	経頭蓋磁気刺激療法	<u>1,200点</u>
	注 (略)	
I 0 0 1	(略)	
I 0 0 2	通院・在宅精神療法 (1回につき)	
	1 通院精神療法	
	イ (略)	
	ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合	
	(1) 精神保健指定医による場合	<u>560点</u>
	(2) (1)以外の場合	<u>540点</u>
	ハ イ及びロ以外の場合	
	(1) (略)	
	(2) 30分未満の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>330点</u>
	② ①以外の場合	<u>315点</u>
	2 在宅精神療法	
	イ (略)	
	ロ 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する 初診の日において、60分以上行った場合	
	(1) 精神保健指定医による場合	<u>620点</u>
	(2) (略)	
	ハ イ及びロ以外の場合	
	(1) 60分以上の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>550点</u>
	② ①以外の場合	<u>530点</u>
	(2) (略)	
	(3) 30分未満の場合	
	① 精神保健指定医による場合	<u>330点</u>
	② ①以外の場合	<u>315点</u>
	注1・2 (略)	
	3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法	

を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、320点を所定点数に加算する。ただし、注4又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

- 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・ロ （略）

5～7 （略）

（削る）

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

- 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。

イ・ロ （略）

5～7 （略）

8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

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、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

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。

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

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

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 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

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。 (新設)

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

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 (新設)

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。

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 ~ 3 (略)

注1 ~ 6 (略)

7 注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 月14日目まで 265点

ロ 月15日目以降 200点

8 ~ 12 (略)

13 組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1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

I 0 0 2 - 2 ~ I 0 1 1 - 2 (略)

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

1 ~ 3 (略)

注1 ~ 6

7 注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

8 ~ 12 (略)

13 組織的な感染防止対策につき区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注11及び区分番号A 0 0 1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。

14・15 (略)

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。

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

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。

14・15 (略)

(新設)

(新設)

る外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)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~I016 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則  
(略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000・J000-2 (略)

J001 熱傷処置

1・2 (略)

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

5 6,000平方センチメートル以上 1,875点

注1~4 (略)

I012-2~I016 (略)

第2節 (略)

第9部 処置

通則  
(略)

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000・J000-2 (略)

J001 熱傷処置

1・2 (略)

3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 270点

4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 504点

5 6,000平方センチメートル以上 1,500点

注1~4 (略)



J 0 0 1 - 2 ~ J 0 0 1 - 6 (略)	
J 0 0 1 - 7 爪 <sup>もつ</sup> 甲除去 (麻酔を要しないもの)	<u>70点</u>
注 (略)	
J 0 0 1 - 8 ~ J 0 0 2 (略)	
J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)	
1・2 (略)	
3 200平方センチメートル以上	<u>1,375点</u>
注1~3 (略)	
J 0 0 3 - 2 (略)	
J 0 0 3 - 3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき)	<u>1,375点</u>
J 0 0 3 - 4・J 0 0 4 (略)	
J 0 0 5 脳室 <sup>せん</sup> 穿刺	<u>750点</u>
注 (略)	
J 0 0 6・J 0 0 7 (略)	
J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入	<u>1,000点</u>
注1・2 (略)	
J 0 0 8 胸腔 <sup>くつせん</sup> 穿刺 (洗淨、注入及び排液を含む。)	<u>275点</u>
注 (略)	
J 0 0 9 (略)	
J 0 1 0 腹腔 <sup>くつせん</sup> 穿刺 (人工気腹、洗淨、注入及び排液を含む。)	<u>287点</u>
注 (略)	
J 0 1 0 - 2・J 0 1 1 (略)	
J 0 1 2 腎 <sup>のう</sup> 嚢胞又は水腎症 <sup>せん</sup> 穿刺	<u>350点</u>
注 (略)	
J 0 1 3 ~ J 0 1 8 - 3 (略)	
J 0 1 9 持続的胸腔 <sup>くう</sup> ドレナージ (開始日)	<u>825点</u>
注1・2 (略)	
J 0 1 9 - 2 ~ J 0 2 2 - 5 (略)	
J 0 2 3 気管支カテーテル薬液注入法	<u>150点</u>

J 0 0 1 - 2 ~ J 0 0 1 - 6 (略)	
J 0 0 1 - 7 爪 <sup>もつ</sup> 甲除去 (麻酔を要しないもの)	<u>60点</u>
注 (略)	
J 0 0 1 - 8 ~ J 0 0 2 (略)	
J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (1日につき)	
1・2 (略)	
3 200平方センチメートル以上	<u>1,100点</u>
注1~3 (略)	
J 0 0 3 - 2 (略)	
J 0 0 3 - 3 局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創) (1日につき)	<u>1,100点</u>
J 0 0 3 - 4・J 0 0 4 (略)	
J 0 0 5 脳室 <sup>せん</sup> 穿刺	<u>600点</u>
注 (略)	
J 0 0 6・J 0 0 7 (略)	
J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入	<u>800点</u>
注1・2 (略)	
J 0 0 8 胸腔 <sup>くつせん</sup> 穿刺 (洗淨、注入及び排液を含む。)	<u>220点</u>
注 (略)	
J 0 0 9 (略)	
J 0 1 0 腹腔 <sup>くつせん</sup> 穿刺 (人工気腹、洗淨、注入及び排液を含む。)	<u>230点</u>
注 (略)	
J 0 1 0 - 2・J 0 1 1 (略)	
J 0 1 2 腎 <sup>のう</sup> 嚢胞又は水腎症 <sup>せん</sup> 穿刺	<u>280点</u>
注 (略)	
J 0 1 3 ~ J 0 1 8 - 3 (略)	
J 0 1 9 持続的胸腔 <sup>くう</sup> ドレナージ (開始日)	<u>660点</u>
注1・2 (略)	
J 0 1 9 - 2 ~ J 0 2 2 - 5 (略)	
J 0 2 3 気管支カテーテル薬液注入法	<u>120点</u>

J024～J029-2	(略)	
J030	食道ブジー法	<u>150点</u>
J031	直腸ブジー法	<u>150点</u>
J032・J033	(略)	
J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	<u>912点</u>
J034-2～J037	(略)	
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	<u>1,876点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>2,036点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,171点</u>
2	慢性維持透析を行った場合2	
イ	4時間未満の場合	<u>1,836点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>1,996点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,126点</u>
3	慢性維持透析を行った場合3	
イ	4時間未満の場合	<u>1,796点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>1,951点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,081点</u>
4	(略)	
注1	(略)	
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	(略)	
ロ	導入期加算2	<u>410点</u>
ハ	導入期加算3	<u>810点</u>
3～14	(略)	

J024～J029-2	(略)	
J030	食道ブジー法	<u>120点</u>
J031	直腸ブジー法	<u>120点</u>
J032・J033	(略)	
J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	<u>730点</u>
J034-2～J037	(略)	
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	<u>1,885点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>2,045点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,180点</u>
2	慢性維持透析を行った場合2	
イ	4時間未満の場合	<u>1,845点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>2,005点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,135点</u>
3	慢性維持透析を行った場合3	
イ	4時間未満の場合	<u>1,805点</u>
ロ	4時間以上5時間未満の場合	<u>1,960点</u>
ハ	5時間以上の場合	<u>2,090点</u>
4	(略)	
注1	(略)	
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	(略)	
ロ	導入期加算2	<u>400点</u>
ハ	導入期加算3	<u>800点</u>
3～14	(略)	

J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)

J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)  
 1・2 (略)  
 注1～3 (略)  
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。

J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 7 (略)  
 (救急処置)

J 0 4 4 (略)

J 0 4 4 - 2 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法 (1日につき) 600点

J 0 4 5 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 (略)  
 注1～4 (略)  
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。

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 4 7 - 3 (略)

J 0 4 8 心膜<sup>せん</sup>穿刺 625点

J 0 4 9 (略)

J 0 5 0 気管内洗<sup>せん</sup>浄 (1日につき) 425点

J 0 3 8 - 2 ~ J 0 4 3 - 2 (略)

J 0 4 3 - 3 ストーマ処置 (1日につき)  
 1・2 (略)  
 注1～3 (略)  
 (新設)

J 0 4 3 - 4 ~ J 0 4 3 - 7 (略)  
 (救急処置)

J 0 4 4 (略)

J 0 4 4 - 2 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法 (1日につき) 480点

J 0 4 5 人工呼吸  
 1 30分までの場合 242点  
 2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数  
 3 (略)  
 注1～4 (略)  
 (新設)

J 0 4 5 - 2 ~ J 0 4 7 - 3 (略)

J 0 4 8 心膜<sup>せん</sup>穿刺 500点

J 0 4 9 (略)

J 0 5 0 気管内洗<sup>せん</sup>浄 (1日につき) 340点

注1・2 (略)	
J051 胃洗浄	<u>375点</u>
注 (略)	
J052 (略)	
J052-2 熱傷温浴療法 (1日につき)	<u>2,175点</u>
注 (略)	
(皮膚科処置)	
J053・J054 (略)	
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	<u>2,712点</u>
注 (略)	
2 (略)	
注 (略)	
J055～J057-4 (略)	
(泌尿器科処置)	
J058～J061 (略)	
J062 腎盂内注入 (尿管カテーテル法を含む。)	<u>1,612点</u>
注 (略)	
J063～J066-2 (略)	
J067 誘導ブジー法	<u>270点</u>
J068～J070-4 (略)	
(産婦人科処置)	
J071～J076 (略)	
J077 子宮出血止血法	
1 分娩時のもの	<u>780点</u>
2 (略)	
J078～J082 (略)	
J082-2 薬物放出子宮内システム処置	
1 挿入術	<u>300点</u>
2 (略)	
J083～J085-2 (略)	

注1・2 (略)	
J051 胃洗浄	<u>300点</u>
注 (略)	
J052 (略)	
J052-2 熱傷温浴療法 (1日につき)	<u>1,740点</u>
注 (略)	
(皮膚科処置)	
J053・J054 (略)	
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	<u>2,170点</u>
注 (略)	
2 (略)	
注 (略)	
J055～J057-4 (略)	
(泌尿器科処置)	
J058～J061 (略)	
J062 腎盂内注入 (尿管カテーテル法を含む。)	<u>1,290点</u>
注 (略)	
J063～J066-2 (略)	
J067 誘導ブジー法	<u>216点</u>
J068～J070-4 (略)	
(産婦人科処置)	
J071～J076 (略)	
J077 子宮出血止血法	
1 分娩時のもの	<u>624点</u>
2 (略)	
J078～J082 (略)	
J082-2 薬物放出子宮内システム処置	
1 挿入術	<u>240点</u>
2 (略)	
J083～J085-2 (略)	

(眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 4 (略)	
(耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5 (略)	
J 0 9 5-2 鼓室処置 (片側)	<u>62点</u>
注 (略)	
J 0 9 6～J 1 0 8 (略)	
J 1 0 9 鼻咽腔止血法 (ベロック止血法)	<u>550点</u>
J 1 1 0～J 1 1 2 (略)	
J 1 1 3 耳垢 <sup>こ</sup> 栓塞除去 (複雑なもの)	
1 片側	<u>90点</u>
2 両側	<u>160点</u>
注 (略)	
J 1 1 4 ネブライザ	12点
注 (略)	
J 1 1 5・J 1 1 5-2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 (略)	
J 1 1 6-2 粘 (滑) 液囊 <sup>のうせきん</sup> 穿刺注入 (片側)	<u>100点</u>
J 1 1 6-3～J 1 1 6-5 (略)	
J 1 1 7 鋼線等による直達 <sup>びん</sup> 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)	<u>62点</u>
注1・2 (略)	
J 1 1 8～J 1 1 9-4 (略)	
(栄養処置)	
J 1 2 0・J 1 2 1 (略)	
(ギプス)	
通則	
(略)	
J 1 2 2～J 1 2 9-4 (略)	
第2節～第4節 (略)	

(眼科処置)	
J 0 8 6～J 0 9 4 (略)	
(耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5 (略)	
J 0 9 5-2 鼓室処置 (片側)	<u>55点</u>
注 (略)	
J 0 9 6～J 1 0 8 (略)	
J 1 0 9 鼻咽腔止血法 (ベロック止血法)	<u>440点</u>
J 1 1 0～J 1 1 2 (略)	
J 1 1 3 耳垢 <sup>こ</sup> 栓塞除去 (複雑なもの)	
1 片側	<u>100点</u>
2 両側	<u>180点</u>
注 (略)	
J 1 1 4 ネブライザ	12点
注 (略)	
J 1 1 5・J 1 1 5-2 (略)	
(整形外科的処置)	
J 1 1 6 (略)	
J 1 1 6-2 粘 (滑) 液囊 <sup>のうせきん</sup> 穿刺注入 (片側)	<u>80点</u>
J 1 1 6-3～J 1 1 6-5 (略)	
J 1 1 7 鋼線等による直達 <sup>びん</sup> 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)	<u>50点</u>
注1・2 (略)	
J 1 1 8～J 1 1 9-4 (略)	
(栄養処置)	
J 1 2 0・J 1 2 1 (略)	
(ギプス)	
通則	
(略)	
J 1 2 2～J 1 2 9-4 (略)	
第2節～第4節 (略)	

第10部 手術

通則

1～3 (略)

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

第10部 手術

通則

1～3 (略)

4 区分番号K007 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K014-2、K019-2、K022の1、K031 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K046 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K053 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K059の3のイ及び4、K081 (注に規定する加算を算定する場合に限る。)、K133-2、K134-4、K136-2、K169 (注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K169-2、K169-3、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、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、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K374-2、K388-3、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475 (別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K476 (1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ及びハ、K595 (注2に規定する加算を算定する場合に限る。)、K595-2、K597

、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K574-4、K594の4の口及びハ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、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

からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K653-6、K654-4、K655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K656-2、K665の2、K668-2、K675-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K754-3、K755-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K800-4、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K823-7、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K828-3、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K835の1、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において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

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。

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

労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K879-2、K882-2、K884-2、K884-3、K888(別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。)、K890-4、K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2、K636-2、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-



、K458、K462、K484、K496、K496-3、K497からK498まで、K508-4、K511、K514、K514-2の4、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K529-5、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の4の口、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の4、K645、K675-2、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）  
、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、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。

6 （略）

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、K497からK498まで、K511、K514、K514-2の4、K518、K519、K525、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K547、K549、K552、K552-2、K594の4の口、K594-2、K595、K597、K597-2、K627-2の4、K645、K675-2、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）  
、K695-2、K697-4の1、K702、K703、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）  
、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）  
、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）  
、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）  
）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6 （略）

7 区分番号K002、K138、K142の6、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、

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。

8～11 （略）

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914からK917-5までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ （略）

13～17 （略）

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-

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、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K775、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8～11 （略）

12 緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914からK917-3までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ・ロ （略）

13～17 （略）

18 区分番号K374-2、K394-2、K502-5、K504-2、K513-2、K514-2の2及び3、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2の1

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。

19 （略）

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。

21 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として、当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。

#### 第1節 手術料

、K655-5の1、K657-2の1、K674-2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、K740-2の1、2及び5、K754-2、K755-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2並びにK879-2（子宮体がんに限る。）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。

19 （略）

20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号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。

（新設）

#### 第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織	
区分	(皮膚、皮下組織)
K000	創傷処理
1・2	(略)
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)
イ	(略)
ロ	その他のもの <u>3,090点</u>
4~6	(略)
注1~3	(略)
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)
1・2	(略)
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>2,860点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) <u>4,410点</u>
5~8	(略)
注1~3	(略)
K001	皮膚切開術
1・2	(略)
3	長径20センチメートル以上 <u>2,270点</u>
K002	デブリードマン
1	100平方センチメートル未満 <u>1,620点</u>
2・3	(略)
注1~5	(略)
K003・K004	(略)
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)
1・2	(略)
3	長径4センチメートル以上 <u>5,010点</u>
K006~K006-4	(略)

第1款 皮膚・皮下組織	
区分	(皮膚、皮下組織)
K000	創傷処理
1・2	(略)
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)
イ	(略)
ロ	その他のもの <u>2,690点</u>
4~6	(略)
注1~3	(略)
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)
1・2	(略)
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) <u>2,490点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) <u>3,840点</u>
5~8	(略)
注1~3	(略)
K001	皮膚切開術
1・2	(略)
3	長径20センチメートル以上 <u>1,980点</u>
K002	デブリードマン
1	100平方センチメートル未満 <u>1,410点</u>
2・3	(略)
注1~5	(略)
K003・K004	(略)
K005	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)
1・2	(略)
3	長径4センチメートル以上 <u>4,360点</u>
K006~K006-4	(略)

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

K007-2～K008 (略)

(形成)

K009～K013-2 (略)

K013-3 自家皮膚非培養細胞移植術

1 25平方センチメートル未満 3,520点

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点

3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点

4 200平方センチメートル以上 25,820点

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

K014・K014-2 (略)

K015 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

1 25平方センチメートル未満 5,180点

2・3 (略)

K016～K022-2 (略)

K022-3 慢性膿皮症手術

1 単純なもの 4,820点

2 複雑なもの 8,320点

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

K007-2～K008 (略)

(形成)

K009～K013-2 (略)

(新設)

K014・K014-2 (略)

K015 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

1 25平方センチメートル未満 4,510点

2・3 (略)

K016～K022-2 (略)

(新設)

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

区分

(筋膜、筋、<sup>けん</sup>腱、<sup>けんしよつ</sup>腱鞘)

K023~K027 (略)

K028 <sup>けんしよつ</sup>腱鞘切開術 (関節鏡下によるものを含む。)  
2,350点

K029 (略)

K030 四肢・<sup>く</sup>躯幹軟部腫瘍摘出術  
1 肩、上腕、前腕、<sup>たい</sup>大腿、<sup>たい</sup>下腿、<sup>く</sup>躯幹 8,490点  
2 (略)

K031 四肢・<sup>く</sup>躯幹軟部悪性腫瘍手術  
1 肩、上腕、前腕、<sup>たい</sup>大腿、<sup>たい</sup>下腿、<sup>く</sup>躯幹 27,740点  
2 手、足 14,800点  
注 (略)

K032~K041 (略)  
(四肢骨)

K042~K043-3 (略)

K044 骨折非観血的整復術  
1 肩甲骨、上腕、<sup>たい</sup>大腿 1,840点  
2 前腕、<sup>たい</sup>下腿 2,040点  
3 (略)

K045 (略)

K046 骨折観血的手術  
1 肩甲骨、上腕、<sup>たい</sup>大腿 21,630点  
2 前腕、<sup>たい</sup>下腿、手舟状骨 18,370点  
3 (略)  
注 (略)

K046-2~K051 (略)

K051-2 中手骨又は中足骨摘除術 (2本以上) 5,930点  
注 (略)

K052~K052-3 (略)

K053 骨悪性腫瘍手術

区分

(筋膜、筋、<sup>けん</sup>腱、<sup>けんしよつ</sup>腱鞘)

K023~K027 (略)

K028 <sup>けんしよつ</sup>腱鞘切開術 (関節鏡下によるものを含む。)  
2,050点

K029 (略)

K030 四肢・<sup>く</sup>躯幹軟部腫瘍摘出術  
1 肩、上腕、前腕、<sup>たい</sup>大腿、<sup>たい</sup>下腿、<sup>く</sup>躯幹 7,390点  
2 (略)

K031 四肢・<sup>く</sup>躯幹軟部悪性腫瘍手術  
1 肩、上腕、前腕、<sup>たい</sup>大腿、<sup>たい</sup>下腿、<sup>く</sup>躯幹 24,130点  
2 手、足 12,870点  
注 (略)

K032~K041 (略)  
(四肢骨)

K042~K043-3 (略)

K044 骨折非観血的整復術  
1 肩甲骨、上腕、<sup>たい</sup>大腿 1,600点  
2 前腕、<sup>たい</sup>下腿 1,780点  
3 (略)

K045 (略)

K046 骨折観血的手術  
1 肩甲骨、上腕、<sup>たい</sup>大腿 18,810点  
2 前腕、<sup>たい</sup>下腿、手舟状骨 15,980点  
3 (略)  
注 (略)

K046-2~K051 (略)

K051-2 中手骨又は中足骨摘除術 (2本以上) 5,160点  
注 (略)

K052~K052-3 (略)

K053 骨悪性腫瘍手術

1	肩甲骨、上腕、大腿	36,600点
2	前腕、下腿	35,000点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	25,310点
	注 (略)	
<u>K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波</u>		
<u>焼灼療法 (一連として)</u>		
1	2センチメートル以内のもの	15,000点
2	2センチメートルを超えるもの	21,960点
	注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>	
K054~K055-3 (略)		
<u>K055-4</u>	<u>大腿骨遠位骨切り術</u>	<u>33,830点</u>
K056~K059-2 (略)		
(四肢関節、靭帯)		
K060 関節切開術		
1	(略)	
2	胸鎖、肘、手、足	1,470点
3	肩鎖、指(手、足)	780点
K060-2~K061 (略)		
K062 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)		
1	(略)	
2	その他	3,390点
K063~K069-3 (略)		
<u>K069-4</u>	<u>関節鏡下半月板制動術</u>	<u>21,700点</u>
K070~K076-2 (略)		
<u>K076-3</u>	<u>関節鏡下肩関節授動術(関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの)</u>	<u>54,810点</u>
K077 (略)		
<u>K077-2</u>	<u>肩甲骨烏口突起移行術</u>	<u>27,380点</u>
K078~K080-4 (略)		

1	肩甲骨、上腕、大腿	36,460点
2	前腕、下腿	32,040点
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	22,010点
	注 (略)	
(新設)		
K054~K055-3 (略)		
(新設)		
K056~K059-2 (略)		
(四肢関節、靭帯)		
K060 関節切開術		
1	(略)	
2	胸鎖、肘、手、足	1,280点
3	肩鎖、指(手、足)	680点
K060-2~K061 (略)		
K062 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)		
1	(略)	
2	その他	2,950点
K063~K069-3 (略)		
(新設)		
K070~K076-2 (略)		
(新設)		
K077 (略)		
(新設)		
K078~K080-4 (略)		

K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術 1・2 (略) 3 関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの	<u>46,370点</u>
K080-6~K082-6	(略)	
K082-7	人工股関節置換術(手術支援装置を用いるもの)	<u>43,260点</u>
K083	(略)	
K083-2	内反足足板 <sup>てい</sup> 挺子固定 注 (略) (四肢切断、離断、再接合)	<u>2,330点</u>
K084~K088	(略) (手、足)	
K089	(略)	
K090	ひょう疽 <sup>せ</sup> 手術 1 (略) 2 骨、関節のもの	<u>1,470点</u>
K090-2~K097	(略)	
K098	削除	
K099~K111	(略) (脊柱、骨盤)	
K112~K116	(略)	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	<u>2,950点</u>
K117-2	頸椎 <sup>けい</sup> 非観血的整復術	<u>2,950点</u>
K117-3~K120	(略)	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	<u>1,810点</u>
K121	骨盤骨折非観血的整復術	<u>2,950点</u>
K122及びK123~K125	(略)	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの) 1 棘 <sup>きよく</sup> 突起、腸骨翼	<u>3,620点</u>

K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術 1・2 (略) (新設)	
K080-6~K082-6	(略) (新設)	
K083	(略)	
K083-2	内反足足板 <sup>てい</sup> 挺子固定 注 (略) (四肢切断、離断、再接合)	<u>2,030点</u>
K084~K088	(略) (手、足)	
K089	(略)	
K090	ひょう疽 <sup>せ</sup> 手術 1 (略) 2 骨、関節のもの	<u>1,280点</u>
K090-2~K097	(略)	
K098	手掌屈筋 <sup>けん</sup> 縫合術	<u>13,300点</u>
K099~K111	(略) (脊柱、骨盤)	
K112~K116	(略)	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	<u>2,570点</u>
K117-2	頸椎 <sup>けい</sup> 非観血的整復術	<u>2,570点</u>
K117-3~K120	(略)	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	<u>1,580点</u>
K121	骨盤骨折非観血的整復術	<u>2,570点</u>
K122及びK123~K125	(略)	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの) 1 棘 <sup>きよく</sup> 突起、腸骨翼	<u>3,150点</u>



2 (略)	
K 1 2 6 - 2 ~ K 1 4 2 - 4 (略)	
K 1 4 2 - 5 内視鏡下椎弓形成術	30, 390点
<u>注 椎弓が2以上の場合、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。</u>	
K 1 4 2 - 6 ~ K 1 4 4 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則	
(略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ~ K 1 4 7 - 2 (略)	
<u>K 1 4 7 - 3 緊急穿頭血腫除去術</u>	<u>10, 900点</u>
K 1 4 8 ~ K 1 7 6 (略)	
<u>K 1 7 6 - 2 脳硬膜血管結紮術</u>	<u>82, 730点</u>
K 1 7 7 ~ K 1 7 8 - 3 (略)	
K 1 7 8 - 4 経皮的脳血栓回収術	33, 150点
<u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号A 2 0 5 - 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A 2 0 5 - 2に掲げる超急性期</u>	

2 (略)	
K 1 2 6 - 2 ~ K 1 4 2 - 4 (略)	
K 1 4 2 - 5 内視鏡下椎弓形成術	30, 390点
(新設)	
K 1 4 2 - 6 ~ K 1 4 4 (略)	
第3款 神経系・頭蓋	
通則	
(略)	
区分	
(頭蓋、脳)	
K 1 4 5 ~ K 1 4 7 - 2 (略)	
(新設)	
K 1 4 8 ~ K 1 7 6 (略)	
(新設)	
K 1 7 7 ~ K 1 7 8 - 3 (略)	
K 1 7 8 - 4 経皮的脳血栓回収術	33, 150点
(新設)	

脳卒中加算は算定できない。

K178-5・K179	(略)	
K180	頭蓋骨形成手術	
	1・2	(略)
	3	骨移動を伴うもの <u>47,090点</u>
	注	(略)
K181~K181-6	(略)	
	(脊髓、末梢神経、交感神経)	
K182~K189	(略)	
K190	脊髓刺激装置植込術	
	1	脊髓刺激電極を留置した場合 <u>27,830点</u>
	2	(略)
	注	(略)
K190-2・K190-3	(略)	
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	<u>8,380点</u>
K190-5~K193	(略)	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)	
	1・2	(略)
	3	長径4センチメートル以上 <u>5,010点</u>
K193-3~K196-5	(略)	
K196-6	末梢神経ラジオ波焼灼療法(一連として)	<u>15,000点</u>
K197・K198	(略)	
	第4款 眼	
区分	(涙道)	
K199~K206	(略)	
	(眼瞼)	
K207~K219	(略)	

K178-5・K179	(略)	
K180	頭蓋骨形成手術	
	1・2	(略)
	3	骨移動を伴うもの <u>40,950点</u>
	注	(略)
K181~K181-6	(略)	
	(脊髓、末梢神経、交感神経)	
K182~K189	(略)	
K190	脊髓刺激装置植込術	
	1	脊髓刺激電極を留置した場合 <u>24,200点</u>
	2	(略)
	注	(略)
K190-2・K190-3	(略)	
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	<u>7,290点</u>
K190-5~K193	(略)	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)	
	1・2	(略)
	3	長径4センチメートル以上 <u>4,360点</u>
K193-3~K196-5	(略)	
	(新設)	
K197・K198	(略)	
	第4款 眼	
区分	(涙道)	
K199~K206	(略)	
	(眼瞼)	
K207~K219	(略)	

(結膜)	
K 2 2 0 ~ K 2 2 5 - 4 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 (略)	
K 2 3 9 眼球内容除去術	<u>7,040点</u>
K 2 4 0 (略)	
K 2 4 1 眼球摘出術	<u>4,220点</u>
K 2 4 2 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 5 (略)	
K 2 5 6 角膜潰瘍結膜被覆術	<u>3,040点</u>
K 2 5 7 角膜表層除去併用結膜被覆術	<u>9,540点</u>
K 2 5 8 ~ K 2 5 9 - 2 (略)	
<u>K 2 5 9 - 3 ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術</u>	<u>52,600点</u>
K 2 6 0 ・ K 2 6 0 - 2 (略)	
K 2 6 1 角膜形成手術	<u>3,510点</u>
K 2 6 2 (略)	
(ぶどう膜)	
K 2 6 3 及び K 2 6 4 ~ K 2 7 0 (略)	
K 2 7 1 毛様体光凝固術	
<u>1 眼内内視鏡を用いるもの</u>	<u>41,000点</u>
<u>2 その他のもの</u>	<u>5,600点</u>
K 2 7 2 ・ K 2 7 3 (略)	
(眼房、網膜)	
K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	
K 2 7 8 硝子体注入・吸引術	<u>2,620点</u>
K 2 7 9 ~ K 2 8 3 (略)	

(結膜)	
K 2 2 0 ~ K 2 2 5 - 4 (略)	
(眼窩、涙腺)	
K 2 2 6 ~ K 2 3 7 (略)	
(眼球、眼筋)	
K 2 3 8 (略)	
K 2 3 9 眼球内容除去術	<u>6,130点</u>
K 2 4 0 (略)	
K 2 4 1 眼球摘出術	<u>3,670点</u>
K 2 4 2 ~ K 2 4 5 (略)	
(角膜、強膜)	
K 2 4 6 ~ K 2 5 5 (略)	
K 2 5 6 角膜潰瘍結膜被覆術	<u>2,650点</u>
K 2 5 7 角膜表層除去併用結膜被覆術	<u>8,300点</u>
K 2 5 8 ~ K 2 5 9 - 2 (略)	
(新設)	
K 2 6 0 ・ K 2 6 0 - 2 (略)	
K 2 6 1 角膜形成手術	<u>3,060点</u>
K 2 6 2 (略)	
(ぶどう膜)	
K 2 6 3 ~ 及び K 2 6 4 K 2 7 0 (略)	
K 2 7 1 毛様体光凝固術	<u>5,600点</u>
(新設)	
(新設)	
K 2 7 2 ・ K 2 7 3 (略)	
(眼房、網膜)	
K 2 7 4 ~ K 2 7 7 - 2 (略)	
(水晶体、硝子体)	
K 2 7 8 硝子体注入・吸引術	<u>2,280点</u>
K 2 7 9 ~ K 2 8 3 (略)	

K 2 8 4	硝子体置換術	<u>7,920点</u>
	第5款 耳鼻咽喉	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5~K 2 8 8	(略)	
K 2 8 9	耳茸 <sup>じよう</sup> 摘出術	<u>1,150点</u>
K 2 9 0~K 2 9 9	(略)	
	(中耳)	
K 3 0 0	(略)	
K 3 0 1	鼓室開放術	<u>8,370点</u>
K 3 0 2	上鼓室開放術	<u>15,110点</u>
K 3 0 3	(略)	
K 3 0 4	乳突洞開放術 (アントロトミー)	<u>15,500点</u>
K 3 0 5~K 3 0 9	(略)	
K 3 1 0	乳突充填術	<u>8,590点</u>
K 3 1 1	(略)	
K 3 1 2	鼓膜鼓室肉芽切除術	<u>3,470点</u>
K 3 1 3~K 3 2 0-2	(略)	
	(内耳)	
K 3 2 1~K 3 2 8-3	(略)	
	(鼻)	
K 3 2 9~K 3 3 7	(略)	
K 3 3 8	鼻甲介切除術	
	1 高周波電気凝固法によるもの	<u>1,240点</u>
	2 その他のもの	<u>3,810点</u>
K 3 3 8-2	(略)	
K 3 3 9	粘膜 <sup>じよく</sup> 下鼻甲介骨切除術	<u>4,890点</u>
K 3 4 0	鼻茸 <sup>じよう</sup> 摘出術	<u>1,500点</u>
K 3 4 0-2~K 3 4 0-7	(略)	
K 3 4 1	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	<u>1,730点</u>
K 3 4 2・K 3 4 3	(略)	

K 2 8 4	硝子体置換術	<u>6,890点</u>
	第5款 耳鼻咽喉	
区分		
	(外耳)	
K 2 8 5~K 2 8 8	(略)	
K 2 8 9	耳茸 <sup>じよう</sup> 摘出術	<u>1,000点</u>
K 2 9 0~K 2 9 9	(略)	
	(中耳)	
K 3 0 0	(略)	
K 3 0 1	鼓室開放術	<u>7,280点</u>
K 3 0 2	上鼓室開放術	<u>13,140点</u>
K 3 0 3	(略)	
K 3 0 4	乳突洞開放術 (アントロトミー)	<u>13,480点</u>
K 3 0 5~K 3 0 9	(略)	
K 3 1 0	乳突充填術	<u>7,470点</u>
K 3 1 1	(略)	
K 3 1 2	鼓膜鼓室肉芽切除術	<u>3,020点</u>
K 3 1 3~K 3 2 0-2	(略)	
	(内耳)	
K 3 2 1~K 3 2 8-3	(略)	
	(鼻)	
K 3 2 9~K 3 3 7	(略)	
K 3 3 8	鼻甲介切除術	
	1 高周波電気凝固法によるもの	<u>1,080点</u>
	2 その他のもの	<u>3,320点</u>
K 3 3 8-2	(略)	
K 3 3 9	粘膜 <sup>じよく</sup> 下鼻甲介骨切除術	<u>4,260点</u>
K 3 4 0	鼻茸 <sup>じよう</sup> 摘出術	<u>1,310点</u>
K 3 4 0-2~K 3 4 0-7	(略)	
K 3 4 1	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	<u>1,510点</u>
K 3 4 2・K 3 4 3	(略)	

K 3 4 3 - 2	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
1	頭蓋底郭清、再建を伴うもの	110,950点
2	その他のもの	60,000点
K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7	(略)	
K 3 4 7 - 8	内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型 (前彎矯正術)	29,680点
K 3 4 7 - 9	内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型 (外鼻形成術)	46,070点
	(副鼻腔)	
K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 5 1	(略)	
K 3 5 2	上顎洞根治手術	9,180点
K 3 5 2 - 2	鼻内上顎洞根治手術	3,820点
K 3 5 2 - 3	(略)	
K 3 5 3	鼻内篩骨洞根治手術	5,750点
K 3 5 4 から K 3 5 6 まで ・ K 3 5 6 - 2	(略)	
K 3 5 7	鼻内蝶形洞根治手術	4,390点
K 3 5 8 から K 3 6 2 まで	削除	
K 3 6 2 - 2	(略)	
K 3 6 3	削除	
K 3 6 4 ~ K 3 6 6	(略)	
	(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7 ~ K 3 8 2 - 2	(略)	
	(喉頭、気管)	
K 3 8 3	(略)	
K 3 8 4	喉頭膿瘍切開術	2,460点
K 3 8 4 - 2	深頸部膿瘍切開術	5,520点

K 3 4 3 - 2	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 (頭蓋底郭清、再建を伴うもの)	110,950点
	(新設)	
	(新設)	
K 3 4 4 ~ K 3 4 7 - 7	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
	(副鼻腔)	
K 3 4 8 及び K 3 4 9 ~ K 3 5 1	(略)	
K 3 5 2	上顎洞根治手術	7,990点
K 3 5 2 - 2	鼻内上顎洞根治手術	3,330点
K 3 5 2 - 3	(略)	
K 3 5 3	鼻内篩骨洞根治手術	5,000点
K 3 5 4 から K 3 5 6 まで ・ K 3 5 6 - 2	(略)	
K 3 5 7	鼻内蝶形洞根治手術	3,820点
K 3 5 8	上顎洞篩骨洞根治手術	11,310点
K 3 5 9	前頭洞篩骨洞根治手術	11,290点
K 3 6 0	篩骨洞蝶形洞根治手術	11,290点
K 3 6 1	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	12,630点
K 3 6 2	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	14,110点
K 3 6 2 - 2	(略)	
K 3 6 3	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440点
K 3 6 4 ~ K 3 6 6	(略)	
	(咽頭、扁桃)	
K 3 6 7 ~ K 3 8 2 - 2	(略)	
	(喉頭、気管)	
K 3 8 3	(略)	
K 3 8 4	喉頭膿瘍切開術	2,140点
K 3 8 4 - 2	深頸部膿瘍切開術	4,800点

K 3 8 5 ~ K 3 9 1 (略)	
K 3 9 2 喉頭蓋切除術	<u>3,660点</u>
K 3 9 2 - 2 ~ K 4 0 0 (略)	
K 4 0 1 気管口狭窄拡大術	<u>3,090点</u>
K 4 0 2 ~ K 4 0 3 - 2 (略)	
第6款 顔面・口腔・頸部	
区分	
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4 ~ K 4 0 7 - 2 (略)	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 1 (略)	
K 4 3 2 上顎骨折非観血的整復術	<u>1,800点</u>
K 4 3 3 ~ K 4 4 1 (略)	
K 4 4 2 上顎骨悪性腫瘍手術	
1 搔爬	<u>10,530点</u>
2・3 (略)	
K 4 4 3 ~ K 4 4 5 - 2 (略)	
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
イ・ロ (略)	
ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合	<u>2,760点</u>
2 顎関節鏡下授動術	<u>12,090点</u>
3 (略)	
K 4 4 7 (略)	
(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9 (略)	
K 4 5 0 唾石摘出術 (一連につき)	

K 3 8 5 ~ K 3 9 1 (略)	
K 3 9 2 喉頭蓋切除術	<u>3,190点</u>
K 3 9 2 - 2 ~ K 4 0 0 (略)	
K 4 0 1 気管口狭窄拡大術	<u>2,690点</u>
K 4 0 2 ~ K 4 0 3 - 2 (略)	
第6款 顔面・口腔・頸部	
区分	
(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)	
K 4 0 4 ~ K 4 0 7 - 2 (略)	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)	
K 4 0 8 ~ K 4 2 0 (略)	
(顔面)	
K 4 2 1 ~ K 4 2 6 - 2 (略)	
(顔面骨、顎関節)	
K 4 2 7 ~ K 4 3 1 (略)	
K 4 3 2 上顎骨折非観血的整復術	<u>1,570点</u>
K 4 3 3 ~ K 4 4 1 (略)	
K 4 4 2 上顎骨悪性腫瘍手術	
1 搔爬	<u>9,160点</u>
2・3 (略)	
K 4 4 3 ~ K 4 4 5 - 2 (略)	
K 4 4 6 顎関節授動術	
1 徒手的授動術	
イ・ロ (略)	
ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合	<u>2,400点</u>
2 顎関節鏡下授動術	<u>10,520点</u>
3 (略)	
K 4 4 7 (略)	
(唾液腺)	
K 4 4 8 ・ K 4 4 9 (略)	
K 4 5 0 唾石摘出術 (一連につき)	

1	(略)	
2	深在性のもの	<u>4,330点</u>
3	(略)	
注	(略)	
K 4 5 1～K 4 6 0	(略) (甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	
K 4 6 1～K 4 6 5	(略) (その他の頸部)	
K 4 6 6～K 4 7 1	(略) 第7款 胸部	
区分	(乳腺)	
K 4 7 2～K 4 7 4-3	(略)	
K 4 7 5	乳房切除術	6,040点
注	<u>遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う場合は、遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算として、8,780点を所定点数に加算する。</u>	
K 4 7 5-2	(略)	
K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術	
1	単純乳房切除術(乳腺全摘術)	<u>17,040点</u>
2～9	(略)	
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、 <u>乳癌センチネルリンパ節生検加算1</u> 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。	
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、 <u>乳癌センチネルリンパ節生検加算2</u> 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	

1	(略)	
2	深在性のもの	<u>3,770点</u>
3	(略)	
注	(略)	
K 4 5 1～K 4 6 0	(略) (甲状腺、副甲状腺(上皮小体))	
K 4 6 1～K 4 6 5	(略) (その他の頸部)	
K 4 6 6～K 4 7 1	(略) 第7款 胸部	
区分	(乳腺)	
K 4 7 2～K 4 7 4-3	(略)	
K 4 7 5	乳房切除術	6,040点
	(新設)	
K 4 7 5-2	(略)	
K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術	
1	単純乳房切除術(乳腺全摘術)	<u>14,820点</u>
2～9	(略)	
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、 <u>乳がんセンチネルリンパ節加算1</u> 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。	
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、 <u>乳がんセンチネルリンパ節加算2</u> 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	

素の費用は、算定しない。

K 4 7 6 - 2 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

K 4 7 6 - 5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として)

15,000点

注1 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。

2 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニング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。

3 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳癌センチネルリンパ節生検加算2として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術

1 ~ 3 (略)

4 胸骨挙上用固定具抜去術 6,530点

(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び 5 0 6 ~ K 5 0 8 - 3 (略)

K 5 0 8 - 4 気管支バルブ留置術 8,960点

の費用は、算定しない。

K 4 7 6 - 2 ~ K 4 7 6 - 4 (略)

(新設)

(胸壁)

K 4 7 7 ~ K 4 8 6 (略)

K 4 8 7 漏斗胸手術

1 ~ 3 (略)

4 胸骨挙上用固定具抜去術 5,680点

(胸腔、胸膜)

K 4 8 8 ~ K 5 0 1 - 3 (略)

(縦隔)

K 5 0 2 ~ K 5 0 4 - 2 (略)

(気管支、肺)

K 5 0 5 及び 5 0 6 ~ K 5 0 8 - 3 (略)

(新設)



<u>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</u>	
K 5 0 9 (略)	
K 5 0 9 - 2 気管支肺胞洗浄術	<u>6,090点</u>
注 (略)	
K 5 0 9 - 3 ~ K 5 1 4 (略)	
K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	
1 ~ 3 (略)	
4 気管支形成を伴う肺切除	<u>107,800点</u>
<u>5 肺全摘</u>	<u>93,000点</u>
K 5 1 4 - 3 移植用肺採取術 (死体) (両側)	<u>80,460点</u>
注 (略)	
K 5 1 4 - 4 ~ K 5 1 4 - 6 (略)	
<u>K 5 1 4 - 7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として)</u>	
<u>1 2センチメートル以内のもの</u>	<u>15,000点</u>
<u>2 2センチメートルを超えるもの</u>	<u>21,960点</u>
<u>注 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ・ K 5 2 1 (略)	
K 5 2 2 食道狭窄拡張術	
1 ~ 3 (略)	
<u>注 1 及び 2 については、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。</u>	
<u>2 3 については、短期間又は同一入院期間中、2 回に限り算定する。</u>	
K 5 2 2 - 2 ~ K 5 2 9 - 4 (略)	

K 5 0 9 (略)	
K 5 0 9 - 2 気管支肺胞洗浄術	<u>5,300点</u>
注 (略)	
K 5 0 9 - 3 ~ K 5 1 4 (略)	
K 5 1 4 - 2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	
1 ~ 3 (略)	
4 気管支形成を伴う肺切除	<u>81,420点</u>
(新設)	
K 5 1 4 - 3 移植用肺採取術 (死体) (両側)	<u>63,200点</u>
注 (略)	
K 5 1 4 - 4 ~ K 5 1 4 - 6 (略)	
(新設)	
K 5 1 5 ~ K 5 1 9 (略)	
(食道)	
K 5 2 0 ・ K 5 2 1 (略)	
K 5 2 2 食道狭窄拡張術	
1 ~ 3 (略)	
<u>注 短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。</u>	
(新設)	
K 5 2 2 - 2 ~ K 5 2 9 - 4 (略)	

K 5 2 9 - 5 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの) 153,330点

K 5 3 0 ・ K 5 3 0 - 2 (略)

K 5 3 0 - 3 内視鏡下筋層切開術 22,100点

K 5 3 1 ~ K 5 3 3 - 2 (略)

K 5 3 3 - 3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術 (横隔膜) 3,250点

K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2 (略)

第8款 心・脈管

区分

(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)

K 5 3 8 ~ K 5 4 3 (略)

K 5 4 4 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術

1 単独のもの

イ 胸腔鏡下によるもの 90,600点

ロ その他のもの 60,600点

2・3 (略)

K 5 4 5 ~ K 5 4 7 (略)

K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)

1・2 (略)

3 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの 24,720点

注 (略)

K 5 4 9 ~ K 5 7 2 (略)

K 5 7 3 心房中隔欠損作成術

1 経皮的心房中隔欠損作成術

イ ラシュキンド法 16,090点

ロ スタティック法 16,090点

2 (略)

注 (略)

(新設)

K 5 3 0 ・ K 5 3 0 - 2 (略)

K 5 3 0 - 3 内視鏡下筋層切開術 12,470点

K 5 3 1 ~ K 5 3 3 - 2 (略)

K 5 3 3 - 3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術 (横隔膜) 8,990点

K 5 3 4 ~ K 5 3 7 - 2 (略)

第8款 心・脈管

区分

(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)

K 5 3 8 ~ K 5 4 3 (略)

K 5 4 4 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術

1 単独のもの

60,600点

(新設)

(新設)

2・3 (略)

K 5 4 5 ~ K 5 4 7 (略)

K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)

1・2 (略)

(新設)

注 (略)

K 5 4 9 ~ K 5 7 2 (略)

K 5 7 3 心房中隔欠損作成術

1 経皮的心房中隔欠損作成術 (ラシュキンド法) 16,090点

(新設)

(新設)

2 (略)

注 (略)

K 5 7 4 ~ K 5 7 4 - 3	(略)	
<u>K 5 7 4 - 4</u>	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	<u>69,130点</u>
K 5 7 5 ~ K 5 9 9 - 5	(略)	
K 6 0 0	大動脈バルーンパンピング法 (I A B P法) (1日につき)	
1	(略)	
2	2日目以降	<u>4,230点</u>
注	(略)	
K 6 0 1 ~ K 6 0 4 - 2	(略)	
K 6 0 5	移植用心採取術	<u>68,490点</u>
注	(略)	
K 6 0 5 - 2	同種心移植術	<u>212,210点</u>
注 1・2	(略)	
K 6 0 5 - 3 ~ K 6 0 5 - 5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6 ・ K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7 - 2	血管縫合術 (簡単なもの)	<u>4,840点</u>
K 6 0 7 - 3 ~ K 6 0 8 - 2	(略)	
K 6 0 8 - 3	内シャント血栓除去術	<u>3,590点</u>
K 6 0 9 ~ K 6 1 4	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1	止血術	<u>26,570点</u>
2	(略)	
3	<u>門脈塞栓術 (開腹によるもの)</u>	<u>27,140点</u>
4	その他のもの	20,480点
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 6 1 5 - 2 ~ K 6 1 6 - 8	(略)	
	(静脈)	
K 6 1 7 ~ K 6 2 3 - 2	(略)	
	(リンパ管、リンパ節)	

K 5 7 4 ~ K 5 7 4 - 3	(略)	
	(新設)	
K 5 7 5 ~ K 5 9 9 - 5	(略)	
K 6 0 0	大動脈バルーンパンピング法 (I A B P法) (1日につき)	
1	(略)	
2	2日目以降	<u>3,680点</u>
注	(略)	
K 6 0 1 ~ K 6 0 4 - 2	(略)	
K 6 0 5	移植用心採取術	<u>62,720点</u>
注	(略)	
K 6 0 5 - 2	同種心移植術	<u>192,920点</u>
注 1・2	(略)	
K 6 0 5 - 3 ~ K 6 0 5 - 5	(略)	
	(動脈)	
K 6 0 6 ・ K 6 0 7	(略)	
K 6 0 7 - 2	血管縫合術 (簡単なもの)	<u>4,210点</u>
K 6 0 7 - 3 ~ K 6 0 8 - 2	(略)	
K 6 0 8 - 3	内シャント血栓除去術	<u>3,130点</u>
K 6 0 9 ~ K 6 1 4	(略)	
K 6 1 5	血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
1	止血術	<u>23,110点</u>
2	(略)	
	(新設)	
3	その他のもの	20,480点
	(新設)	
K 6 1 5 - 2 ~ K 6 1 6 - 8	(略)	
	(静脈)	
K 6 1 7 ~ K 6 2 3 - 2	(略)	
	(リンパ管、リンパ節)	

K 6 2 4 ~ K 6 2 8 (略)

第9款 腹部

区分

(腹壁、ヘルニア)

K 6 2 9 ~ K 6 3 3 (略)

K 6 3 3 - 2 腹腔鏡下ヘルニア手術

1 ~ 3 (略)

4 臍ヘルニア 13,130点

5 (略)

K 6 3 4 (略)

(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)

K 6 3 5 ~ K 6 3 5 - 3 (略)

K 6 3 5 - 4 腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 16,660点

K 6 3 6 ~ K 6 4 5 (略)

K 6 4 5 - 2 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術 168,110点

K 6 4 5 - 3 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼

灼療法(一連として)

1 2センチメートル以内のもの 15,000点

2 2センチメートルを超えるもの 21,960点

注 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。

(胃、十二指腸)

K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)

K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

1 ~ 3 (略)

4 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 7,160点

5 (略)

K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 6 (略)

K 6 5 6 - 2 腹腔鏡下胃縮小術

K 6 2 4 ~ K 6 2 8 (略)

第9款 腹部

区分

(腹壁、ヘルニア)

K 6 2 9 ~ K 6 3 3 (略)

K 6 3 3 - 2 腹腔鏡下ヘルニア手術

1 ~ 3 (略)

4 臍ヘルニア 11,420点

5 (略)

K 6 3 4 (略)

(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)

K 6 3 5 ~ K 6 3 5 - 3 (略)

(新設)

K 6 3 6 ~ K 6 4 5 (略)

(新設)

(新設)

(胃、十二指腸)

K 6 4 6 ~ K 6 5 2 (略)

K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

1 ~ 3 (略)

4 早期悪性腫瘍ポリープ切除術 6,230点

5 (略)

K 6 5 3 - 2 ~ K 6 5 6 (略)

K 6 5 6 - 2 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)

1	スリーブ状切除によるもの	40,050点
2	スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)	50,290点
K 6 5 7 ~ K 6 6 8 - 2	(略) (胆嚢、胆道)	
K 6 6 9 ~ K 6 8 9 - 2	(略) (肝)	
K 6 9 0 ~ K 6 9 7	(略)	
K 6 9 7 - 2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連として) 1・2 (略)	
	注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>	
K 6 9 7 - 3 ~ K 6 9 7 - 7	(略) (膵)	
K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3	(略)	
<u>K 7 0 0 - 4</u>	<u>腹腔鏡下膵中央切除術</u>	88,050点
K 7 0 1 ~ K 7 0 9 - 6	(略) (脾)	
K 7 1 0 ~ K 7 1 1 - 2	(略) (空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)	
K 7 1 2 ~ K 7 2 0	(略)	
K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1・2 (略) 注1・2 (略)	
	3 <u>病変検出支援プログラムを用いて実施した場合は、病変検出支援プログラム加算として、60点を所定点数に加算する。</u>	
K 7 2 1 - 2 ~ K 7 3 6	(略) (直腸)	

	(新設)
	(新設)
K 6 5 7 ~ K 6 6 8 - 2	(略) (胆嚢、胆道)
K 6 6 9 ~ K 6 8 9 - 2	(略) (肝)
K 6 9 0 ~ K 6 9 7	(略)
K 6 9 7 - 2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 (一連として) 1・2 (略) (新設)
K 6 9 7 - 3 ~ K 6 9 7 - 7	(略) (膵)
K 6 9 8 ~ K 7 0 0 - 3	(略) (新設)
K 7 0 1 ~ K 7 0 9 - 6	(略) (脾)
K 7 1 0 ~ K 7 1 1 - 2	(略) (空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)
K 7 1 2 ~ K 7 2 0	(略)
K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1・2 (略) 注1・2 (略) (新設)
K 7 2 1 - 2 ~ K 7 3 6	(略) (直腸)

K 7 3 7 ~ K 7 4 1 (略)	
K 7 4 1 - 2 直腸 <sup>りゅうつ</sup> 瘤手術	6,620点
K 7 4 2 ・ K 7 4 2 - 2 (略)	
(肛門、その周辺)	
K 7 4 3 ~ K 7 5 3 (略)	
第10款 尿路系・副腎	
区分	
(副腎)	
K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)	
(腎、腎盂 <sup>う</sup> )	
K 7 5 7 ~ K 7 7 3 - 6 (略)	
K 7 7 3 - 7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	
1 2センチメートル以内のもの	15,000点
2 2センチメートルを超えるもの	21,960点
注 <u>フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。</u>	
K 7 7 4 (略)	
K 7 7 5 経皮的腎(腎盂 <sup>う</sup> )瘻造設術	13,860点
注 <u>手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</u>	
K 7 7 5 - 2 ~ K 7 8 0 - 2 (略)	
(尿管)	
K 7 8 1 ~ K 7 9 4 - 2 (略)	
(膀胱 <sup>ぼうこう</sup> )	
K 7 9 5 ~ K 7 9 7 (略)	
K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術	
1 ・ 2 (略)	
3 <u>レーザーによるもの</u>	11,980点
K 7 9 8 - 2 ~ K 8 0 2 - 3 (略)	
K 8 0 2 - 4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	14,610点

K 7 3 7 ~ K 7 4 1 (略)	
K 7 4 1 - 2 直腸 <sup>りゅうつ</sup> 瘤手術	5,760点
K 7 4 2 ・ K 7 4 2 - 2 (略)	
(肛門、その周辺)	
K 7 4 3 ~ K 7 5 3 (略)	
第10款 尿路系・副腎	
区分	
(副腎)	
K 7 5 4 ~ K 7 5 6 - 2 (略)	
(腎、腎盂 <sup>う</sup> )	
K 7 5 7 ~ K 7 7 3 - 6 (略)	
(新設)	
K 7 7 4 (略)	
K 7 7 5 経皮的腎(腎盂 <sup>う</sup> )瘻造設術	13,860点
(新設)	
K 7 7 5 - 2 ~ K 7 8 0 - 2 (略)	
(尿管)	
K 7 8 1 ~ K 7 9 4 - 2 (略)	
(膀胱 <sup>ぼうこう</sup> )	
K 7 9 5 ~ K 7 9 7 (略)	
K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術	
1 ・ 2 (略)	
(新設)	
K 7 9 8 - 2 ~ K 8 0 2 - 3 (略)	
K 8 0 2 - 4 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710点

K802-5~K809-3 (略)	
<u>K809-4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術 (膀胱外アプローチ)</u>	<u>39,280点</u>
K810~K812-2 (略)	
(尿道)	
K813~K819 (略)	
K819-2 陰茎形成術	<u>60,610点</u>
K820~K821-3 (略)	
<u>K821-4 尿道狭窄グラフト再建術</u>	<u>50,890点</u>
K822~K823-7 (略)	
第11款 性器	
区分	
(陰茎)	
K824~K826-2 (略)	
K826-3 陰茎様陰核形成手術	<u>8,070点</u>
K827~K828-2 (略)	
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	
K828-3 埋没陰茎手術	<u>8,920点</u>
K829 (略)	
K830 精巣摘出術	<u>3,180点</u>
K830-2 (略)	
<u>K830-3 精巣温存手術</u>	<u>3,400点</u>
K831及びK831-2~K833 (略)	
K834 精索静脈瘤手術	<u>3,410点</u>
K834-2・K834-3 (略)	
K835 陰囊水腫手術	
1 (略)	
2 その他	<u>2,630点</u>
K836 停留精巣固定術	<u>11,200点</u>
K836-2 (略)	
<u>K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術</u>	<u>20,500点</u>

K802-5~K809-3 (略)	
(新設)	
K810~K812-2 (略)	
(尿道)	
K813~K819 (略)	
K819-2 陰茎形成術	<u>52,710点</u>
K820~K821-3 (略)	
(新設)	
K822~K823-7 (略)	
第11款 性器	
区分	
(陰茎)	
K824~K826-2 (略)	
K826-3 陰茎様陰核形成手術	<u>7,020点</u>
K827~K828-2 (略)	
(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)	
K828-3 埋没陰茎手術	<u>7,760点</u>
K829 (略)	
K830 精巣摘出術	<u>2,770点</u>
K830-2 (略)	
(新設)	
K831及びK831-2~K833 (略)	
K834 精索静脈瘤手術	<u>2,970点</u>
K834-2・K834-3 (略)	
K835 陰囊水腫手術	
1 (略)	
2 その他	<u>2,290点</u>
K836 停留精巣固定術	<u>9,740点</u>
K836-2 (略)	
(新設)	

K 8 3 7 ~ K 8 3 8 - 2 (略)  
 (精囊、前立腺)  
 K 8 3 9 ~ K 8 4 1 (略)  
 K 8 4 1 - 2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術  
 1 (略)  
 2 ツリウムレーザーを用いるもの 20,470点  
 3 (略)  
 K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 6 (略)  
 K 8 4 1 - 7 経尿道的前立腺水蒸気治療 12,300点  
 K 8 4 1 - 8 経尿道的前立腺切除術(高压水噴射システムを用  
 いるもの) 18,500点  
 K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4 (略)  
 (外陰、会陰)  
 K 8 4 4 ~ K 8 4 9 (略)  
 K 8 5 0 女子外性器悪性腫瘍手術  
 1・2 (略)  
注 放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生  
 検を行った場合には、女子外性器悪性腫瘍センチ  
 ネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点  
 数に加算する。  
 K 8 5 0 - 2 ~ K 8 5 1 - 2 (略)  
 K 8 5 1 - 3 癒合陰唇形成手術  
 1 筋層に及ばないもの 2,670点  
 2 (略)  
 (脛)  
 K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 3 (略)  
 (子宮)  
 K 8 6 1 ~ K 8 7 2 - 2 (略)  
 K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリ  
 ープ切除術  
 1 (略)

K 8 3 7 ~ K 8 3 8 - 2 (略)  
 (精囊、前立腺)  
 K 8 3 9 ~ K 8 4 1 (略)  
 K 8 4 1 - 2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術  
 1 (略)  
 2 ツリウムレーザーを用いるもの 18,190点  
 3 (略)  
 K 8 4 1 - 3 ~ K 8 4 1 - 6 (略)  
 (新設)  
 (新設)  
 K 8 4 2 ~ K 8 4 3 - 4 (略)  
 (外陰、会陰)  
 K 8 4 4 ~ K 8 4 9 (略)  
 K 8 5 0 女子外性器悪性腫瘍手術  
 1・2 (略)  
 (新設)  
 K 8 5 0 - 2 ~ K 8 5 1 - 2 (略)  
 K 8 5 1 - 3 癒合陰唇形成手術  
 1 筋層に及ばないもの 2,330点  
 2 (略)  
 (脛)  
 K 8 5 2 ~ K 8 6 0 - 3 (略)  
 (子宮)  
 K 8 6 1 ~ K 8 7 2 - 2 (略)  
 K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリ  
 ープ切除術  
 1 (略)



2	組織切除回収システム利用によるもの	6,630点
3	(略)	
K872-4~K884-3	(略) (子宮附属器)	
K885	(略)	
K885-2	経皮的卵巣 <sup>のう</sup> 嚢腫内容排除術	1,860点
K886~K890-4	(略) (産科手術)	
K891~K904	(略)	
K905	子宮内反症整復手術 <sup>ちゅう</sup> (腔式、腹式)	
1	非観血的	390点
2	(略)	
K906~K913	(略) (その他)	
K913-2	(略) 第12款 (略) 第13款 手術等管理料	
区分		
K914~K916	(略)	
K917	体外受精・顕微授精管理料	
1	体外受精	3,200点
2	顕微授精	
イ	1個の場合	3,800点
ロ	2個から5個までの場合	5,800点
ハ	6個から9個までの場合	9,000点
ニ	10個以上の場合	11,800点
注1	(略) (削る)	

	(新設)	
2	(略)	
K872-4~K884-3	(略) (子宮附属器)	
K885	(略)	
K885-2	経皮的卵巣 <sup>のう</sup> 嚢腫内容排除術	1,620点
K886~K890-4	(略) (産科手術)	
K891~K904	(略)	
K905	子宮内反症整復手術 <sup>ちゅう</sup> (腔式、腹式)	
1	非観血的	340点
2	(略)	
K906~K913	(略) (その他)	
K913-2	(略) 第12款 (略) 第13款 手術等管理料	
区分		
K914~K916	(略)	
K917	体外受精・顕微授精管理料	
1	体外受精	4,200点
2	顕微授精	
イ	1個の場合	4,800点
ロ	2個から5個までの場合	6,800点
ハ	6個から9個までの場合	10,000点
ニ	10個以上の場合	12,800点
注1	(略)	
2	区分番号K838-2に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に	

2 (略)

3 新鮮精子を使用して体外受精又は顕微授精を実施した場合は、新鮮精子加算として、1,000点を所定点数に加算する。

K917-2 (略)

K917-3 胚凍結保存管理料

1・2 (略)

注 1については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、初期胚又は胚盤胞の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。

K917-4 採取精子調整管理料 5,000点

K917-5 精子凍結保存管理料

1 精子凍結保存管理料(導入時)

イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 1,500点

ロ イ以外の場合 1,000点

2 精子凍結保存維持管理料 700点

注 1については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、2については、精子の凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。

第2節 輸血料

区分

K920~K924-3 (略)

第3節 手術医療機器等加算

加算する。

3 (略)

(新設)

K917-2 (略)

K917-3 胚凍結保存管理料

1・2 (略)

注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

第2節 輸血料

区分

K920~K924-3 (略)

第3節 手術医療機器等加算

区分

K930～K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、  
K514からK514-6まで、K517、  
K522-3、K524-2、K524-3、  
K525、K529からK529-3まで、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、K735-5、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。

2 (略)

K936-2 自動吻合器加算 5,500点

注 区分番号K522-3、K525、K529か

区分

K930～K935 (略)

K936 自動縫合器加算 2,500点

注1 区分番号K488-4、K511、K513、  
K514からK514-6まで、K517、  
K522-3、K524-2、K524-3、  
K525、K529からK529-3まで、  
K531からK532-2まで、K552、K552-2、  
K645、K654-3、K655、  
K655-2、K655-4、K655-5、  
K656-2、K657、K657-2、  
K662、K662-2、K674、K674-2、  
K675の2からK675の5まで、K677、  
K677-2、K680、K684-2、  
K695の4からK695の7まで、K695-2  
の4からK695-2の6まで、K696、  
K697-4、K700からK700-3  
まで、K702からK703-2まで、K704、  
K705の2、K706、K709-2からK709-5  
まで、K711-2、K716からK716-6  
まで、K719からK719-3まで、  
K719-5、K732の2、K735、  
K735-3、K735-5、K739、  
K739-3、K740、K740-2、  
K779-3、K803からK803-3まで及  
びK817の3に掲げる手術に当たって、自動  
縫合器を使用した場合に算定する。

2 (略)

K936-2 自動吻合器加算 5,500点

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、自動吻合器ふんを使用した場合に算定する。

K936-3~K938 (略)

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 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。

2・3 (略)

らK529-3まで、K531からK532-2まで、K645、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器ふんを使用した場合に算定する。

K936-3~K938 (略)

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 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、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。

2・3 (略)

K 9 3 9 - 2 ~ K 9 3 9 - 9 (略)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L 0 0 0 ~ L 0 0 7 (略)

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1 (略)

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K 5 5 2 - 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

4・5 (略)

注1~10 (略)

11 区分番号K 5 6 1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

K 9 3 9 - 2 ~ K 9 3 9 - 9 (略)

第4節・第5節 (略)

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L 0 0 0 ~ L 0 0 7 (略)

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1 (略)

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K 5 5 2 - 2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点

ロ イ以外の場合 12,100点

3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点

ロ イ以外の場合 9,050点

4・5 (略)

注1~10 (略)

11 区分番号K 6 0 9に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる

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、1,00  
0点を所定点数に加算する。

L008-2・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1～3 (略)

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、K  
415の2、K514の9、K514-4、K  
519、K529の1、K529-2の1、K  
529-2の2、K552、K553の3、K  
553-2の2、K553-2の3、K555  
の3、K558、K560の1のイからK56  
0の1のハまで、K560の2、K560の3  
のイからK560の3のニまで、K560の4  
、K560の5、K560-2の2のニ、K5  
67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、K  
645-2、K675の4、K675の5、K  
677-2の1、K695の4から7まで、K

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・L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1～3 (略)

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、K  
415の2、K514の9、K514-4、K  
519、K529の1、K529-2の1、K  
529-2の2、K552、K553の3、K  
553-2の2、K553-2の3、K555  
の3、K558、K560の1のイからK56  
0の1のハまで、K560の2、K560の3  
のイからK560の3のニまで、K560の4  
、K560の5、K560-2の2のニ、K5  
67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、K  
675の4、K675の5、K677-2の1  
、K695の4から7まで、K697-5、K

697-5、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。

5 (略)

L010 (略)

第2節 神経ブロック料

区分

L100~L103 (略)

L104 トリガーポイント注射 70点

L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 (略)

第13部 病理診断

通則

(略)

第1節 病理標本作製料

通則

1・2 (略)

区分

N000~N003-2 (略)

N004 細胞診(1部位につき)

1・2 (略)

注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、45点を所定点数に加算する。

2 (略)

697-7、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。

5 (略)

L010 (略)

第2節 神経ブロック料

区分

L100~L103 (略)

L104 トリガーポイント注射 80点

L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 (略)

第13部 病理診断

通則

第1節 病理標本作製料

通則

区分

N000~N003-2 (略)

N004 細胞診(1部位につき)

1・2 (略)

注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

2 (略)

N005～N005-3 (略)

N005-4 ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）

病理組織標本作製 2,700点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、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

第2節 (略)

第14部 その他

通則

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。

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つては、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。

第1節 看護職員処遇改善評価料

区分

0000 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

N005～N005-3 (略)

(新設)

(新設)

第2節 (略)

(新設)



<u>5</u>	<u>看護職員処遇改善評価料 5</u>	<u>5点</u>
<u>6</u>	<u>看護職員処遇改善評価料 6</u>	<u>6点</u>
<u>7</u>	<u>看護職員処遇改善評価料 7</u>	<u>7点</u>
<u>8</u>	<u>看護職員処遇改善評価料 8</u>	<u>8点</u>
<u>9</u>	<u>看護職員処遇改善評価料 9</u>	<u>9点</u>
<u>10</u>	<u>看護職員処遇改善評価料10</u>	<u>10点</u>
<u>11</u>	<u>看護職員処遇改善評価料11</u>	<u>11点</u>
<u>12</u>	<u>看護職員処遇改善評価料12</u>	<u>12点</u>
<u>13</u>	<u>看護職員処遇改善評価料13</u>	<u>13点</u>
<u>14</u>	<u>看護職員処遇改善評価料14</u>	<u>14点</u>
<u>15</u>	<u>看護職員処遇改善評価料15</u>	<u>15点</u>
<u>16</u>	<u>看護職員処遇改善評価料16</u>	<u>16点</u>
<u>17</u>	<u>看護職員処遇改善評価料17</u>	<u>17点</u>
<u>18</u>	<u>看護職員処遇改善評価料18</u>	<u>18点</u>
<u>19</u>	<u>看護職員処遇改善評価料19</u>	<u>19点</u>
<u>20</u>	<u>看護職員処遇改善評価料20</u>	<u>20点</u>
<u>21</u>	<u>看護職員処遇改善評価料21</u>	<u>21点</u>
<u>22</u>	<u>看護職員処遇改善評価料22</u>	<u>22点</u>
<u>23</u>	<u>看護職員処遇改善評価料23</u>	<u>23点</u>
<u>24</u>	<u>看護職員処遇改善評価料24</u>	<u>24点</u>
<u>25</u>	<u>看護職員処遇改善評価料25</u>	<u>25点</u>
<u>26</u>	<u>看護職員処遇改善評価料26</u>	<u>26点</u>
<u>27</u>	<u>看護職員処遇改善評価料27</u>	<u>27点</u>
<u>28</u>	<u>看護職員処遇改善評価料28</u>	<u>28点</u>
<u>29</u>	<u>看護職員処遇改善評価料29</u>	<u>29点</u>
<u>30</u>	<u>看護職員処遇改善評価料30</u>	<u>30点</u>
<u>31</u>	<u>看護職員処遇改善評価料31</u>	<u>31点</u>
<u>32</u>	<u>看護職員処遇改善評価料32</u>	<u>32点</u>
<u>33</u>	<u>看護職員処遇改善評価料33</u>	<u>33点</u>
<u>34</u>	<u>看護職員処遇改善評価料34</u>	<u>34点</u>
<u>35</u>	<u>看護職員処遇改善評価料35</u>	<u>35点</u>

<u>36</u>	<u>看護職員処遇改善評価料36</u>	<u>36点</u>
<u>37</u>	<u>看護職員処遇改善評価料37</u>	<u>37点</u>
<u>38</u>	<u>看護職員処遇改善評価料38</u>	<u>38点</u>
<u>39</u>	<u>看護職員処遇改善評価料39</u>	<u>39点</u>
<u>40</u>	<u>看護職員処遇改善評価料40</u>	<u>40点</u>
<u>41</u>	<u>看護職員処遇改善評価料41</u>	<u>41点</u>
<u>42</u>	<u>看護職員処遇改善評価料42</u>	<u>42点</u>
<u>43</u>	<u>看護職員処遇改善評価料43</u>	<u>43点</u>
<u>44</u>	<u>看護職員処遇改善評価料44</u>	<u>44点</u>
<u>45</u>	<u>看護職員処遇改善評価料45</u>	<u>45点</u>
<u>46</u>	<u>看護職員処遇改善評価料46</u>	<u>46点</u>
<u>47</u>	<u>看護職員処遇改善評価料47</u>	<u>47点</u>
<u>48</u>	<u>看護職員処遇改善評価料48</u>	<u>48点</u>
<u>49</u>	<u>看護職員処遇改善評価料49</u>	<u>49点</u>
<u>50</u>	<u>看護職員処遇改善評価料50</u>	<u>50点</u>
<u>51</u>	<u>看護職員処遇改善評価料51</u>	<u>51点</u>
<u>52</u>	<u>看護職員処遇改善評価料52</u>	<u>52点</u>
<u>53</u>	<u>看護職員処遇改善評価料53</u>	<u>53点</u>
<u>54</u>	<u>看護職員処遇改善評価料54</u>	<u>54点</u>
<u>55</u>	<u>看護職員処遇改善評価料55</u>	<u>55点</u>
<u>56</u>	<u>看護職員処遇改善評価料56</u>	<u>56点</u>
<u>57</u>	<u>看護職員処遇改善評価料57</u>	<u>57点</u>
<u>58</u>	<u>看護職員処遇改善評価料58</u>	<u>58点</u>
<u>59</u>	<u>看護職員処遇改善評価料59</u>	<u>59点</u>
<u>60</u>	<u>看護職員処遇改善評価料60</u>	<u>60点</u>
<u>61</u>	<u>看護職員処遇改善評価料61</u>	<u>61点</u>
<u>62</u>	<u>看護職員処遇改善評価料62</u>	<u>62点</u>
<u>63</u>	<u>看護職員処遇改善評価料63</u>	<u>63点</u>
<u>64</u>	<u>看護職員処遇改善評価料64</u>	<u>64点</u>
<u>65</u>	<u>看護職員処遇改善評価料65</u>	<u>65点</u>
<u>66</u>	<u>看護職員処遇改善評価料66</u>	<u>66点</u>

<u>67</u>	<u>看護職員処遇改善評価料67</u>	<u>67点</u>
<u>68</u>	<u>看護職員処遇改善評価料68</u>	<u>68点</u>
<u>69</u>	<u>看護職員処遇改善評価料69</u>	<u>69点</u>
<u>70</u>	<u>看護職員処遇改善評価料70</u>	<u>70点</u>
<u>71</u>	<u>看護職員処遇改善評価料71</u>	<u>71点</u>
<u>72</u>	<u>看護職員処遇改善評価料72</u>	<u>72点</u>
<u>73</u>	<u>看護職員処遇改善評価料73</u>	<u>73点</u>
<u>74</u>	<u>看護職員処遇改善評価料74</u>	<u>74点</u>
<u>75</u>	<u>看護職員処遇改善評価料75</u>	<u>75点</u>
<u>76</u>	<u>看護職員処遇改善評価料76</u>	<u>76点</u>
<u>77</u>	<u>看護職員処遇改善評価料77</u>	<u>77点</u>
<u>78</u>	<u>看護職員処遇改善評価料78</u>	<u>78点</u>
<u>79</u>	<u>看護職員処遇改善評価料79</u>	<u>79点</u>
<u>80</u>	<u>看護職員処遇改善評価料80</u>	<u>80点</u>
<u>81</u>	<u>看護職員処遇改善評価料81</u>	<u>81点</u>
<u>82</u>	<u>看護職員処遇改善評価料82</u>	<u>82点</u>
<u>83</u>	<u>看護職員処遇改善評価料83</u>	<u>83点</u>
<u>84</u>	<u>看護職員処遇改善評価料84</u>	<u>84点</u>
<u>85</u>	<u>看護職員処遇改善評価料85</u>	<u>85点</u>
<u>86</u>	<u>看護職員処遇改善評価料86</u>	<u>86点</u>
<u>87</u>	<u>看護職員処遇改善評価料87</u>	<u>87点</u>
<u>88</u>	<u>看護職員処遇改善評価料88</u>	<u>88点</u>
<u>89</u>	<u>看護職員処遇改善評価料89</u>	<u>89点</u>
<u>90</u>	<u>看護職員処遇改善評価料90</u>	<u>90点</u>
<u>91</u>	<u>看護職員処遇改善評価料91</u>	<u>91点</u>
<u>92</u>	<u>看護職員処遇改善評価料92</u>	<u>92点</u>
<u>93</u>	<u>看護職員処遇改善評価料93</u>	<u>93点</u>
<u>94</u>	<u>看護職員処遇改善評価料94</u>	<u>94点</u>
<u>95</u>	<u>看護職員処遇改善評価料95</u>	<u>95点</u>
<u>96</u>	<u>看護職員処遇改善評価料96</u>	<u>96点</u>
<u>97</u>	<u>看護職員処遇改善評価料97</u>	<u>97点</u>

<u>98</u>	<u>看護職員処遇改善評価料98</u>	<u>98点</u>
<u>99</u>	<u>看護職員処遇改善評価料99</u>	<u>99点</u>
<u>100</u>	<u>看護職員処遇改善評価料100</u>	<u>100点</u>
<u>101</u>	<u>看護職員処遇改善評価料101</u>	<u>101点</u>
<u>102</u>	<u>看護職員処遇改善評価料102</u>	<u>102点</u>
<u>103</u>	<u>看護職員処遇改善評価料103</u>	<u>103点</u>
<u>104</u>	<u>看護職員処遇改善評価料104</u>	<u>104点</u>
<u>105</u>	<u>看護職員処遇改善評価料105</u>	<u>105点</u>
<u>106</u>	<u>看護職員処遇改善評価料106</u>	<u>106点</u>
<u>107</u>	<u>看護職員処遇改善評価料107</u>	<u>107点</u>
<u>108</u>	<u>看護職員処遇改善評価料108</u>	<u>108点</u>
<u>109</u>	<u>看護職員処遇改善評価料109</u>	<u>109点</u>
<u>110</u>	<u>看護職員処遇改善評価料110</u>	<u>110点</u>
<u>111</u>	<u>看護職員処遇改善評価料111</u>	<u>111点</u>
<u>112</u>	<u>看護職員処遇改善評価料112</u>	<u>112点</u>
<u>113</u>	<u>看護職員処遇改善評価料113</u>	<u>113点</u>
<u>114</u>	<u>看護職員処遇改善評価料114</u>	<u>114点</u>
<u>115</u>	<u>看護職員処遇改善評価料115</u>	<u>115点</u>
<u>116</u>	<u>看護職員処遇改善評価料116</u>	<u>116点</u>
<u>117</u>	<u>看護職員処遇改善評価料117</u>	<u>117点</u>
<u>118</u>	<u>看護職員処遇改善評価料118</u>	<u>118点</u>
<u>119</u>	<u>看護職員処遇改善評価料119</u>	<u>119点</u>
<u>120</u>	<u>看護職員処遇改善評価料120</u>	<u>120点</u>
<u>121</u>	<u>看護職員処遇改善評価料121</u>	<u>121点</u>
<u>122</u>	<u>看護職員処遇改善評価料122</u>	<u>122点</u>
<u>123</u>	<u>看護職員処遇改善評価料123</u>	<u>123点</u>
<u>124</u>	<u>看護職員処遇改善評価料124</u>	<u>124点</u>
<u>125</u>	<u>看護職員処遇改善評価料125</u>	<u>125点</u>
<u>126</u>	<u>看護職員処遇改善評価料126</u>	<u>126点</u>
<u>127</u>	<u>看護職員処遇改善評価料127</u>	<u>127点</u>
<u>128</u>	<u>看護職員処遇改善評価料128</u>	<u>128点</u>

<u>129</u>	<u>看護職員処遇改善評価料129</u>	<u>129点</u>
<u>130</u>	<u>看護職員処遇改善評価料130</u>	<u>130点</u>
<u>131</u>	<u>看護職員処遇改善評価料131</u>	<u>131点</u>
<u>132</u>	<u>看護職員処遇改善評価料132</u>	<u>132点</u>
<u>133</u>	<u>看護職員処遇改善評価料133</u>	<u>133点</u>
<u>134</u>	<u>看護職員処遇改善評価料134</u>	<u>134点</u>
<u>135</u>	<u>看護職員処遇改善評価料135</u>	<u>135点</u>
<u>136</u>	<u>看護職員処遇改善評価料136</u>	<u>136点</u>
<u>137</u>	<u>看護職員処遇改善評価料137</u>	<u>137点</u>
<u>138</u>	<u>看護職員処遇改善評価料138</u>	<u>138点</u>
<u>139</u>	<u>看護職員処遇改善評価料139</u>	<u>139点</u>
<u>140</u>	<u>看護職員処遇改善評価料140</u>	<u>140点</u>
<u>141</u>	<u>看護職員処遇改善評価料141</u>	<u>141点</u>
<u>142</u>	<u>看護職員処遇改善評価料142</u>	<u>142点</u>
<u>143</u>	<u>看護職員処遇改善評価料143</u>	<u>143点</u>
<u>144</u>	<u>看護職員処遇改善評価料144</u>	<u>144点</u>
<u>145</u>	<u>看護職員処遇改善評価料145</u>	<u>145点</u>
<u>146</u>	<u>看護職員処遇改善評価料146</u>	<u>150点</u>
<u>147</u>	<u>看護職員処遇改善評価料147</u>	<u>160点</u>
<u>148</u>	<u>看護職員処遇改善評価料148</u>	<u>170点</u>
<u>149</u>	<u>看護職員処遇改善評価料149</u>	<u>180点</u>
<u>150</u>	<u>看護職員処遇改善評価料150</u>	<u>190点</u>
<u>151</u>	<u>看護職員処遇改善評価料151</u>	<u>200点</u>
<u>152</u>	<u>看護職員処遇改善評価料152</u>	<u>210点</u>
<u>153</u>	<u>看護職員処遇改善評価料153</u>	<u>220点</u>
<u>154</u>	<u>看護職員処遇改善評価料154</u>	<u>230点</u>
<u>155</u>	<u>看護職員処遇改善評価料155</u>	<u>240点</u>
<u>156</u>	<u>看護職員処遇改善評価料156</u>	<u>250点</u>
<u>157</u>	<u>看護職員処遇改善評価料157</u>	<u>260点</u>
<u>158</u>	<u>看護職員処遇改善評価料158</u>	<u>270点</u>
<u>159</u>	<u>看護職員処遇改善評価料159</u>	<u>280点</u>

160	看護職員処遇改善評価料160	290点
161	看護職員処遇改善評価料161	300点
162	看護職員処遇改善評価料162	310点
163	看護職員処遇改善評価料163	320点
164	看護職員処遇改善評価料164	330点
165	看護職員処遇改善評価料165	340点

注 看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項  
につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出た保  
険医療機関に入院している患者であって、第1章  
第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を  
含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4  
節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本  
料1を除く。）を算定しているものについて、当  
該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算  
定する。

第2節 ベースアップ評価料

区分

○100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

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。

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。

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。

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（以下この区分番号及び区分番号O101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。以下この区分番号及び区分番号O101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。）

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。

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C00  
3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

○101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）

- |                              |            |
|------------------------------|------------|
| <u>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u> |            |
| <u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>      | <u>8点</u>  |
| <u>ロ 再診時等</u>                | <u>1点</u>  |
| <u>2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u> |            |
| <u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>      | <u>16点</u> |
| <u>ロ 再診時等</u>                | <u>2点</u>  |
| <u>3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3</u> |            |
| <u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>      | <u>24点</u> |
| <u>ロ 再診時等</u>                | <u>3点</u>  |
| <u>4 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 4</u> |            |
| <u>イ 初診又は訪問診療を行った場合</u>      | <u>32点</u> |
| <u>ロ 再診時等</u>                | <u>4点</u>  |

- 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

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。

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。

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。

- 102 入院ベースアップ評価料（1日につき）
  - 1 入院ベースアップ評価料1 1点
  - 2 入院ベースアップ評価料2 2点

<u>3</u>	<u>入院ベースアップ評価料3</u>	<u>3点</u>
<u>4</u>	<u>入院ベースアップ評価料4</u>	<u>4点</u>
<u>5</u>	<u>入院ベースアップ評価料5</u>	<u>5点</u>
<u>6</u>	<u>入院ベースアップ評価料6</u>	<u>6点</u>
<u>7</u>	<u>入院ベースアップ評価料7</u>	<u>7点</u>
<u>8</u>	<u>入院ベースアップ評価料8</u>	<u>8点</u>
<u>9</u>	<u>入院ベースアップ評価料9</u>	<u>9点</u>
<u>10</u>	<u>入院ベースアップ評価料10</u>	<u>10点</u>
<u>11</u>	<u>入院ベースアップ評価料11</u>	<u>11点</u>
<u>12</u>	<u>入院ベースアップ評価料12</u>	<u>12点</u>
<u>13</u>	<u>入院ベースアップ評価料13</u>	<u>13点</u>
<u>14</u>	<u>入院ベースアップ評価料14</u>	<u>14点</u>
<u>15</u>	<u>入院ベースアップ評価料15</u>	<u>15点</u>
<u>16</u>	<u>入院ベースアップ評価料16</u>	<u>16点</u>
<u>17</u>	<u>入院ベースアップ評価料17</u>	<u>17点</u>
<u>18</u>	<u>入院ベースアップ評価料18</u>	<u>18点</u>
<u>19</u>	<u>入院ベースアップ評価料19</u>	<u>19点</u>
<u>20</u>	<u>入院ベースアップ評価料20</u>	<u>20点</u>
<u>21</u>	<u>入院ベースアップ評価料21</u>	<u>21点</u>
<u>22</u>	<u>入院ベースアップ評価料22</u>	<u>22点</u>
<u>23</u>	<u>入院ベースアップ評価料23</u>	<u>23点</u>
<u>24</u>	<u>入院ベースアップ評価料24</u>	<u>24点</u>
<u>25</u>	<u>入院ベースアップ評価料25</u>	<u>25点</u>
<u>26</u>	<u>入院ベースアップ評価料26</u>	<u>26点</u>
<u>27</u>	<u>入院ベースアップ評価料27</u>	<u>27点</u>
<u>28</u>	<u>入院ベースアップ評価料28</u>	<u>28点</u>
<u>29</u>	<u>入院ベースアップ評価料29</u>	<u>29点</u>
<u>30</u>	<u>入院ベースアップ評価料30</u>	<u>30点</u>
<u>31</u>	<u>入院ベースアップ評価料31</u>	<u>31点</u>
<u>32</u>	<u>入院ベースアップ評価料32</u>	<u>32点</u>
<u>33</u>	<u>入院ベースアップ評価料33</u>	<u>33点</u>

<u>34</u>	<u>入院ベースアップ評価料34</u>	<u>34点</u>
<u>35</u>	<u>入院ベースアップ評価料35</u>	<u>35点</u>
<u>36</u>	<u>入院ベースアップ評価料36</u>	<u>36点</u>
<u>37</u>	<u>入院ベースアップ評価料37</u>	<u>37点</u>
<u>38</u>	<u>入院ベースアップ評価料38</u>	<u>38点</u>
<u>39</u>	<u>入院ベースアップ評価料39</u>	<u>39点</u>
<u>40</u>	<u>入院ベースアップ評価料40</u>	<u>40点</u>
<u>41</u>	<u>入院ベースアップ評価料41</u>	<u>41点</u>
<u>42</u>	<u>入院ベースアップ評価料42</u>	<u>42点</u>
<u>43</u>	<u>入院ベースアップ評価料43</u>	<u>43点</u>
<u>44</u>	<u>入院ベースアップ評価料44</u>	<u>44点</u>
<u>45</u>	<u>入院ベースアップ評価料45</u>	<u>45点</u>
<u>46</u>	<u>入院ベースアップ評価料46</u>	<u>46点</u>
<u>47</u>	<u>入院ベースアップ評価料47</u>	<u>47点</u>
<u>48</u>	<u>入院ベースアップ評価料48</u>	<u>48点</u>
<u>49</u>	<u>入院ベースアップ評価料49</u>	<u>49点</u>
<u>50</u>	<u>入院ベースアップ評価料50</u>	<u>50点</u>
<u>51</u>	<u>入院ベースアップ評価料51</u>	<u>51点</u>
<u>52</u>	<u>入院ベースアップ評価料52</u>	<u>52点</u>
<u>53</u>	<u>入院ベースアップ評価料53</u>	<u>53点</u>
<u>54</u>	<u>入院ベースアップ評価料54</u>	<u>54点</u>
<u>55</u>	<u>入院ベースアップ評価料55</u>	<u>55点</u>
<u>56</u>	<u>入院ベースアップ評価料56</u>	<u>56点</u>
<u>57</u>	<u>入院ベースアップ評価料57</u>	<u>57点</u>
<u>58</u>	<u>入院ベースアップ評価料58</u>	<u>58点</u>
<u>59</u>	<u>入院ベースアップ評価料59</u>	<u>59点</u>
<u>60</u>	<u>入院ベースアップ評価料60</u>	<u>60点</u>
<u>61</u>	<u>入院ベースアップ評価料61</u>	<u>61点</u>
<u>62</u>	<u>入院ベースアップ評価料62</u>	<u>62点</u>
<u>63</u>	<u>入院ベースアップ評価料63</u>	<u>63点</u>
<u>64</u>	<u>入院ベースアップ評価料64</u>	<u>64点</u>

<u>65</u>	<u>入院ベースアップ評価料65</u>	<u>65点</u>
<u>66</u>	<u>入院ベースアップ評価料66</u>	<u>66点</u>
<u>67</u>	<u>入院ベースアップ評価料67</u>	<u>67点</u>
<u>68</u>	<u>入院ベースアップ評価料68</u>	<u>68点</u>
<u>69</u>	<u>入院ベースアップ評価料69</u>	<u>69点</u>
<u>70</u>	<u>入院ベースアップ評価料70</u>	<u>70点</u>
<u>71</u>	<u>入院ベースアップ評価料71</u>	<u>71点</u>
<u>72</u>	<u>入院ベースアップ評価料72</u>	<u>72点</u>
<u>73</u>	<u>入院ベースアップ評価料73</u>	<u>73点</u>
<u>74</u>	<u>入院ベースアップ評価料74</u>	<u>74点</u>
<u>75</u>	<u>入院ベースアップ評価料75</u>	<u>75点</u>
<u>76</u>	<u>入院ベースアップ評価料76</u>	<u>76点</u>
<u>77</u>	<u>入院ベースアップ評価料77</u>	<u>77点</u>
<u>78</u>	<u>入院ベースアップ評価料78</u>	<u>78点</u>
<u>79</u>	<u>入院ベースアップ評価料79</u>	<u>79点</u>
<u>80</u>	<u>入院ベースアップ評価料80</u>	<u>80点</u>
<u>81</u>	<u>入院ベースアップ評価料81</u>	<u>81点</u>
<u>82</u>	<u>入院ベースアップ評価料82</u>	<u>82点</u>
<u>83</u>	<u>入院ベースアップ評価料83</u>	<u>83点</u>
<u>84</u>	<u>入院ベースアップ評価料84</u>	<u>84点</u>
<u>85</u>	<u>入院ベースアップ評価料85</u>	<u>85点</u>
<u>86</u>	<u>入院ベースアップ評価料86</u>	<u>86点</u>
<u>87</u>	<u>入院ベースアップ評価料87</u>	<u>87点</u>
<u>88</u>	<u>入院ベースアップ評価料88</u>	<u>88点</u>
<u>89</u>	<u>入院ベースアップ評価料89</u>	<u>89点</u>
<u>90</u>	<u>入院ベースアップ評価料90</u>	<u>90点</u>
<u>91</u>	<u>入院ベースアップ評価料91</u>	<u>91点</u>
<u>92</u>	<u>入院ベースアップ評価料92</u>	<u>92点</u>
<u>93</u>	<u>入院ベースアップ評価料93</u>	<u>93点</u>
<u>94</u>	<u>入院ベースアップ評価料94</u>	<u>94点</u>
<u>95</u>	<u>入院ベースアップ評価料95</u>	<u>95点</u>

<u>96</u>	<u>入院ベースアップ評価料96</u>	<u>96点</u>
<u>97</u>	<u>入院ベースアップ評価料97</u>	<u>97点</u>
<u>98</u>	<u>入院ベースアップ評価料98</u>	<u>98点</u>
<u>99</u>	<u>入院ベースアップ評価料99</u>	<u>99点</u>
<u>100</u>	<u>入院ベースアップ評価料100</u>	<u>100点</u>
<u>101</u>	<u>入院ベースアップ評価料101</u>	<u>101点</u>
<u>102</u>	<u>入院ベースアップ評価料102</u>	<u>102点</u>
<u>103</u>	<u>入院ベースアップ評価料103</u>	<u>103点</u>
<u>104</u>	<u>入院ベースアップ評価料104</u>	<u>104点</u>
<u>105</u>	<u>入院ベースアップ評価料105</u>	<u>105点</u>
<u>106</u>	<u>入院ベースアップ評価料106</u>	<u>106点</u>
<u>107</u>	<u>入院ベースアップ評価料107</u>	<u>107点</u>
<u>108</u>	<u>入院ベースアップ評価料108</u>	<u>108点</u>
<u>109</u>	<u>入院ベースアップ評価料109</u>	<u>109点</u>
<u>110</u>	<u>入院ベースアップ評価料110</u>	<u>110点</u>
<u>111</u>	<u>入院ベースアップ評価料111</u>	<u>111点</u>
<u>112</u>	<u>入院ベースアップ評価料112</u>	<u>112点</u>
<u>113</u>	<u>入院ベースアップ評価料113</u>	<u>113点</u>
<u>114</u>	<u>入院ベースアップ評価料114</u>	<u>114点</u>
<u>115</u>	<u>入院ベースアップ評価料115</u>	<u>115点</u>
<u>116</u>	<u>入院ベースアップ評価料116</u>	<u>116点</u>
<u>117</u>	<u>入院ベースアップ評価料117</u>	<u>117点</u>
<u>118</u>	<u>入院ベースアップ評価料118</u>	<u>118点</u>
<u>119</u>	<u>入院ベースアップ評価料119</u>	<u>119点</u>
<u>120</u>	<u>入院ベースアップ評価料120</u>	<u>120点</u>
<u>121</u>	<u>入院ベースアップ評価料121</u>	<u>121点</u>
<u>122</u>	<u>入院ベースアップ評価料122</u>	<u>122点</u>
<u>123</u>	<u>入院ベースアップ評価料123</u>	<u>123点</u>
<u>124</u>	<u>入院ベースアップ評価料124</u>	<u>124点</u>
<u>125</u>	<u>入院ベースアップ評価料125</u>	<u>125点</u>
<u>126</u>	<u>入院ベースアップ評価料126</u>	<u>126点</u>

<u>127</u>	<u>入院ベースアップ評価料127</u>	<u>127点</u>
<u>128</u>	<u>入院ベースアップ評価料128</u>	<u>128点</u>
<u>129</u>	<u>入院ベースアップ評価料129</u>	<u>129点</u>
<u>130</u>	<u>入院ベースアップ評価料130</u>	<u>130点</u>
<u>131</u>	<u>入院ベースアップ評価料131</u>	<u>131点</u>
<u>132</u>	<u>入院ベースアップ評価料132</u>	<u>132点</u>
<u>133</u>	<u>入院ベースアップ評価料133</u>	<u>133点</u>
<u>134</u>	<u>入院ベースアップ評価料134</u>	<u>134点</u>
<u>135</u>	<u>入院ベースアップ評価料135</u>	<u>135点</u>
<u>136</u>	<u>入院ベースアップ評価料136</u>	<u>136点</u>
<u>137</u>	<u>入院ベースアップ評価料137</u>	<u>137点</u>
<u>138</u>	<u>入院ベースアップ評価料138</u>	<u>138点</u>
<u>139</u>	<u>入院ベースアップ評価料139</u>	<u>139点</u>
<u>140</u>	<u>入院ベースアップ評価料140</u>	<u>140点</u>
<u>141</u>	<u>入院ベースアップ評価料141</u>	<u>141点</u>
<u>142</u>	<u>入院ベースアップ評価料142</u>	<u>142点</u>
<u>143</u>	<u>入院ベースアップ評価料143</u>	<u>143点</u>
<u>144</u>	<u>入院ベースアップ評価料144</u>	<u>144点</u>
<u>145</u>	<u>入院ベースアップ評価料145</u>	<u>145点</u>
<u>146</u>	<u>入院ベースアップ評価料146</u>	<u>146点</u>
<u>147</u>	<u>入院ベースアップ評価料147</u>	<u>147点</u>
<u>148</u>	<u>入院ベースアップ評価料148</u>	<u>148点</u>
<u>149</u>	<u>入院ベースアップ評価料149</u>	<u>149点</u>
<u>150</u>	<u>入院ベースアップ評価料150</u>	<u>150点</u>
<u>151</u>	<u>入院ベースアップ評価料151</u>	<u>151点</u>
<u>152</u>	<u>入院ベースアップ評価料152</u>	<u>152点</u>
<u>153</u>	<u>入院ベースアップ評価料153</u>	<u>153点</u>
<u>154</u>	<u>入院ベースアップ評価料154</u>	<u>154点</u>
<u>155</u>	<u>入院ベースアップ評価料155</u>	<u>155点</u>
<u>156</u>	<u>入院ベースアップ評価料156</u>	<u>156点</u>
<u>157</u>	<u>入院ベースアップ評価料157</u>	<u>157点</u>

158	入院ベースアップ評価料158	158点
159	入院ベースアップ評価料159	159点
160	入院ベースアップ評価料160	160点
161	入院ベースアップ評価料161	161点
162	入院ベースアップ評価料162	162点
163	入院ベースアップ評価料163	163点
164	入院ベースアップ評価料164	164点
165	入院ベースアップ評価料165	165点

注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け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。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料  
(略)

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項  
1～3 (略)  
4 その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

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  
1～3 (略)  
4 その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管



理等（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（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～リ （略）

ヌ 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料

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

1～3 （略）

4 その他の診療料

併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ （略）

ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。））、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料1、診療情報提供料Ⅱ（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料Ⅲを除く。）

ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料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。）

ニ～ル （略）

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Ⅱ）及び外来・在宅ベースアップ評価料Ⅲ（いずれも初診時及び再診時に限る。）に限る。）

第4章 経過措置

1 （略）

（削る）

理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料

ロ～リ （略）

（新設）

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

1～3 （略）

4 その他の診療料

併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ （略）

ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料1、診療情報提供料Ⅱ（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料Ⅲを除く。）

ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）

ニ～ル （略）

（新設）

第4章 経過措置

1 （略）

2 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働

(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)

(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。

省告示第54号)による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A101の注1の規定については、令和4年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、なお従前の例による

3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

4 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

5 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。

6 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。

(新設)

※ 第4章第4号の規定については、令和6年4月1日適用の改正規定により、その期限を令和8年5月31日まで延長する。

別紙1-2 歯科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) (削る) 第2章 特掲診療料 第1部～第7部 (略) 第8部 処置 第1節・第2節 (略) <u>第3節 薬剤料</u> <u>第4節 特定薬剤料</u> <u>第5節 特定保険医療材料料</u> 第9部～第14部 (略) <u>第15部 その他</u> (削る) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>267点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>291点</u>	別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) <u>第5節 看護職員処遇改善評価料</u> 第2章 特掲診療料 第1部～第7部 (略) 第8部 処置 第1節・第2節 (略) (新設) <u>第3節 特定薬剤料</u> <u>第4節 特定保険医療材料料</u> 第9部～第14部 (略) (新設) <u>第3章 経過措置</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>264点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>288点</u>

注1～5 (略)

6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、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第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

7・8 (略)

(削る)

注1～5 (略)

6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点(当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点)を所定点数に加算する。

7・8 (略)

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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制

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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算1又は歯科外来診療医療安全対策加算2として、初診時1回に限り12点又は13点を所定点数に加算する。

10 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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算1若しくは歯科外来診療感染対策加算2又は歯科外来診療感染対策加算3若しくは歯科外来診療感染対策加算4として、初診時1回に限り12点若しくは14点又は13点若しくは15点を所定点数に加算する。

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、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による

加算2として、初診時1回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

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、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

12 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注11に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注11に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

13 削除  
(削る)

11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

12 削除

13 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る

14 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

15 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歯科診療を実施している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6点を所定点数に加算する。

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において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、注1に規定する届出の有無にかかわらず、1の歯科初診料又は2の地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、233点を算定する。

A001 (略)

診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

A001 (略)

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- 1 歯科再診料 58点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 75点

注1～3 (略)

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて再診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において再診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、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第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

5・6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- 1 歯科再診料 56点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点

注1～3 (略)

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

5・6 (略)

7 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は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注11に規定する加算は算定しない。

(削る)

8 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療医療安全対策加算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おいて、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算1又は歯科外来診療医療安全対策加算2として、2点又は3点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する歯科外来診療感染対策加算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おいて、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算1若しくは歯科外来診療感染対策加算2又は歯科外来診療感染対策加算3若しくは歯科外来診療感染対策加算4として、

等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。

8 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算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おいて、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算1又は再診時歯科外来診療環境体制加算2として、3点又は5点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

2点若しくは4点又は3点若しくは5点を所定点数に加算する。

10 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。

(削る)

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

9 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。

10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

(新設)

(新設)

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、注1に規定する届出の有無にかかわらず、1の歯科再診料又は2の地域歯科診療支援病院歯科再診料について、所定点数に代えて、51点を算定する。

## 第2部 入院料等

### 通則

1～5 (略)

6 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。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

8 第6号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、第6号ただし書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。

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

## 第2部 入院料等

### 通則

1～5 (略)

6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

(新設)

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

1・2 (略)

区分

A200～A207 (略)

A208 特定感染症入院医療管理加算

A208-2～A216 (略)

A216-2 特定感染症患者療養環境特別加算

A217～A221-3 (略)

A221-4 小児緩和ケア診療加算

A222 (略)

A223 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

A223-2～A227-5 (略)

A227-6 医療的ケア児(者)入院前支援加算

A228～A243 (略)

A243-2 バイオ後続品使用体制加算

A244～A246 (略)

A250 地域歯科診療支援病院入院加算 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、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

通則

1・2 (略)

区分

A200～A207 (略)

A208 削除

A208-2～A216 (略)

A216-2 二類感染症患者療養環境特別加算

A217～A221-3 (略)

(新設)

A222 (略)

A223 削除

A223-2～A227-5 (略)

(新設)

A228～A243 (略)

(新設)

A244～A246 (略)

A250 地域歯科診療支援病院入院加算 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、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医

導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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。

### 第3節 特定入院料

通則

（略）

区分

A300～A306 （略）

A307 地域包括医療病棟入院料

第4節 （略）

（削る）

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

区分

B000～B000-3 （略）

療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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。

### 第3節 特定入院料

通則

（略）

区分

A300～A306 （略）

（新設）

第4節 （略）

第5節 看護職員処遇改善評価料

区分

A500 看護職員処遇改善評価料

注 医科点数表の区分番号A500に掲げる看護職員処遇改善評価料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入院している患者であって、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、医科点数表の区分番号A500に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

区分

B000～B000-3 （略）

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1・2 (略)

3 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B 0 0 0 - 1 1に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B 0 0 0 - 1 1に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1・2 (略)

3 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

4～6 (略)

7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

8・9 (略)

(削る)

10 (略)

4～6 (略)

7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

8・9 (略)

10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11 (略)

11 初診日の属する月から起算して6月を超えて  
歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った  
場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数  
をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 区分番号B000-4-2に掲げる小児口  
腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適  
合しているものとして地方厚生局長等に届け  
出た診療所である保険医療機関の場合 120点

ロ (略)

B000-4-2 小児口腔機能管理料 60点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理  
料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患  
療養管理料を算定した患者であって、口腔機能  
の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、  
口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同  
意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管  
理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔  
機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定  
する。

2 (略)

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おいて、口腔機能の  
管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算と  
して、50点を所定点数に加算する。

4 小児口腔機能管理料を算定した月において、  
区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機  
能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周  
術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-  
8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番  
号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理

12 初診日の属する月から起算して6月を超えて  
歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った  
場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数  
をそれぞれ所定点数に加算する。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の  
場合 120点

ロ (略)

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理  
料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患  
療養管理料を算定した患者であって、口腔機能  
の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、  
口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同  
意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管  
理計画を作成し、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。

2 (略)

(新設)

3 小児口腔機能管理料を算定した月において、  
区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機  
能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周  
術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-  
8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番  
号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理



料Ⅲ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

- 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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能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、53点を算定する。

B000-4-3 口腔機能管理料 60点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

- 3 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として50点を所定点数に加算する。

料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(新設)

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。

2 (略)

(新設)

4 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能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、53点を算定する。

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説

3 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(新設)

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限

明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 歯科診療を実施している保険医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注1に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

#### B000-6 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

##### 1・2 (略)

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外

り算定する。

(新設)

2 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

#### B000-6 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

##### 1・2 (略)

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に

の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回に限り算定する。ただし、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注2に規定する場合に策定した管理計画に基づき、歯科医師が口腔機能の管理等を行う場合は、算定できない。

2 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1 がん等に係る手術(歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。)を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号B00

に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画

0-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料Ⅱを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の

に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料Ⅱを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する

患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。

3 周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-9 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定

患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

(新設)

2 周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

(新設)

する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して3月以内においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。

3 周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-10 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回

(新設)

復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱの注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B000-11 回復期等口腔機能管理料 200点

(新設)

注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、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又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書に



より提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-12 根面う蝕管理料 30点

(新設)

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料若しくは区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65歳以上のものに限る。）又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に

限り算定する。

- 2 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

B000-13 エナメル質初期う蝕管理料 30点

- 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に限り算定する。

- 2 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

B001 (略)

B001-2 歯科衛生実地指導料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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、区分番号A000

(新設)

B001 (略)

B001-2 歯科衛生実地指導料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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、区分番号A000

に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る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。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

3 1及び2について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注1又は注2に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(I)</sup>、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(II)</sup>、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(III)</sup>、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(IV)</sup>、区分番号B000-11に掲げる回

に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る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。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

(新設)

3・4 (略)

B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(I)</sup>、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(II)</sup>、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料<sup>(III)</sup>、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患

復期等口腔機能管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科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、所定点数に代えて、148点を算定する。

B003・B004 (略)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

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歯科医師が、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

3・4 (略)

者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

(新設)

B003・B004 (略)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

(新設)

2・3 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 3について、区分番号B004-1-8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に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注4に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4 入院栄養食事指導料 (週1回)

1・2 (略)

注1・2 (略)

(削る)

B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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

B004-1-3 がん患者指導管理料

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 3について、区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号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。

B004-1-4 入院栄養食事指導料 (週1回)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注11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、算定できない。

- 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14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注11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、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点  
注1・2 (略)

- 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14及び注15に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）は、算定できない。

B004-1-8 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 800点  
② 4回目以降 450点  
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350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

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13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（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、算定できない。

- 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13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（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、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点  
注1・2 (略)

- 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13に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1  
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点  
(新設)  
(新設)  
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点  
2 外来腫瘍化学療法診療料2  
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点

① 初回から3回目まで	600点
② 4回目以降	320点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
<b>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</b>	
<b>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</b>	
① 初回から3回目まで	540点
② 4回目以降	280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8、注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5、注6及び注11に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

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。

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

(新設)	
(新設)	
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
(新設)	

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5、注6及び注10に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定す

回に限り算定する。

4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

イ 1のイの①又は②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

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。

6・7 (略)

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歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(削る)

る。

(新設)

(新設)

4・5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に



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(Ⅱ)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の歯科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、歯科医師の診察前に情報提供や処方<sup>てつ</sup>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。

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき)

45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003まで又はM003-4に掲げるものに限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合(当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。)に算定する。

2 (略)

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分

加算する。  
(新設)

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき)

45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2 (略)

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、

番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定できない。

B004-7及びB004-8～B006-2 (略)

B006-3 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1・2 (略)

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Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

4 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

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Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料及び区分番号B011-2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。

3 (略)

B006-3-3～B006-3-5 (略)

B006-4 歯科遠隔連携診療料 500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、対面診療を行っている入院

別に算定できない。

B004-7及びB004-8～B006-2 (略)

B006-3 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1・2 (略)

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Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

4 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

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Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2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。

3 (略)

B006-3-3～B006-3-5 (略)

(新設)

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、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該患者の疾患等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歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、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歯科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。

B007・B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 (略)

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Ⅱ（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。）又は区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料（当該別の保険医療機関又は当該別の保険薬局に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～5 (略)

6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定す

B007・B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 (略)

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Ⅱ（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。）又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～5 (略)

6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定す

る歯科診療特別対応加算1を算定している患者若しくは著しく歯科診療が困難な者であって区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、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、100点を所定点数に加算する。

- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料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が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定している患者又は著しく歯科診療が困難な者であって区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働

る歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、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、100点を所定点数に加算する。

- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料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が、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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除く。）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、100点を所定点数に加算する。

大臣が定める施設基準に適合してい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除く。) 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、100点を所定点数に加算する。

8 (略)

9 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、診療に基づき当該患者又はその家族の同意を得て、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第1条に規定する学校(大学を除く。)等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B009-2・B010 (略)

B011 診療情報等連携共有料

1 診療情報等連携共有料1 120点

2 診療情報等連携共有料2 120点

注1 1については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等(以下この区分番号において「診療情報等」という。)について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求め

8 (略)

(新設)

B009-2・B010 (略)

B011 診療情報連携共有料

120点

(新設)

(新設)

注1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

た日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

2 2については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報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、診療情報を提供した日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

3 1及び2について、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ（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。

4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 4点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

B011-6 栄養情報連携料 70点

注1 区分番号B004-1-4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、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に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

(新設)

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ（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。

(新設)

B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

(新設)

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。

2 注1に該当しない場合であって、当該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。

3 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B012～B013-2 (略)

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき）

1 広範囲顎骨支持型補綴物管理料1 500点

2 広範囲顎骨支持型補綴物管理料2 350点

注1 1について、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術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おいて、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等及び広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1

B012～B013-2 (略)

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき）

480点

(新設)

(新設)

注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術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おいて、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定する。

回に限り算定する。

2 2について、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術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おいて、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の適合性の確認等のみ又は広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等のみを行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定する。

B014 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援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をいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 (略)

注1・2 (略)

B015～B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1 (略)

2 歯科訪問診療2 410点

3 歯科訪問診療3 310点

4 歯科訪問診療4 160点

5 歯科訪問診療5 95点

(新設)

B014 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2（在宅等における療養を歯科医療面から支援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をいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 (略)

注1・2 (略)

B015～B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1 (略)

2 歯科訪問診療2 361点

3 歯科訪問診療3 185点

(新設)

(新設)



注1 (略)

2 2については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に3人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

3 3については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に4人以上9人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

4 4については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上19人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

注1 (略)

2 2については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に9人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

3 3については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

(新設)

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

5 5については、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に20人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

6 2から5までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4又は歯科訪問診療5についてはそれぞれ287点、217点、96点又は57点を算定する。ただし、2及び3について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。

(削る)

(削る)

7 (略)

(新設)

4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ 1について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合

ロ 2について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合

5 (略)

8 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合（歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、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第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。

9 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 159点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 120点
- (4) 歯科訪問診療4を算定する場合 60点
- (5) 歯科訪問診療5を算定する場合 36点

ロ 夜間歯科訪問診療加算

6 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 140点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 70点  
(新設)

ロ 夜間歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 317点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 240点
- (4) 歯科訪問診療 4 を算定する場合 121点
- (5) 歯科訪問診療 5 を算定する場合 72点

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 636点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 481点
- (4) 歯科訪問診療 4 を算定する場合 249点
- (5) 歯科訪問診療 5 を算定する場合 148点

10～12 (略)

13 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を 1 日につき所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2、区分番号 B 0 0 0 - 4 - 2 に掲げる小児口腔機能管理料の注 3 に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関又は在宅療養支援歯科病院の場合

- (1)・(2) (略)

ロ (略)

14 (略)

15 1 から 5 までについて、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 280点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 140点
- (新設)
- (新設)

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 560点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 280点
- (新設)
- (新設)

8～10 (略)

11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を 1 日につき所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

- (1)・(2) (略)

ロ (略)

12 (略)

13 1 から 3 までについて、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

- イ 初診時 267点  
ロ 再診時 58点
- 16 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、1から5まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 17 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。
- イ 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合 150点  
ロ (略)
- 18 1から3までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院に係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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したのに対して、歯科訪問診療を実施した場合

- イ 初診時 264点  
ロ 再診時 56点
- 14 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、1から3まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。
- イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点  
ロ (略)
- 16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に係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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したのに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算と

は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

19 1から5までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 267点

ロ 再診時 58点

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歯科診療を実施している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歯科医学的管理の下に、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8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14若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号A000に掲げる初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備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 訪問歯科衛生指導料

1 単一建物診療患者が1人の場合 362点

2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 326点

3 1及び2以外の場合 295点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

して、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

C001 訪問歯科衛生指導料

1 単一建物診療患者が1人の場合 360点

2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点

3 1及び2以外の場合 300点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。

2 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注1の規定にかかわらず、月8回に限り算定する。

3 1については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生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、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 在宅療養支援歯科病院の場合 340点

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

(新設)

(新設)

2・3 (略)

C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

(新設)

4 1から3まで以外の場合 200点  
注1～4 (略)  
(削る)

(削る)

5 他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算1として100点を所定点数に加算する。

6 他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第8条第2項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及

3 1及び2以外の場合 200点  
注1～4 (略)

5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)



び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算2として100点を所定点数に加算する。

- 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歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、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、他の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歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科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。

- 8 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分

(新設)

- 7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001からM003まで、M003-3又はM003-4に掲げるものに限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。）に算定する。

2 (略)

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定で

導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2及びI010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001からM003まで又はM003-3に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2 (略)

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲは、別に算定できない。

きない。

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料  
1～3 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

(削る)

(削る)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料  
1～3 (略)

注1～3 (略)

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基

- 6 他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算 1 として100点を所定点数に加算する。
- 7 他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第 8 条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第 8 条第 2 項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算 2 として100点を所定点数に加算する。
- 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歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、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、他の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

づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

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歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科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。

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 600点

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

(削る)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 600点

注1～3 (略)

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

(削る)

6 他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算 1 として100点を所定点数に加算する。

7 他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算 2 として100点を所定点数に加算する。

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歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、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、他の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

7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

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歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科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。

C001-7 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

(新設)

- 1 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1  
100点
- 2 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2  
100点
- 3 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3  
100点

注1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保

険施設等に入所している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

3 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C002~C004 (略)

C005 在宅麻薬等注射指導管理料 1,500点

注1 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月1回に限り算定する。

2・3 (略)

C005-2 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月1回に限り算定する。

C005-3 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保

C002~C004 (略)

C005 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注1 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

2・3 (略)

(新設)

C005-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注1 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C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料又は区分番号C005-2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。

2・3 (略)

C006～C008 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D002-5 (略)

D002-6 口腔細菌定量検査(1回につき)

1 口腔細菌定量検査1 130点

2 口腔細菌定量検査2 65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、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 1について、同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査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。

3 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

険医が、他の保険医療機関において区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C006～C008 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D002-5 (略)

D002-6 口腔細菌定量検査(1回につき) 130点

(新設)

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査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。

(新設)

に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査1を算定する場合を除く。）に、3月に1回に限り算定する。

4 (略)

D003からD008まで～D011 (略)

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき）

1 咀嚼能力検査1 140点

2 咀嚼能力検査2 140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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起算して3月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、6月以内）に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できない。

D011-3 咬合圧検査（1回につき）

1 咬合圧検査1 130点

2 咬合圧検査2 130点

3 (略)

D003からD008まで～D011 (略)

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき）

140点

(新設)

(新設)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定する。

(新設)

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

(新設)

D011-3 咬合圧検査（1回につき）

130点

(新設)

(新設)

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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起算して3月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、6月以内）を行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できない。

D011-4～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

(略)

第1節・第2節 (略)

第3節 基本的エックス線診断料

区分

E200 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

(新設)

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内（そしやく）を行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

(新設)

D011-4～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

(略)

第1節・第2節 (略)

第3節 基本的エックス線診断料

区分

E200 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算

区分番号A216-2に掲げる特定感染症患者療養環境特別加算若しくは区分番号A217に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げ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。

第4節 (略)

第5部 投薬

通則  
(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(削る)

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日以上の場合、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。

若しくは区分番号A217に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げ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。

第4節 (略)

第5部 投薬

通則  
(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を所定点数に加算する。

6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

6 (略)

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

(削る)

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 32点
- 2 1以外の場合 60点

注1・2 (略)

(削る)

7 (略)

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 5点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点

9 注8の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注8に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点
- 2 1以外の場合 68点

注1・2 (略)

3 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

3 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。

4 （略）

5 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 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

(削る)

6 1及び2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

とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

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日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

5 （略）

6 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 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

7 注6の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

(新設)

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又は2の所定点数に代えて、それぞれ29点又は42点を算定する。

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

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・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 25点  
注 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 37点  
注1 (略)

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。

3 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2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C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点  
注 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 34点  
注1 (略)

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。

3 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる

理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料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・G003 (略)

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 (略)

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。

3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2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C005-3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C000に掲げる歯科訪問診療料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。

G005 中心静脈注射 (1日につき) 140点

注1~3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2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C005-3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C000に掲げる歯科訪問診療料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

歯科訪問診療料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・G003 (略)

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) 101点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分の注射量が500mL以上の場合) 99点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)  
50点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料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。

G005 中心静脈注射 (1日につき) 140点

注1~3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料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。



G005-2・G005-3 (略)

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C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2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C005-3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C000に掲げる歯科訪問診療料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。

2 (略)

G007 (略)

G008 滑液囊<sup>のつせん</sup>穿刺後の注入 100点

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則  
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 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 歯科医師による場合 245点

2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位)

G005-2・G005-3 (略)

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C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料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。

2 (略)

G007 (略)

G008 滑液囊<sup>のつせん</sup>穿刺後の注入 80点

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則  
(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 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)  
245点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位)  
200点

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	歯科医師による場合	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	歯科医師による場合	100点
ホ	イからニまで以外の場合	100点

注1 (略)

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、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。

3 (略)

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。

5 (略)

		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)
3	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）	<u>100点</u>
		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)

注1 (略)

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、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 (略)

(新設)

4 (略)

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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

- |              |      |
|--------------|------|
| ① 理学療法士による場合 | 147点 |
| ② 作業療法士による場合 | 147点 |
| ③ 言語聴覚士による場合 | 147点 |
| ④ 歯科医師による場合  | 147点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

- |              |      |
|--------------|------|
| ① 理学療法士による場合 | 120点 |
| ② 作業療法士による場合 | 120点 |
| ③ 言語聴覚士による場合 | 120点 |
| ④ 歯科医師による場合  | 120点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

- |               |     |
|---------------|-----|
| ① 理学療法士による場合  | 60点 |
| ② 作業療法士による場合  | 60点 |
| ③ 言語聴覚士による場合  | 60点 |
| ④ 歯科医師による場合   | 60点 |
| ⑤ ①から④まで以外の場合 | 60点 |

H000-2 (略)

H000-3 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Ⅱ（1単位）

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

- |      |      |
|------|------|
| (新設) | 147点 |
| (新設) |      |
| (新設) |      |
| (新設) |      |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

- |      |      |
|------|------|
| (新設) | 120点 |
| (新設) |      |
| (新設) |      |
| (新設) |      |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

- |      |     |
|------|-----|
| (新設) | 60点 |
| (新設) |     |
| (新設) |     |
| (新設) |     |
| (新設) |     |

H000-2 (略)

H000-3 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Ⅱ（1単位）

180点

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	歯科医師による場合	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
ニ	歯科医師による場合	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	歯科医師による場合	77点
ホ	イからニまで以外の場合	77点
注1	（略）	
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。	
3	（略）	
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	

		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)
2	廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位）	146点
		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)
3	廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（1単位）	77点
		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)
		(新設)
注1	（略）	
2	注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。	
3	（略）	
		(新設)

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。

5 (略)

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

- |                     |             |
|---------------------|-------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>③</u> 言語聴覚士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>④</u> 歯科医師による場合  | <u>108点</u> |

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>③</u> 言語聴覚士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>④</u> 歯科医師による場合  | <u>88点</u> |

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>46点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>46点</u> |

4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 108点

- (新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 88点

- (新設)  
(新設)  
(新設)  
(新設)

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 46点

- (新設)  
(新設)

	<u>③</u> 言語聴覚士による場合	46点
	<u>④</u> 歯科医師による場合	46点
	<u>⑤</u> ①から④まで以外の場合	46点
H001	摂食機能療法（1日につき）	
	1・2 （略）	
	注1～3 （略）	
	4 治療開始日から起算して3月を超えた場合において、 <u>摂食機能療法と区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を合わせて月6回に限り算定する。</u>	
H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）	
	1～3 （略）	
	注1・2 （略）	
	<u>3 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。</u>	
	<u>4</u> （略）	
	<u>5 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて月6回に限り算定する。</u>	
	（削る）	
H001-3	（略）	
H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3（1口腔につき）	
	1 <u>口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の</u>	

		（新設）
		（新設）
		（新設）
H001	摂食機能療法（1日につき）	
	1・2 （略）	
	注1～3 （略）	
	4 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、 <u>区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。</u>	
H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）	
	1～3 （略）	
	注1・2 （略）	
		（新設）
	<u>3</u> （略）	
	<u>4 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。</u>	
	<u>5 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。</u>	
H001-3	（略）	
		（新設）

場合 50点

2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点

注1 1については、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 2については、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月2回に限り算定する。

3 区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料3は算定できない。

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

- 1 (略)
- 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（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節から第5節まで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つ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

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

- 1 (略)
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）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（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）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つて簡単なものの費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、

節、第4節又は第5節の所定点数のみにより算定する。

4～6 (略)

7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号I004の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I005に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000～I000-3 (略)

I001 歯髄保護処置(1歯につき)

1 歯髄温存療法 200点

2 直接歯髄保護処置 154点

3 間接歯髄保護処置 38点

注1・2 (略)

I001-2～I003 (略)

I004 歯髄切断(1歯につき)

第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。

4～6 (略)

7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000～I000-3 (略)

I001 歯髄保護処置(1歯につき)

1 歯髄温存療法 190点

2 直接歯髄保護処置 152点

3 間接歯髄保護処置 36点

注1・2 (略)

I001-2～I003 (略)

I004 歯髄切断(1歯につき)



1	生活歯髄切断	<u>233点</u>
2	失活歯髄切断	<u>72点</u>
注1	永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、 <u>42点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
I 0 0 5	抜髄 (1歯につき)	
1	単根管	<u>234点</u>
2	2根管	<u>426点</u>
3	3根管以上	<u>600点</u>
注1・2	(略)	
3	麻酔 (通則第7号に規定する麻酔に限る。)の費用 (麻酔に当たって使用した薬剤の薬価を除く。) 及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 6	感染根管処置 (1歯につき)	
1	単根管	<u>160点</u>
2	2根管	<u>310点</u>
3	3根管以上	<u>450点</u>
注	(略)	
I 0 0 7	根管貼薬処置 (1歯1回につき)	
1	単根管	<u>33点</u>
2	2根管	<u>41点</u>
3	3根管以上	<u>57点</u>
注	(略)	
I 0 0 8	(略)	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
1	単根管	<u>139点</u>
2	2根管	<u>168点</u>
3	3根管以上	<u>213点</u>
注1~3	(略)	

1	生活歯髄切断	<u>230点</u>
2	失活歯髄切断	<u>70点</u>
注1	永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、 <u>40点</u> を所定点数に加算する。	
2	(略)	
I 0 0 5	抜髄 (1歯につき)	
1	単根管	<u>232点</u>
2	2根管	<u>424点</u>
3	3根管以上	<u>598点</u>
注1・2	(略)	
3	麻酔 (通則第7号に規定する麻酔に限る。)及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 6	感染根管処置 (1歯につき)	
1	単根管	<u>158点</u>
2	2根管	<u>308点</u>
3	3根管以上	<u>448点</u>
注	(略)	
I 0 0 7	根管貼薬処置 (1歯1回につき)	
1	単根管	<u>32点</u>
2	2根管	<u>40点</u>
3	3根管以上	<u>56点</u>
注	(略)	
I 0 0 8	(略)	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
1	単根管	<u>138点</u>
2	2根管	<u>166点</u>
3	3根管以上	<u>210点</u>
注1~3	(略)	

4 3については、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

(外科後処置)

I 0 0 9 ~ I 0 0 9 - 5	(略)	
<u>I 0 0 9 - 6</u>	<u>摘便</u>	<u>100点</u>
<u>I 0 0 9 - 7</u>	<u>ハイフローセラピー (1日につき)</u>	
	<u>1 15歳未満の患者の場合</u>	<u>282点</u>
	<u>2 15歳以上の患者の場合</u>	<u>192点</u>
<u>I 0 0 9 - 8</u>	<u>経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法</u>	<u>200点</u>
	<u>注 区分番号I 0 0 9 - 2に掲げる創傷処置、区分番号J 0 8 4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。</u>	
<u>I 0 0 9 - 9</u>	<u>留置カテーテル設置</u>	<u>40点</u>
<u>I 0 0 9 - 1 0</u>	<u>超音波ネブライザ (1日につき)</u>	<u>24点</u>

(歯周組織の処置)

I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1・2 (略)	
	注1～5 (略)	
	(削る)	
I 0 1 1 - 2	歯周病安定期治療	
	1～3 (略)	
	注1 (略)	
	2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前	

4 注3に規定する場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。

(外科後処置)

I 0 0 9 ~ I 0 0 9 - 5	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	

(歯周組織の処置)

I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
	1・2 (略)	
	注1～5 (略)	
	<u>6 区分番号D 0 0 2 - 6に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。</u>	
I 0 1 1 - 2	歯周病安定期治療	
	1～3 (略)	
	注1 (略)	
	2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前	

回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。

4 歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

I011-2-2 (略)

I011-2-3 歯周病重症化予防治療

1～3 (略)

注1 (略)

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険

回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。

(新設)

4～6

I011-2-2 (略)

I011-2-3 歯周病重症化予防治療

1～3 (略)

注1 (略)

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。

医療機関において、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。

3 (略)

I011-3 (略)

(その他の処置)

I014~I016 (略)

I017 口腔内装置 (1装置につき)

1~3 (略)

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I017-1-2~I017-1-4 (略)

I017-2 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき)

1 口腔内装置調整

イ 口腔内装置調整 1

120点

ロ 口腔内装置調整 2

120点

ハ 口腔内装置調整 3

220点

2 (略)

注1 (略)

2 1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

3~5 (略)

3 (略)

I011-3 (略)

(その他の処置)

I014~I016 (略)

I017 口腔内装置 (1装置につき)

1~3 (略)

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I017-1-2~I017-1-4 (略)

I017-2 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき)

1 口腔内装置調整

イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合

120点

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合

120点

ハ イ及びロ以外の場合

220点

2 (略)

注1 (略)

2 1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

3~5 (略)

I 0 1 7 - 3 ~ I 0 2 6 (略)

I 0 2 7 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 (略)

注1~3 (略)

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1・2 (略)

注1 1について、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 1について、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

3 1について、注2の規定にかかわらず、区分

I 0 1 7 - 3 ~ I 0 2 6 (略)

I 0 2 7 人工呼吸

1 30分までの場合 242点

2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分  
又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

3 (略)

注1~3 (略)

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1・2 (略)

注1 1について、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 1について、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

(新設)

番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、月4回に限り算定する。

4 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、月1回に限り算定する。

5 (略)

6 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

I029-1-2 回復期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）  
100点

3 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定する。

4 (略)

5 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

(新設)

注1 区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

2 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 130点

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

I029-3 （略）

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 72点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 130点

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

I029-3 （略）

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 72点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者、区分番号B000-12に掲げる根面う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又は区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置を算定した月は算定できない。

I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）



110点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は別に算定できない。

I030-3 口腔バイオフィーム除去処置 (1口腔につき)

110点

注1 口腔バイオフィームの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィームの除去を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 口腔バイオフィーム除去処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げ

110点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

(新設)

る機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は別に算定できない。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 (略)
- 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合  
80点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合  
100点

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号B000-12に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 (略)
- 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合  
110点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合  
130点

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の

3 3については、区分番号B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

I032 口腔リンパ管腫局所注入 1,020点

注1 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。

2 当該処置に当たって使用した薬剤の費用は別に算定できる。

第2節 (略)

第3節 薬剤料

区分

I090 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。

第4節・第5節 (略)

第9部 手術

通則

1～8 (略)

9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術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

翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

3 3については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

(新設)

第2節 (略)

(新設)

第3節・第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～8 (略)

9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術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

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、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施設基準に適合しているものと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

(1)～(3) (略)

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ (略)

10～13 (略)

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

16・17 (略)

#### 第1節 手術料

区分

J000～J038 (略)

J039 上顎骨悪性腫瘍手術

1 搔爬

10,530点

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、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施設基準に適合しているものと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

(1)～(3) (略)

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ (略)

10～13 (略)

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する歯科診療特別対応加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

16・17 (略)

#### 第1節 手術料

区分

J000～J038 (略)

J039 上顎骨悪性腫瘍手術

1 搔爬

9,160点

2・3	(略)	
J040～J052	(略)	
J053	唾石摘出術（一連につき）	
1	(略)	
2	深在性のもの	4,330点
3	(略)	
注	(略)	
J054～J062	(略)	
J063	歯周外科手術	
1～5	(略)	
6	歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ～ホ	(略)	
ハ	結合組織移植術	840点
注1・2	(略)	
3	区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合（ <u>6については、歯周病治療を目的として実施する場合に限る。</u> ）は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。	
4・5	(略)	
6	1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、 <u>6のニからへまでについては手術野ごとに算定する。</u>	
J063-2～J066	(略)	
J067	上顎骨折非観血的整復術	1,800点
J068～J079	(略)	
J080	顎関節授動術	
1	徒手的授動術	
イ・ロ	(略)	
ハ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,760点

2・3	(略)	
J040～J052	(略)	
J053	唾石摘出術（一連につき）	
1	(略)	
2	深在性のもの	3,770点
3	(略)	
注	(略)	
J054～J062	(略)	
J063	歯周外科手術	
1～5	(略)	
6	歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ～ホ	(略)	
	(新設)	
注1・2	(略)	
3	区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。	
4・5	(略)	
6	1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、6のニ <u>及びホ</u> は手術野ごとに算定する。	
J063-2～J066	(略)	
J067	上顎骨折非観血的整復術	1,570点
J068～J079	(略)	
J080	顎関節授動術	
1	徒手的授動術	
イ・ロ	(略)	
ハ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,400点

2	顎関節鏡下授動術	<u>12,090点</u>
3	(略)	
J080-2~J083	(略)	
J084	創傷処理	
1・2	(略)	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	
イ	(略)	
ロ	その他のもの	<u>3,090点</u>
4~6	(略)	
注1~3	(略)	
J084-2	小児創傷処理(6歳未満)	
1・2	(略)	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>2,860点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	<u>4,410点</u>
5~8	(略)	
注1~3	(略)	
J085	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,620点</u>
2	(略)	
注1・2	(略)	
J086・J086-2	(略)	
J087	上顎洞根治手術	<u>9,180点</u>
J087-2~J090-2	(略)	
J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
1	25平方センチメートル未満	<u>5,180点</u>
2・3	(略)	
J092~J104	(略)	
J104-2	皮膚悪性腫瘍切除術	

2	顎関節鏡下授動術	<u>10,520点</u>
3	(略)	
J080-2~J083	(略)	
J084	創傷処理	
1・2	(略)	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	
イ	(略)	
ロ	その他のもの	<u>2,690点</u>
4~6	(略)	
注1~3	(略)	
J084-2	小児創傷処理(6歳未満)	
1・2	(略)	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	<u>2,490点</u>
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	<u>3,840点</u>
5~8	(略)	
注1~3	(略)	
J085	デブリードマン	
1	100平方センチメートル未満	<u>1,410点</u>
2	(略)	
注1・2	(略)	
J086・J086-2	(略)	
J087	上顎洞根治手術	<u>7,990点</u>
J087-2~J090-2	(略)	
J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
1	25平方センチメートル未満	<u>4,510点</u>
2・3	(略)	
J092~J104	(略)	
J104-2	皮膚悪性腫瘍切除術	

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

J105～J110 (略)

J111 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100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、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

第2節～第6節 (略)

第10部・第11部 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

J105～J110 (略)

(新設)

第2節～第6節 (略)

第10部・第11部 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 区分番号M009に掲げる充填を行った場合

所定点数の100分の60に相当する点数

△ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M003-4、M006 (2のロに限る。)、M009からM010-3まで、M010-4 (1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3 (2に限る。)、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50

に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000 (略)

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)  
1~3 (略)

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で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、歯冠補綴物 (区分番号M010の2に掲げる4分の3冠 (前歯)、区分番号M010の3に掲げる5分の4冠 (小白歯)、区分番号M010の4に掲げる全部金属冠 (小白歯及び大白歯) 及び区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠を除く。) 又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

イ (略)

(新設)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M006 (2のロに限る。)、M010からM010-3まで、M010-4 (1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3 (2に限る。)、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000 (略)

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)  
1~3 (略)

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で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、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。



2～4 (略)

M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、340点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、300点を所定点数に加算する。

8・9 (略)

10 3について、CAD/CAMインレーのための<sup>か</sup>窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

M001-2 (略)

M001-3 う蝕<sup>しよく</sup>歯インレー修復形成 (1歯につき) 120点

注1 CAD/CAMインレーのための<sup>か</sup>窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

2 (略)

M002 支台築造 (1歯につき)

1 間接法

イ メタルコアを用いた場合

(1) 大白歯 181点

(2) 小白歯及び前歯 155点

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 211点

(2) 小白歯及び前歯 180点

2 (略)

注1・2 (略)

2～4 (略)

M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

8・9 (略)

(新設)

10 (略)

M001-2 (略)

M001-3 う蝕<sup>しよく</sup>歯インレー修復形成 (1歯につき) 120点

(新設)

注 (略)

M002 支台築造 (1歯につき)

1 間接法

イ メタルコアを用いた場合

(1) 大白歯 176点

(2) 小白歯及び前歯 150点

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 196点

(2) 小白歯及び前歯 170点

2 (略)

注1・2 (略)

M002-2 (略)

M003 印象採得

1～3 (略)

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、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。

2 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、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行っ

M002-2 (略)

M003 印象採得

1～3 (略)

(新設)

(新設)

た場合であっても、歯科技工士連携加算 2 は 1 回として算定する。

3 注 1 に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注 2 に規定する加算並びに区分番号 M006 に掲げる咬合採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M007 に掲げる仮床試適の注 1 及び注 2 に規定する歯科技工士連携加算 1 及び歯科技工士連携加算 2 は別に算定できない。

(新設)

4 注 2 に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注 1 に規定する加算並びに区分番号 M006 に掲げる咬合採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M007 に掲げる仮床試適の注 1 及び注 2 に規定する歯科技工士連携加算 1 及び歯科技工士連携加算 2 は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

注 (略)

M003-2・M003-3 (略)

M003-2・M003-3 (略)

M003-4 光学印象 (1 歯につき) 100 点

(新設)

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M015-3 に掲げる CAD/CAM インレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。

2 区分番号 M003 に掲げる印象採得、M003-3 に掲げる咬合印象及び M006 に掲げる咬合採得は別に算定できない。

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、区分番号 M015-3 に

掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は1回として算定する。

M004 リテーナー

1～3 (略)

注 (略)

M005・M005-2 (略)

M006 咬合採得

1・2 (略)

注1 2のイ②並びにロ②及び③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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。

2 2のイ②並びにロ②及び③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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物

M004 リテーナー

1～3 (略)

注 (略)

M005・M005-2 (略)

M006 咬合採得

1・2 (略)

(新設)

(新設)

の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。

3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

注 (略)

M007 仮床試適 (1床につき)

M007 仮床試適 (1床につき)

1～3 (略)

1～3 (略)

4 その他の場合 272点

(新設)

注1 2及び3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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。

(新設)

2 2及び3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

(新設)

局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。

3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

M008・M009 (略)

M010 金属歯冠修復(1個につき)

1 インレー

イ 単純なもの 192点

ロ 複雑なもの 287点

2 4分の3冠(前歯) 372点

3 5分の4冠(小臼歯) 312点

4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯) 459点

注 (略)

注 (略)

M008・M009 (略)

M010 金属歯冠修復(1個につき)

1 インレー

イ 単純なもの 190点

ロ 複雑なもの 284点

2 4分の3冠(前歯) 370点

3 5分の4冠(小臼歯) 310点

4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯) 454点

注 (略)

M010-2・M010-3	(略)	
M010-4	根面被覆(1歯につき)	
1	根面板によるもの	<u>195点</u>
2	(略)	
M011	レジン前装金属冠(1歯につき)	
1	前歯	
イ	ブリッジの支台歯の場合	<u>1,174点</u>
ロ	イ以外の場合	<u>1,170点</u>
2	小臼歯	<u>1,100点</u>
M011-2~M015	(略)	
M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	
1	2以外の場合	<u>1,200点</u>
2	エンドクラウンの場合	<u>1,450点</u>
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、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(全部被覆冠に限り、エンドクラウンを除く。)</u> を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
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、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、エンドクラウンを設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</u>	
3	2については、区分番号M002に掲げる支台築造及び区分番号M002-2に掲げる支台築造印象は、所定点数に含まれ別に算定できな	

M010-2・M010-3	(略)	
M010-4	根面被覆(1歯につき)	
1	根面板によるもの	<u>190点</u>
2	(略)	
M011	レジン前装金属冠(1歯につき)	
1	前歯	<u>1,174点</u>
	(新設)	
2	小臼歯	<u>1,174点</u>
M011-2~M015	(略)	
M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	<u>1,200点</u>
	(新設)	
	(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、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)</u> を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
	(新設)	
	(新設)	

	い。	
M015-3~M017	(略)	
M017-2	高強度硬質レジンプリッジ (1装置につき)	<u>2,800点</u>
	注 (略)	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯 (1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	<u>624点</u>
	ロ 5歯から8歯まで	<u>767点</u>
	ハ 9歯から11歯まで	<u>1,042点</u>
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,502点</u>
	2 総義歯 (1顎につき)	<u>2,420点</u>
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯 (1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	<u>624点</u>
	ロ 5歯から8歯まで	<u>767点</u>
	ハ 9歯から11歯まで	<u>1,042点</u>
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,502点</u>
	2 総義歯 (1顎につき)	<u>2,500点</u>
M020	铸造鉤 (1個につき)	
	1 双子鉤	<u>260点</u>
	2 二腕鉤	<u>240点</u>
M021	線鉤 (1個につき)	
	1 双子鉤	<u>227点</u>
	2 二腕鉤 (レストつき)	<u>159点</u>
	3 レストのないもの	<u>134点</u>
M021-2	コンビネーション鉤 (1個につき)	<u>246点</u>
M021-3	磁性アタッチメント (1個につき)	
	1 磁石構造体を用いる場合	<u>460点</u>
	2 キーパー付き根面板を用いる場合	<u>550点</u>
	注 (略)	

M015-3~M017	(略)	
M017-2	高強度硬質レジンプリッジ (1装置につき)	<u>2,600点</u>
	注 (略)	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯 (1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	<u>594点</u>
	ロ 5歯から8歯まで	<u>732点</u>
	ハ 9歯から11歯まで	<u>972点</u>
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,402点</u>
	2 総義歯 (1顎につき)	<u>2,184点</u>
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯 (1床につき)	
	イ 1歯から4歯まで	<u>630点</u>
	ロ 5歯から8歯まで	<u>852点</u>
	ハ 9歯から11歯まで	<u>1,064点</u>
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,678点</u>
	2 総義歯 (1顎につき)	<u>2,682点</u>
M020	铸造鉤 (1個につき)	
	1 双子鉤	<u>255点</u>
	2 二腕鉤	<u>235点</u>
M021	線鉤 (1個につき)	
	1 双子鉤	<u>224点</u>
	2 二腕鉤 (レストつき)	<u>156点</u>
	3 レストのないもの	<u>132点</u>
M021-2	コンビネーション鉤 (1個につき)	<u>236点</u>
M021-3	磁性アタッチメント (1個につき)	
	1 磁石構造体を用いる場合	<u>260点</u>
	2 キーパー付き根面板を用いる場合	<u>350点</u>
	注 (略)	



M022～M025 (略)

M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

1 ブリッジ形態のもの(3分の1顎につき)

25,000点

2 床義歯形態のもの(1顎につき)

20,000点

注1～3 (略)

(その他の技術)

M026・M027及びM028 (略)

(修理)

M029 有床義歯修理(1床につき) (略)

注1・2 (略)

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき55点を所定点数に加算する。

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき35点を所定点数に加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

M022～M025 (略)

M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

1 ブリッジ形態のもの(3分の1顎につき)

20,000点

2 床義歯形態のもの(1顎につき)

15,000点

注1～3 (略)

(その他の技術)

M026・M027及びM028 (略)

(修理)

M029 有床義歯修理(1床につき) (略)

注1・2 (略)

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき50点を所定点数に加算する。

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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき30点を所定点数に加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき55点を所定点数に加算する。

5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1顎につき35点を所定点数に加算する。

M031からM033まで～M041 (略)

第2節・第3節 (略)

第13部 歯科矯正

通則

(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000 (略)

N001 顎口腔機能診断料 2,300点

注1・2 (略)

3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N001-2 歯科矯正相談料

1 歯科矯正相談料1 420点

2 歯科矯正相談料2 420点

注1 1については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき50点を所定点数に加算する。

5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1顎につき30点を所定点数に加算する。

M031からM033まで～M041 (略)

第2節・第3節 (略)

第13部 歯科矯正

通則

(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000 (略)

N001 顎口腔機能診断料 2,300点

注1・2 (略)

3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(新設)

届け出た保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回に限り算定する。

2 2については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回に限り算定する。

3 区分番号E000の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影又は区分番号E100の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N002 歯科矯正管理料 240点

注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔

N002 歯科矯正管理料 240点

注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔

機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる  
周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)

N003~N011 (略)  
(矯正装置)

N012~N028 (略)  
第2節 (略)

第14部 (略)

第15部 その他

#### 通則

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。

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。

第1節 看護職員処遇改善評価料

#### 区分

P000 看護職員処遇改善評価料

注 医科点数表の区分番号O000に掲げる看護職員処遇改善評価料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

機能管理料Ⅲ又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)

N003~N011 (略)  
(矯正装置)

N012~N028 (略)  
第2節 (略)

第14部 (略)

(新設)

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、医科点数表の区分番号0000に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第2節 ベースアップ評価料

区分

P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)（1日につき）

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| <u>1 初診時</u>          | <u>10点</u> |
| <u>2 再診時等</u>         | <u>2点</u>  |
| <u>3 歯科訪問診療時</u>      |            |
| <u>イ 同一建物居住者以外の場合</u> | <u>41点</u> |
| <u>ロ 同一建物居住者の場合</u>   | <u>10点</u> |

注1 1については、主として歯科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。

2 2については、主として歯科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。

。

3 3のイについては、主として歯科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、在宅等において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歯科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、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

4 3のロについては、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

P101 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ（1日につき）

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 1

イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 8点

ロ	再診時等	1点
2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 2	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	16点
ロ	再診時等	2点
3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 3	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	24点
ロ	再診時等	3点
4	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 4	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	32点
ロ	再診時等	4点
5	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 5	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	40点
ロ	再診時等	5点
6	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 6	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	48点
ロ	再診時等	6点
7	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 7	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	56点
ロ	再診時等	7点
8	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 8	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	64点
ロ	再診時等	8点
注1	<u>主として歯科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。</u>	

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、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)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。

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、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)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。

P102 入院ベースアップ評価料(1日につき)

<u>1</u>	<u>入院ベースアップ評価料1</u>	<u>1点</u>
<u>2</u>	<u>入院ベースアップ評価料2</u>	<u>2点</u>
<u>3</u>	<u>入院ベースアップ評価料3</u>	<u>3点</u>
<u>4</u>	<u>入院ベースアップ評価料4</u>	<u>4点</u>
<u>5</u>	<u>入院ベースアップ評価料5</u>	<u>5点</u>
<u>6</u>	<u>入院ベースアップ評価料6</u>	<u>6点</u>
<u>7</u>	<u>入院ベースアップ評価料7</u>	<u>7点</u>
<u>8</u>	<u>入院ベースアップ評価料8</u>	<u>8点</u>
<u>9</u>	<u>入院ベースアップ評価料9</u>	<u>9点</u>
<u>10</u>	<u>入院ベースアップ評価料10</u>	<u>10点</u>
<u>11</u>	<u>入院ベースアップ評価料11</u>	<u>11点</u>
<u>12</u>	<u>入院ベースアップ評価料12</u>	<u>12点</u>
<u>13</u>	<u>入院ベースアップ評価料13</u>	<u>13点</u>
<u>14</u>	<u>入院ベースアップ評価料14</u>	<u>14点</u>
<u>15</u>	<u>入院ベースアップ評価料15</u>	<u>15点</u>
<u>16</u>	<u>入院ベースアップ評価料16</u>	<u>16点</u>
<u>17</u>	<u>入院ベースアップ評価料17</u>	<u>17点</u>
<u>18</u>	<u>入院ベースアップ評価料18</u>	<u>18点</u>
<u>19</u>	<u>入院ベースアップ評価料19</u>	<u>19点</u>



<u>20</u>	<u>入院ベースアップ評価料20</u>	<u>20点</u>
<u>21</u>	<u>入院ベースアップ評価料21</u>	<u>21点</u>
<u>22</u>	<u>入院ベースアップ評価料22</u>	<u>22点</u>
<u>23</u>	<u>入院ベースアップ評価料23</u>	<u>23点</u>
<u>24</u>	<u>入院ベースアップ評価料24</u>	<u>24点</u>
<u>25</u>	<u>入院ベースアップ評価料25</u>	<u>25点</u>
<u>26</u>	<u>入院ベースアップ評価料26</u>	<u>26点</u>
<u>27</u>	<u>入院ベースアップ評価料27</u>	<u>27点</u>
<u>28</u>	<u>入院ベースアップ評価料28</u>	<u>28点</u>
<u>29</u>	<u>入院ベースアップ評価料29</u>	<u>29点</u>
<u>30</u>	<u>入院ベースアップ評価料30</u>	<u>30点</u>
<u>31</u>	<u>入院ベースアップ評価料31</u>	<u>31点</u>
<u>32</u>	<u>入院ベースアップ評価料32</u>	<u>32点</u>
<u>33</u>	<u>入院ベースアップ評価料33</u>	<u>33点</u>
<u>34</u>	<u>入院ベースアップ評価料34</u>	<u>34点</u>
<u>35</u>	<u>入院ベースアップ評価料35</u>	<u>35点</u>
<u>36</u>	<u>入院ベースアップ評価料36</u>	<u>36点</u>
<u>37</u>	<u>入院ベースアップ評価料37</u>	<u>37点</u>
<u>38</u>	<u>入院ベースアップ評価料38</u>	<u>38点</u>
<u>39</u>	<u>入院ベースアップ評価料39</u>	<u>39点</u>
<u>40</u>	<u>入院ベースアップ評価料40</u>	<u>40点</u>
<u>41</u>	<u>入院ベースアップ評価料41</u>	<u>41点</u>
<u>42</u>	<u>入院ベースアップ評価料42</u>	<u>42点</u>
<u>43</u>	<u>入院ベースアップ評価料43</u>	<u>43点</u>
<u>44</u>	<u>入院ベースアップ評価料44</u>	<u>44点</u>
<u>45</u>	<u>入院ベースアップ評価料45</u>	<u>45点</u>
<u>46</u>	<u>入院ベースアップ評価料46</u>	<u>46点</u>
<u>47</u>	<u>入院ベースアップ評価料47</u>	<u>47点</u>
<u>48</u>	<u>入院ベースアップ評価料48</u>	<u>48点</u>

<u>49</u>	<u>入院ベースアップ評価料49</u>	<u>49点</u>
<u>50</u>	<u>入院ベースアップ評価料50</u>	<u>50点</u>
<u>51</u>	<u>入院ベースアップ評価料51</u>	<u>51点</u>
<u>52</u>	<u>入院ベースアップ評価料52</u>	<u>52点</u>
<u>53</u>	<u>入院ベースアップ評価料53</u>	<u>53点</u>
<u>54</u>	<u>入院ベースアップ評価料54</u>	<u>54点</u>
<u>55</u>	<u>入院ベースアップ評価料55</u>	<u>55点</u>
<u>56</u>	<u>入院ベースアップ評価料56</u>	<u>56点</u>
<u>57</u>	<u>入院ベースアップ評価料57</u>	<u>57点</u>
<u>58</u>	<u>入院ベースアップ評価料58</u>	<u>58点</u>
<u>59</u>	<u>入院ベースアップ評価料59</u>	<u>59点</u>
<u>60</u>	<u>入院ベースアップ評価料60</u>	<u>60点</u>
<u>61</u>	<u>入院ベースアップ評価料61</u>	<u>61点</u>
<u>62</u>	<u>入院ベースアップ評価料62</u>	<u>62点</u>
<u>63</u>	<u>入院ベースアップ評価料63</u>	<u>63点</u>
<u>64</u>	<u>入院ベースアップ評価料64</u>	<u>64点</u>
<u>65</u>	<u>入院ベースアップ評価料65</u>	<u>65点</u>
<u>66</u>	<u>入院ベースアップ評価料66</u>	<u>66点</u>
<u>67</u>	<u>入院ベースアップ評価料67</u>	<u>67点</u>
<u>68</u>	<u>入院ベースアップ評価料68</u>	<u>68点</u>
<u>69</u>	<u>入院ベースアップ評価料69</u>	<u>69点</u>
<u>70</u>	<u>入院ベースアップ評価料70</u>	<u>70点</u>
<u>71</u>	<u>入院ベースアップ評価料71</u>	<u>71点</u>
<u>72</u>	<u>入院ベースアップ評価料72</u>	<u>72点</u>
<u>73</u>	<u>入院ベースアップ評価料73</u>	<u>73点</u>
<u>74</u>	<u>入院ベースアップ評価料74</u>	<u>74点</u>
<u>75</u>	<u>入院ベースアップ評価料75</u>	<u>75点</u>
<u>76</u>	<u>入院ベースアップ評価料76</u>	<u>76点</u>
<u>77</u>	<u>入院ベースアップ評価料77</u>	<u>77点</u>

<u>78</u>	<u>入院ベースアップ評価料78</u>	<u>78点</u>
<u>79</u>	<u>入院ベースアップ評価料79</u>	<u>79点</u>
<u>80</u>	<u>入院ベースアップ評価料80</u>	<u>80点</u>
<u>81</u>	<u>入院ベースアップ評価料81</u>	<u>81点</u>
<u>82</u>	<u>入院ベースアップ評価料82</u>	<u>82点</u>
<u>83</u>	<u>入院ベースアップ評価料83</u>	<u>83点</u>
<u>84</u>	<u>入院ベースアップ評価料84</u>	<u>84点</u>
<u>85</u>	<u>入院ベースアップ評価料85</u>	<u>85点</u>
<u>86</u>	<u>入院ベースアップ評価料86</u>	<u>86点</u>
<u>87</u>	<u>入院ベースアップ評価料87</u>	<u>87点</u>
<u>88</u>	<u>入院ベースアップ評価料88</u>	<u>88点</u>
<u>89</u>	<u>入院ベースアップ評価料89</u>	<u>89点</u>
<u>90</u>	<u>入院ベースアップ評価料90</u>	<u>90点</u>
<u>91</u>	<u>入院ベースアップ評価料91</u>	<u>91点</u>
<u>92</u>	<u>入院ベースアップ評価料92</u>	<u>92点</u>
<u>93</u>	<u>入院ベースアップ評価料93</u>	<u>93点</u>
<u>94</u>	<u>入院ベースアップ評価料94</u>	<u>94点</u>
<u>95</u>	<u>入院ベースアップ評価料95</u>	<u>95点</u>
<u>96</u>	<u>入院ベースアップ評価料96</u>	<u>96点</u>
<u>97</u>	<u>入院ベースアップ評価料97</u>	<u>97点</u>
<u>98</u>	<u>入院ベースアップ評価料98</u>	<u>98点</u>
<u>99</u>	<u>入院ベースアップ評価料99</u>	<u>99点</u>
<u>100</u>	<u>入院ベースアップ評価料100</u>	<u>100点</u>
<u>101</u>	<u>入院ベースアップ評価料101</u>	<u>101点</u>
<u>102</u>	<u>入院ベースアップ評価料102</u>	<u>102点</u>
<u>103</u>	<u>入院ベースアップ評価料103</u>	<u>103点</u>
<u>104</u>	<u>入院ベースアップ評価料104</u>	<u>104点</u>
<u>105</u>	<u>入院ベースアップ評価料105</u>	<u>105点</u>
<u>106</u>	<u>入院ベースアップ評価料106</u>	<u>106点</u>

<u>107</u>	<u>入院ベースアップ評価料107</u>	<u>107点</u>
<u>108</u>	<u>入院ベースアップ評価料108</u>	<u>108点</u>
<u>109</u>	<u>入院ベースアップ評価料109</u>	<u>109点</u>
<u>110</u>	<u>入院ベースアップ評価料110</u>	<u>110点</u>
<u>111</u>	<u>入院ベースアップ評価料111</u>	<u>111点</u>
<u>112</u>	<u>入院ベースアップ評価料112</u>	<u>112点</u>
<u>113</u>	<u>入院ベースアップ評価料113</u>	<u>113点</u>
<u>114</u>	<u>入院ベースアップ評価料114</u>	<u>114点</u>
<u>115</u>	<u>入院ベースアップ評価料115</u>	<u>115点</u>
<u>116</u>	<u>入院ベースアップ評価料116</u>	<u>116点</u>
<u>117</u>	<u>入院ベースアップ評価料117</u>	<u>117点</u>
<u>118</u>	<u>入院ベースアップ評価料118</u>	<u>118点</u>
<u>119</u>	<u>入院ベースアップ評価料119</u>	<u>119点</u>
<u>120</u>	<u>入院ベースアップ評価料120</u>	<u>120点</u>
<u>121</u>	<u>入院ベースアップ評価料121</u>	<u>121点</u>
<u>122</u>	<u>入院ベースアップ評価料122</u>	<u>122点</u>
<u>123</u>	<u>入院ベースアップ評価料123</u>	<u>123点</u>
<u>124</u>	<u>入院ベースアップ評価料124</u>	<u>124点</u>
<u>125</u>	<u>入院ベースアップ評価料125</u>	<u>125点</u>
<u>126</u>	<u>入院ベースアップ評価料126</u>	<u>126点</u>
<u>127</u>	<u>入院ベースアップ評価料127</u>	<u>127点</u>
<u>128</u>	<u>入院ベースアップ評価料128</u>	<u>128点</u>
<u>129</u>	<u>入院ベースアップ評価料129</u>	<u>129点</u>
<u>130</u>	<u>入院ベースアップ評価料130</u>	<u>130点</u>
<u>131</u>	<u>入院ベースアップ評価料131</u>	<u>131点</u>
<u>132</u>	<u>入院ベースアップ評価料132</u>	<u>132点</u>
<u>133</u>	<u>入院ベースアップ評価料133</u>	<u>133点</u>
<u>134</u>	<u>入院ベースアップ評価料134</u>	<u>134点</u>
<u>135</u>	<u>入院ベースアップ評価料135</u>	<u>135点</u>

<u>136</u>	<u>入院ベースアップ評価料136</u>	<u>136点</u>
<u>137</u>	<u>入院ベースアップ評価料137</u>	<u>137点</u>
<u>138</u>	<u>入院ベースアップ評価料138</u>	<u>138点</u>
<u>139</u>	<u>入院ベースアップ評価料139</u>	<u>139点</u>
<u>140</u>	<u>入院ベースアップ評価料140</u>	<u>140点</u>
<u>141</u>	<u>入院ベースアップ評価料141</u>	<u>141点</u>
<u>142</u>	<u>入院ベースアップ評価料142</u>	<u>142点</u>
<u>143</u>	<u>入院ベースアップ評価料143</u>	<u>143点</u>
<u>144</u>	<u>入院ベースアップ評価料144</u>	<u>144点</u>
<u>145</u>	<u>入院ベースアップ評価料145</u>	<u>145点</u>
<u>146</u>	<u>入院ベースアップ評価料146</u>	<u>146点</u>
<u>147</u>	<u>入院ベースアップ評価料147</u>	<u>147点</u>
<u>148</u>	<u>入院ベースアップ評価料148</u>	<u>148点</u>
<u>149</u>	<u>入院ベースアップ評価料149</u>	<u>149点</u>
<u>150</u>	<u>入院ベースアップ評価料150</u>	<u>150点</u>
<u>151</u>	<u>入院ベースアップ評価料151</u>	<u>151点</u>
<u>152</u>	<u>入院ベースアップ評価料152</u>	<u>152点</u>
<u>153</u>	<u>入院ベースアップ評価料153</u>	<u>153点</u>
<u>154</u>	<u>入院ベースアップ評価料154</u>	<u>154点</u>
<u>155</u>	<u>入院ベースアップ評価料155</u>	<u>155点</u>
<u>156</u>	<u>入院ベースアップ評価料156</u>	<u>156点</u>
<u>157</u>	<u>入院ベースアップ評価料157</u>	<u>157点</u>
<u>158</u>	<u>入院ベースアップ評価料158</u>	<u>158点</u>
<u>159</u>	<u>入院ベースアップ評価料159</u>	<u>159点</u>
<u>160</u>	<u>入院ベースアップ評価料160</u>	<u>160点</u>
<u>161</u>	<u>入院ベースアップ評価料161</u>	<u>161点</u>
<u>162</u>	<u>入院ベースアップ評価料162</u>	<u>162点</u>
<u>163</u>	<u>入院ベースアップ評価料163</u>	<u>163点</u>
<u>164</u>	<u>入院ベースアップ評価料164</u>	<u>164点</u>

165 入院ベースアップ評価料165 165点

注 主として歯科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つて、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。

(削る)

### 第3章 経過措置

- 1 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A002の注10、区分番号F100の注9及びF400の注7の規定による加算は、令和5年12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5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注13中「4点」とあるのは「6点」とする。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第三 調剤報酬点数表 [目次] (略) 通則 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1 調剤基本料1 <u>45点</u> 2 調剤基本料2 <u>29点</u> 3 調剤基本料3 イ <u>24点</u> ロ <u>19点</u> ハ <u>35点</u> 4 <u>特別調剤基本料A</u> <u>5点</u> 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料B</u> として、処方箋の受付1回につき <u>3点</u> を算定する。 3・4 (略) 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薬局(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる	別表第三 調剤報酬点数表 [目次] (略) 通則 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1 調剤基本料1 <u>42点</u> 2 調剤基本料2 <u>26点</u> 3 調剤基本料3 イ <u>21点</u> ロ <u>16点</u> ハ <u>32点</u> (新設) 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料</u> として、処方箋の受付1回につき <u>7点</u> を算定する。 3・4 (略) 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局におい

点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

- イ 地域支援体制加算 1 32点
- ロ 地域支援体制加算 2 40点
- ハ 地域支援体制加算 3 10点
- ニ 地域支援体制加算 4 32点

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薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、連携強化加算として、5点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算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である場合は、算定できない。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤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薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次

て調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

- イ 地域支援体制加算 1 39点
- ロ 地域支援体制加算 2 47点
- ハ 地域支援体制加算 3 17点
- ニ 地域支援体制加算 4 39点

6 注5又は注12に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬



に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ～ハ （略）

8～11 （略）

（削る）

局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ～ハ （略）

8～11 （略）

12 注5の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注5に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 地域支援体制加算1

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点

ロ 地域支援体制加算2

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 48点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 50点

ハ 地域支援体制加算3

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 18点

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薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 在宅薬学総合体制加算1 15点

ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点

13 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薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

01 薬剤調製料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

20点

ニ 地域支援体制加算4

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

42点

(新設)

(新設)

01 薬剤調製料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点

注 (略)  
(削る)

2～6 (略)  
注1～7 (略)  
(削る)

## 第2節 薬学管理料

区分

10 (略)  
10の2 調剤管理料

1・2 (略)

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。た

注1 (略)

2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。

2～6 (略)

注1～7 (略)

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薬局において、区分番号15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その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。

## 第2節 薬学管理料

区分

10 (略)  
10の2 調剤管理料

1・2 (略)

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 (略)

3 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

イ (略)

ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

4・5 (略)

6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報等を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

10の3 服薬管理指導料

2 (略)

3 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

イ (略)

ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

4・5 (略)

6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

10の3 服薬管理指導料

1・2 (略)

3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45点

4 (略)

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

イ～ハ (略)

2 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

イ～ニ (略)

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者等に提供すること。

ヘ (略)

3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機

1・2 (略)

3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 45点

4 (略)

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

イ～ハ (略)

2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

イ～ニ (略)

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

ヘ (略)

3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機

器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合  
10点

ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合  
5点

6 (略)

7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づ

器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、10点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

6 (略)

(新設)

き製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

8 (略)

9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。

10 (略)

(削る)

11～14 (略)

7 (略)

8 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注7に規定する加算は算定できない。

9 (略)

10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

11～14 (略)

15 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注6及び注10に規定する加算は、算定できない。

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76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薬局 (区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。) において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。

3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方

(新設)

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76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薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

(新設)



された患者に対して必要な指導を行った場合

10点

ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合

5点

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薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

5 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必

(新設)

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薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

(新設)

要な患者に説明及び指導を行った場合

6 (略)

7 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注6に規定する加算は算定できない。

8 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。

9 (略)

10 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注4及び注8に規定する加算は、算定できない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291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薬局（区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬

5 (略)

6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。  
(新設)

7 (略)

(新設)

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291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薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番

局を除く。)において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用(区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4及び注5に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 (略)

1.4 (略)

1.4の2 外来服薬支援料

1・2 (略)

注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について

号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用(区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 (略)

1.4 (略)

1.4の2 外来服薬支援料

1・2 (略)

注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について

、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15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。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。ただし、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15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。

2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

4 介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注3に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月に1回に限り50点を所定点数に加算する。

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1・2 (略)

注1 1については、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、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が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。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 2については、複数の保険医療機関から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、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

3 2については、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に

(新設)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1・2 (略)

注1 1については、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、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が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。

2 2については、複数の保険医療機関から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、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

(新設)

厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

1.4の4 調剤後薬剤管理指導料

1 糖尿病患者に対して行った場合 60点

2 慢性心不全患者に対して行った場合 60点

注1 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については心疾患による入院の経験がある患者であって、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全のものに対して、患者又はその家族等の求めがあり、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合又は保険医療機関の求めがあった場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行った場合には、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

イ 調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に行う場合を除く。）。

ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。

ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げ

(新設)

る調剤基本料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

3 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び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、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）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、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、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までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理

1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び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、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）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あつては、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までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理

指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない

- 3 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、必要な薬学的管理及び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100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。
- 4 （略）
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。
- 6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2本文に規

指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月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あつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

- 3 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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。
- 4 （略）
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。
- 6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定す



定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7～9 (略)

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 (略)

注1 1及び2について、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、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は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の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回)に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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、必要な薬学的管理及び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100点(注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管

る在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7～9 (略)

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 (略)

注1 1及び2について、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、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は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の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点(注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は

理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点)を所定点数に加算する。

3～8 (略)

9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 夜間訪問加算 400点

ロ 休日訪問加算 600点

ハ 深夜訪問加算 1,000点

10 注1の規定にかかわらず、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、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であつて、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。この場合において、注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区

、処方箋受付1回につき22点)を所定点数に加算する。

3～8 (略)

(新設)

(新設)

分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 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、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は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の求めにより、当該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。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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、必要な薬学的管理及び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100点を所定点数に加算する。

3～8 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 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、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は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の求めにより、当該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。

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、必要な薬学的管理及び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。

3～8 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養

上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、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、当該入院中2回に限り算定できる。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

15の5 服薬情報等提供料

1 (略)

2 服薬情報等提供料2

イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20点

ロ リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合 20点

ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合 20点

3 (略)

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も

上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、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、当該入院中2回に限り算定できる。

15の5 服薬情報等提供料

1 (略)

2 服薬情報等提供料2 20点  
(新設)

(新設)

(新設)

3 (略)

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上

患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。

3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。

4 (略)

5 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

6 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容

で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

4 (略)

5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。  
(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

(新設)

(新設)

2 残薬調整に係るものの場合 30点

を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

注1 区分番号15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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、算定できない。

2 (略)

15の7 経管投薬支援料 100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

15の8 在宅移行初期管理料 230点

注1 在宅療養へ移行が予定されている患者であつて通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意

(新設)

(新設)

注1 区分番号15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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 (略)

15の7 経管投薬支援料 100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。

(新設)

を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1は算定できない。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患者の負担とする。

16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

1・2 (略)

3 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

(略)

(削る)

16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

1・2 (略)

(新設)

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

1 (略)

2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日

(削る)

までの間に限り、算定できるものとする。

- 3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。



改正後	改正前
<p>別表</p> <p>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 通則</p> <p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護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78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号02の注7の<u>ただし書</u>に規定する場合を除き、区分番号01又は区分番号01-2により算定される額に区分番号02から<u>区分番号06</u>までにより算定される額を加えた額とする。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注3まで及び注10、区分番号02の注1から注3まで、注10、<u>注12及び注13</u>、区分番号05の注4<u>並びに区分番号06の注1及び注2</u>における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>区分</p> <p>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～8 (略)</p> <p>9 1及び2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C000の注1に</p>	<p>別表</p> <p>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 通則</p> <p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護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78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号02の注7に規定する場合を除き、区分番号01又は区分番号01-2により算定される額に区分番号02から<u>区分番号05</u>までにより算定される額を加えた額とする。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注3まで及び注10、区分番号02の注1から注3まで、注10<u>及び注12並びに区分番号05の注4</u>における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p> <p>区分</p> <p>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～8 (略)</p> <p>9 1及び2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C000の注1に</p>

規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護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、いずれかを所定額に加算する。

イ 月14日目まで 2,650円  
ロ 月15日目以降 2,000円

10 (略)

11 1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日につき1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合には、1,800円）を所定額に加算する。

12～14 (略)

01-2 精神科訪問看護基本療養費（1日につき）

1～4 (略)

注1～5 (略)

6 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護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、いずれかを所定額に加算する。

イ 月14日目まで 2,650円  
ロ 月15日目以降 2,000円

7～11 (略)

02 訪問看護管理療養費

1 月の初日の訪問の場合

規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

(新設)

(新設)

10 (略)

11 1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日につき1,500円を所定額に加算する。

12～14 (略)

01-2 精神科訪問看護基本療養費（1日につき）

1～4 (略)

注1～5 (略)

6 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

(新設)

(新設)

7～11 (略)

02 訪問看護管理療養費

1 月の初日の訪問の場合

イ	機能強化型訪問看護管理療養費 1	13,230円
ロ	機能強化型訪問看護管理療養費 2	10,030円
ハ	機能強化型訪問看護管理療養費 3	8,700円
ニ	イからハまで以外の場合	7,670円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	

イ	訪問看護管理療養費 1	3,000円
ロ	訪問看護管理療養費 2	2,500円

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及びハ並びに2のイ及びロについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

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訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月1回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者につい

イ	機能強化型訪問看護管理療養費 1	12,830円
ロ	機能強化型訪問看護管理療養費 2	9,800円
ハ	機能強化型訪問看護管理療養費 3	8,470円
ニ	イからハまで以外の場合	7,440円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	3,000円

（新設）

（新設）

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、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に限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

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訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーシ

て他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

- イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
- ロ イ以外の場合 6,520円

3～12 (略)

- 13 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(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、利用者の診療情報を取得等した上で指定訪問看護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DX情報活用加算として、月1回に限り、50円を所定額に加算する。

03～05 (略)

0.6 訪問看護ベースアップ評価料

- 1 訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ 780円
- 2 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ
  - イ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 1 10円
  - ロ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 2 20円
  - ハ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 3 30円
  - ニ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 4 40円
  - ホ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 5 50円
  - ヘ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 6 60円
  - ト 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 7 70円
  - チ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 8 80円
  - リ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 9 90円
  - ヌ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 10 100円
  - ル 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 11 150円
  - ヲ 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ 12 200円

ヨンが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

(新設)

(新設)

3～12 (略)

(新設)

03～05 (略)

(新設)

ワ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ13</u>	<u>250円</u>
カ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ14</u>	<u>300円</u>
ヨ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ15</u>	<u>350円</u>
タ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ16</u>	<u>400円</u>
レ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ17</u>	<u>450円</u>
ソ	<u>訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ18</u>	<u>500円</u>

注1 1については、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が、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ある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料Ⅱとして、月1回に限り算定する。

2 2については、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が、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ある場合には、訪問看護ベースアップ評価料Ⅱを算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料Ⅱとして、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。

別紙3 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>1 (略)</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者イ (略)</p> <p>ロ <u>A304 地域包括医療病棟入院料</u></p> <p>ハ～リ (略)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数（以下「<u>退院等した患者数</u>」という。）を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇. 八七五以上であること。</p> <p>イ～リ (略)</p> <p>ヌ <u>A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料</u></p> <p>ル～カ (略)</p> <p>五 <u>第三号イの調査期間において、一月あたりの退院等した患者数が九十以上であること。</u></p> <p>六 <u>第三号イの調査期間において、当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等に関する質の高いデータを適切に提出していること。</u></p> <p>七 <u>適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備さ</u></p>	<p>1 (略)</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ～チ (略)</p> <p>五 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、次に掲げる基準を満たす病院とする。</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 前号イの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第一項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した一月あたりの値が〇. 八七五以上であること。</p> <p>イ～リ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ヌ～ワ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>五 <u>適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備さ</u></p>

れていること。

別表

1 (略)

2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。

イ (略)

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4及び注5、A104の注5及び注10並びにA105の注3及び注4に掲げる費用

(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A200-2、A204-2、A205からA206まで、A207-3の注4、A208からA213まで、A214の注4、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A243-2、A244(2に限る。)、A246からA251まで及びA253に掲げる費用

(3) (略)

(4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-3まで及びB001-6からB015までに掲げる費用

(5) (略)

(6) 画像診断の費用のうち、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並びに区分番号E003(3のイ(注1及び注2を含む。))に規定する費用に限る。)に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003、J003-3、J003-4、J007-2、J010-2、J017、J017-2、J027、J0

れていること。

別表

1 (略)

2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。

イ (略)

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

(1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4、注5及び注12、A104の注5及び注10から注12まで並びにA105の注3、注4及び注9に掲げる費用

(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A200-2、A204-2、A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A243の注ただし書、A244(2に限る。)及びA246からA251までに掲げる費用

(3) (略)

(4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで、B001-6からB015まで及びB100に掲げる費用

(5) (略)

(6) 画像診断の費用のうち、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及び画像診断管理加算3並びに区分番号E003(3のイ(注1及び注2を含む。))に規定する費用に限る。)に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001(5に限る。)、J003、J003-3、J003-4、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J0

34-3、J038からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、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。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用

(9)・(10) (略)

(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤及び抗TFPIモノクローナル抗体に係る費用

3 (略)

38からJ042まで、J043-6、J043-7、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、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。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用

(9)・(10) (略)

(11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、血液凝固第Ⅷ因子機能代替製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤及び遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤に係る費用

3 (略)



4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	<u>8,152点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,176点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>5,818点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,323点</u>
	(削る)	
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	<u>9,731点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,615点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,297点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,802点</u>
	(削る)	
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	<u>8,152点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,176点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>5,818点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,323点</u>
	(削る)	
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	<u>8,152点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,176点</u>

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	<u>8,129点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,156点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>5,803点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,308点</u>
	(31日以上の間)	<u>6,515点</u>
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	<u>9,708点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,592点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,277点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,782点</u>
	(31日以上の間)	<u>7,989点</u>
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	<u>8,129点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,156点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>5,803点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,308点</u>
	(31日以上の間)	<u>6,515点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	<u>8,129点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,156点</u>

	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,240点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,745点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,952点</u>
	救命救急入院料 4	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	<u>9,731点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,615点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,297点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,802点</u>
	(削る)	
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	<u>9,731点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,615点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,297点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,745点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,952点</u>
	注1～9 (略)	

区分番号A	特定集中治療室管理料	
301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	
	(7日以内の期間)	<u>12,290点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,712点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,217点</u>
	(削る)	
	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,290点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,712点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,217点</u>
	(削る)	

	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,224点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
	救命救急入院料 4	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	<u>9,708点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,592点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,277点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,782点</u>
	(31日以上)	<u>7,989点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	<u>9,708点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,592点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,277点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
	注1～9 (略)	

区分番号A	特定集中治療室管理料	
301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1	
	(7日以内の期間)	<u>12,117点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,539点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,044点</u>
	(31日以上)	<u>11,251点</u>
	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,117点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,539点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,044点</u>
	(31日以上)	<u>11,251点</u>

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,290点</u>
(8日以上14日以内の期間)	
	<u>10,912点</u>
(15日以上30日以内の期間)	
	<u>11,417点</u>
(31日以上60日以内の期間)	
	<u>11,624点</u>
特定集中治療室管理料3	
(7日以内の期間)	<u>7,774点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,191点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,696点</u>
(削る)	
特定集中治療室管理料4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,774点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,191点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,696点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,774点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,391点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,896点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>7,103点</u>
特定集中治療室管理料5	
(7日以内の期間)	<u>6,774点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>5,191点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>5,696点</u>
特定集中治療室管理料6	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>6,774点</u>

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,117点</u>
(8日以上14日以内の期間)	
	<u>10,739点</u>
(15日以上30日以内の期間)	
	<u>11,244点</u>
(31日以上60日以内の期間)	
	<u>11,451点</u>
特定集中治療室管理料3	
(7日以内の期間)	<u>7,603点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,024点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,529点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,736点</u>
特定集中治療室管理料4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,603点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,024点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,529点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,736点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,603点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,224点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
(新設)	
(新設)	

	<p>(8日以上14日以内の期間) 5,191点</p> <p>(15日以上30日以内の期間) 5,696点</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</p> <p>(7日以内の期間) 6,774点</p> <p>(8日以上14日以内の期間) 5,391点</p> <p>(15日以上30日以内の期間) 5,896点</p> <p>(31日以上60日以内の期間) 6,103点</p> <p>注1～4 (略)</p> <p>5 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する病院であつて基本診療料の施設基準等第九の三の⑨に規定する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基本診療料の施設基準等第九の三の⑩に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。</p>				<p>注1～4 (略)</p> <p>(新設)</p>
区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料</p> <p>ハイケアユニット入院医療管理料1</p> <p>(14日以内の期間) 4,773点</p> <p>(15日以上21日以内の期間) 5,278点</p> <p>ハイケアユニット入院医療管理料2</p> <p>(14日以内の期間) 2,134点</p> <p>(15日以上21日以内の期間) 2,639点</p> <p>注1・2 (略)</p>	区分番号A 301-2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料</p> <p>ハイケアユニット入院医療管理料1</p> <p>(14日以内の期間) 4,761点</p> <p>(15日以上21日以内の期間) 5,266点</p> <p>ハイケアユニット入院医療管理料2</p> <p>(14日以内の期間) 2,130点</p> <p>(15日以上21日以内の期間) 2,635点</p> <p>注1・2 (略)</p>		
区分番号A 301-3 に掲げる脳	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</p> <p>(14日以内の期間) 3,929点</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の⑭に規定する基準に適合しているもの</p>	区分番号A 301-3 に掲げる脳	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</p> <p>(14日以内の期間) 3,919点</p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の⑭に規定する基準に適合しているもの</p>		

卒中ケアユニット入院医療管理料

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。

2 基本診療料の施設基準等第九の五の(四)に規定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。

区分番号A 小児特定集中治療室管理料

301-4 (7日以内の期間) 14,246点

に掲げる小 (8日以上14日以内の期間) 12,140点

児特定集中 (15日以上30日以内の期間) 12,645点

治療室管理 (31日以上55日以内の期間) 12,852点

料

注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の(7)に規定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。

卒中ケアユニット入院医療管理料

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。

2 基本診療料の施設基準等第九の五の(四)に規定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。

区分番号A 小児特定集中治療室管理料

301-4 (7日以内の期間) 14,223点

に掲げる小 (8日以上14日以内の期間) 12,117点

児特定集中 (15日以上30日以内の期間) 12,622点

治療室管理 (31日以上55日以内の期間) 12,829点

料

注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の(6)に規定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。

	2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑧に規定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。
区分番号A 302に掲げる新生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管理料1 (14日以内の期間) <u>8,468点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,973点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,180点</u> 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,356点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,861点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,068点</u>
区分番号A 302-2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	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 (7日以内の期間) <u>12,423点</u>
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) <u>5,301点</u> 新生児集中治療室管理料

	2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑦に規定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。
区分番号A 302に掲げる新生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管理料1 (14日以内の期間) <u>8,445点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,950点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,157点</u> 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,340点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,845点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,052点</u>
(新設)	(新設)
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) <u>5,287点</u> 新生児集中治療室管理料

中治療室管理料	(14日以内の期間)	<u>8,468点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>8,973点</u>
	(31日以上110日以内の期間)	<u>9,180点</u>
	注 (略)	
区分番号A 303-2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間)	<u>3,612点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>4,117点</u>
	(31日以上140日以内の期間)	<u>4,324点</u>
区分番号A 305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間)	<u>7,297点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,536点</u>
	(31日以上)	<u>6,743点</u>
区分番号A 307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料1 (14日以内の期間)	<u>2,691点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>3,196点</u>
	(31日以上)	<u>3,403点</u>
	小児入院医療管理料2 (14日以内の期間)	<u>2,159点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,664点</u>
	(31日以上)	<u>2,871点</u>
	小児入院医療管理料3 (14日以内の期間)	<u>1,733点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,238点</u>
	(31日以上)	<u>2,445点</u>
	小児入院医療管理料4	

中治療室管理料	(14日以内の期間)	<u>8,445点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>8,950点</u>
	(31日以上110日以内の期間)	<u>9,157点</u>
	注 (略)	
区分番号A 303-2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間)	<u>3,603点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>4,108点</u>
	(31日以上140日以内の期間)	<u>4,315点</u>
区分番号A 305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間)	<u>7,277点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,519点</u>
	(31日以上)	<u>6,726点</u>
区分番号A 307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料1 (14日以内の期間)	<u>2,656点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>3,161点</u>
	(31日以上)	<u>3,368点</u>
	小児入院医療管理料2 (14日以内の期間)	<u>2,130点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,635点</u>
	(31日以上)	<u>2,842点</u>
	小児入院医療管理料3 (14日以内の期間)	<u>1,709点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,214点</u>
	(31日以上)	<u>2,421点</u>
	小児入院医療管理料4	

(14日以内の期間)	1,094点
(15日以上30日以内の期間)	1,599点
(31日以上)の期間)	1,806点

注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定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病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、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

2 (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定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病院に入院している患者（小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定しているものに限る。）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

4～6 (略)

7 基本診療料の施設基準等第九の九の(10)に規定す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

(14日以内の期間)	1,077点
(15日以上30日以内の期間)	1,582点
(31日以上)の期間)	1,789点

注1 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定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病院の病棟において小児入院医療管理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。

(新設)

(新設)

2 (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定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病院に入院している患者（小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定しているものに限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

4～6 (略)

(新設)



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8に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。

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の体制その他の事項につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定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。

(新設)

5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院(医科点数表区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。)であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	8,352点
	(4日以上7日以内の期間)	7,376点
	(8日以上14日以内の期間)	6,018点

5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院(医科点数表区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。)であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	8,329点
	(4日以上7日以内の期間)	7,356点
	(8日以上14日以内の期間)	6,003点

(15日以上30日以内の期間)	<u>6,323点</u>
(削る)	
救命救急入院料 2	
(3日以内の期間)	<u>9,931点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,815点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>7,497点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>7,802点</u>
(削る)	
救命救急入院料 3	
イ 救命救急入院料	
(3日以内の期間)	<u>8,352点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>7,376点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,018点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,323点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(3日以内の期間)	<u>8,352点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>7,376点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,440点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,745点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,952点</u>
救命救急入院料 4	
イ 救命救急入院料	
(3日以内の期間)	<u>9,931点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,815点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>7,497点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>7,802点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(3日以内の期間)	<u>9,931点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,815点</u>

(15日以上30日以内の期間)	<u>6,308点</u>
(31日以上)	<u>6,515点</u>
救命救急入院料 2	
(3日以内の期間)	<u>9,908点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,792点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>7,477点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>7,782点</u>
(31日以上)	<u>7,989点</u>
救命救急入院料 3	
イ 救命救急入院料	
(3日以内の期間)	<u>8,329点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>7,356点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,003点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,308点</u>
(31日以上)	<u>6,515点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(3日以内の期間)	<u>8,329点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>7,356点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,424点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
救命救急入院料 4	
イ 救命救急入院料	
(3日以内の期間)	<u>9,908点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,792点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>7,477点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>7,782点</u>
(31日以上)	<u>7,989点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(3日以内の期間)	<u>9,908点</u>
(4日以上7日以内の期間)	<u>8,792点</u>

	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,497点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,745点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,952点</u>
	注1～9 (略)	
区分番号A	特定集中治療室管理料	
301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1	
	(7日以内の期間)	<u>12,490点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,912点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,217点</u>
	(削る)	
	特定集中治療室管理料2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,490点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,912点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,217点</u>
	(削る)	
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,490点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>11,112点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,417点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>11,624点</u>
	特定集中治療室管理料3	
	(7日以内の期間)	<u>7,974点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,391点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,696点</u>
	(削る)	

	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,477点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
	注1～9 (略)	
区分番号A	特定集中治療室管理料	
301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料1	
	(7日以内の期間)	<u>12,317点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,739点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,044点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>11,251点</u>
	特定集中治療室管理料2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,317点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,739点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,044点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>11,251点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(7日以内の期間)	<u>12,317点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>10,939点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>11,244点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>11,451点</u>
	特定集中治療室管理料3	
	(7日以内の期間)	<u>7,803点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,224点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,529点</u>
	(31日以上60日以内の期間)	<u>6,736点</u>

特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,974点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,391点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,696点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,974点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,591点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,896点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>7,103点</u>
特定集中治療室管理料 5	
(7日以内の期間)	<u>6,974点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>5,391点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>5,696点</u>
特定集中治療室管理料 6	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>6,974点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>5,391点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>5,696点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>6,974点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>5,591点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>5,896点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,103点</u>
注1～4 (略)	
5 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する病院であつて基本診療料の施設基準等第九の三の⑨に規定する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	

特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,803点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,224点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,529点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,736点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,803点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,424点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,729点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>6,936点</u>
(新設)	
(新設)	
注1～4 (略)	
(新設)	

	<p>的な医療機関として基本診療料の施設基準等第九の三の㉒に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。</p>		
区分番号A 301-2	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料1 (14日以内の期間) 4,973点 (15日以上21日以内の期間) 5,278点 ハイケアユニット入院医療管理料2 (14日以内の期間) 2,334点 (15日以上21日以内の期間) 2,639点 注1・2 (略)</p>	区分番号A 301-2	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料1 (14日以内の期間) 4,961点 (15日以上21日以内の期間) 5,266点 ハイケアユニット入院医療管理料2 (14日以内の期間) 2,330点 (15日以上21日以内の期間) 2,635点 注1・2 (略)</p>
区分番号A 301-3	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 4,129点 注1 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒に規定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。 2 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒に規定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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室</p>	区分番号A 301-3	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 4,119点 注1 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒に規定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。 2 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒に規定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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室</p>

	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。
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料</p> <p>(7日以内の期間) <u>14,446点</u></p> <p>(8日以上14日以内の期間) <u>12,340点</u></p> <p>(15日以上30日以内の期間) <u>12,645点</u></p> <p>(31日以上55日以内の期間) <u>12,852点</u></p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑦に規定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。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑧に規定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。</p>
区分番号A 302に掲 げる新生児	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1</p> <p>(14日以内の期間) <u>8,668点</u></p>

	した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理 料	<p>小児特定集中治療室管理料</p> <p>(7日以内の期間) <u>14,423点</u></p> <p>(8日以上14日以内の期間) <u>12,317点</u></p> <p>(15日以上30日以内の期間) <u>12,622点</u></p> <p>(31日以上55日以内の期間) <u>12,829点</u></p> <p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑥に規定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。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑦に規定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。</p>
区分番号A 302に掲 げる新生児	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1</p> <p>(14日以内の期間) <u>8,645点</u></p>

特定集中治療室管理料	(15日以上30日以内の期間) <u>8,973点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,180点</u> 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,556点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,861点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,068点</u>
区分番号A 302-2 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	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 (7日以内の期間) <u>12,623点</u>
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) <u>5,501点</u> 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) <u>8,668点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,973点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,180点</u> 注 (略)
区分番号A 303-2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間) <u>3,812点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>4,117点</u> (31日以上140日以内の期間) <u>4,324点</u>
区分番号A 305に掲	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間) <u>7,497点</u>

特定集中治療室管理料	(15日以上30日以内の期間) <u>8,950点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,157点</u> 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,540点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,845点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,052点</u>
(新設)	(新設)
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) <u>5,487点</u> 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) <u>8,645点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,950点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,157点</u> 注 (略)
区分番号A 303-2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間) <u>3,803点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>4,108点</u> (31日以上140日以内の期間) <u>4,315点</u>
区分番号A 305に掲	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間) <u>7,477点</u>

げる一類感 染症患者入 院医療管理 料	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,536点</u>
	(31日以上)	<u>6,743点</u>
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	小児入院医療管理料	
	小児入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	<u>2,891点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>3,196点</u>
	(31日以上)	<u>3,403点</u>
	小児入院医療管理料2	
	(14日以内の期間)	<u>2,359点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,664点</u>
	(31日以上)	<u>2,871点</u>
	小児入院医療管理料3	
	(14日以内の期間)	<u>1,933点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,238点</u>
	(31日以上)	<u>2,445点</u>
	小児入院医療管理料4	
	(14日以内の期間)	<u>1,294点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>1,599点</u>
	(31日以上)	<u>1,806点</u>
	小児入院医療管理料5	
	(14日以内の期間)	<u>319点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>624点</u>
	(31日以上)	<u>831点</u>
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定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病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、 <u>当該基準に係る区分</u> <u>に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1</u>	

げる一類感 染症患者入 院医療管理 料	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,519点</u>
	(31日以上)	<u>6,726点</u>
区分番号A 307に掲 げる小児入 院医療管理 料	小児入院医療管理料	
	小児入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	<u>2,856点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>3,161点</u>
	(31日以上)	<u>3,368点</u>
	小児入院医療管理料2	
	(14日以内の期間)	<u>2,330点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,635点</u>
	(31日以上)	<u>2,842点</u>
	小児入院医療管理料3	
	(14日以内の期間)	<u>1,909点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>2,214点</u>
	(31日以上)	<u>2,421点</u>
	小児入院医療管理料4	
	(14日以内の期間)	<u>1,277点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>1,582点</u>
	(31日以上)	<u>1,789点</u>
	小児入院医療管理料5	
	(14日以内の期間)	<u>312点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>617点</u>
	(31日以上)	<u>824点</u>
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定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病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、 <u>1日につき100点を所</u> <u>定点数に加算する。</u>	



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

2 (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定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病院に入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。)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

4～6 (略)

7 基本診療料の施設基準等第九の九の(10)に規定す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8に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。

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の体制その他の事項につき基本診療料の施設

(新設)

(新設)

2 (略)

3 基本診療料の施設基準等第九の九の(8)に規定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病院に入院している患者(小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

4～6 (略)

(新設)

(新設)

基準等第九の九の(四)に規定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。

6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4に規定する病院及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	<u>8,414点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,438点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,080点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,338点</u>
	(削る)	
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	<u>9,993点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,877点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,559点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,817点</u>
	(削る)	
	救命救急入院料3	

6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4に規定する病院及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A	救命救急入院料	
300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	<u>8,391点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>7,418点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>6,065点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>6,323点</u>
	(31日以上の間)	<u>6,515点</u>
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	<u>9,970点</u>
	(4日以上7日以内の期間)	<u>8,854点</u>
	(8日以上14日以内の期間)	<u>7,539点</u>
	(15日以上30日以内の期間)	<u>7,797点</u>
	(31日以上の間)	<u>7,989点</u>
	救命救急入院料3	

	イ 救命救急入院料 (3日以内の期間) <u>8,414点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>7,438点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>6,080点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,338点</u> (削る)
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (3日以内の期間) <u>8,414点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>7,438点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>6,502点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,760点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,952点</u>
	救命救急入院料4
	イ 救命救急入院料 (3日以内の期間) <u>9,993点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>8,877点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>7,559点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>7,817点</u> (削る)
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (3日以内の期間) <u>9,993点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>8,877点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>7,559点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,760点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,952点</u>
	注1～9 (略)
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料1 (7日以内の期間) <u>12,552点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>10,974点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>11,232点</u>

	イ 救命救急入院料 (3日以内の期間) <u>8,391点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>7,418点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>6,065点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,323点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,515点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (3日以内の期間) <u>8,391点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>7,418点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>6,486点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,744点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,936点</u>
	救命救急入院料4
	イ 救命救急入院料 (3日以内の期間) <u>9,970点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>8,854点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>7,539点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>7,797点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>7,989点</u>
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (3日以内の期間) <u>9,970点</u> (4日以上7日以内の期間) <u>8,854点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>7,539点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,744点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,936点</u>
	注1～9 (略)
区分番号A 301に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 特定集中治療室管理料1 (7日以内の期間) <u>12,379点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>10,801点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>11,059点</u>

(削る)	
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,552点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>10,974点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>11,232点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,552点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>11,174点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>11,432点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>11,624点</u>
特定集中治療室管理料 3	
(7日以内の期間)	<u>8,036点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,453点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,711点</u>
(削る)	
特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>8,036点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,453点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,711点</u>
(削る)	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>8,036点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,653点</u>

<u>(31日以上)</u> の期間	<u>11,251点</u>
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,379点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>10,801点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>11,059点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>11,251点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>12,379点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>11,001点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>11,259点</u>
(31日以上60日以内の期間)	<u>11,451点</u>
特定集中治療室管理料 3	
(7日以内の期間)	<u>7,865点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,286点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,544点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,736点</u>
特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,865点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,286点</u>
(15日以上30日以内の期間)	<u>6,544点</u>
<u>(31日以上)</u> の期間	<u>6,736点</u>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	<u>7,865点</u>
(8日以上14日以内の期間)	<u>6,486点</u>

	(15日以上30日以内の期間) <u>6,911点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>7,103点</u> <u>特定集中治療室管理料 5</u> (7日以内の期間) <u>7,036点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>5,453点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>5,711点</u> <u>特定集中治療室管理料 6</u> イ 特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) <u>7,036点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>5,453点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>5,711点</u> ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (7日以内の期間) <u>7,036点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>5,653点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>5,911点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,103点</u> 注1～4 (略) 5 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する病院であつて基本診療料の施設基準等第九の三の(9)に規定する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基本診療料の施設基準等第九の三の(10)に定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。
区分番号A 301-2 に掲げるハ	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料1 (14日以内の期間) <u>5,035点</u>

	(15日以上30日以内の期間) <u>6,744点</u> (31日以上60日以内の期間) <u>6,936点</u> (新設)  (新設)  注1～4 (略) (新設)
区分番号A 301-2 に掲げるハ	ハイケアユニット入院医療管理料 ハイケアユニット入院医療管理料1 (14日以内の期間) <u>5,023点</u>

イケアユニ ット入院医 療管理料	(15日以上21日以内の期間) <u>5,293点</u> ハイケアユニット入院医療管理料2 (14日以内の期間) <u>2,396点</u> (15日以上21日以内の期間) <u>2,654点</u> 注1・2 (略)
区分番号A 301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ 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 (14日以内の期間) <u>4,191点</u> 注1 基本診療料の施設基準等第九の五の ㉒に規定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。 2 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒ に規定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。
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) <u>14,508点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>12,402点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>12,660点</u> (31日以上55日以内の期間) <u>12,852点</u>

イケアユニ ット入院医 療管理料	(15日以上21日以内の期間) <u>5,281点</u> ハイケアユニット入院医療管理料2 (14日以内の期間) <u>2,392点</u> (15日以上21日以内の期間) <u>2,650点</u> 注1・2 (略)
区分番号A 301-3 に掲げる脳 卒中ケアユ 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 (14日以内の期間) <u>4,181点</u> 注1 基本診療料の施設基準等第九の五の ㉒に規定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。 2 基本診療料の施設基準等第九の五の㉒ に規定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。
区分番号A 301-4 に掲げる小 児特定集中 治療室管理	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) <u>14,485点</u> (8日以上14日以内の期間) <u>12,379点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>12,637点</u> (31日以上55日以内の期間) <u>12,829点</u>

料	<p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑦に規定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。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑧に規定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。</p>
区分番号A 302に掲げる新生児 特定集中治 療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) <u>8,730点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,988点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,180点</u></p> <p>新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,618点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,876点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,068点</u></p>
区分番号A 302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管 理料

料	<p>注1 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑥に規定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。</p> <p>2 基本診療料の施設基準等第九の五の二の⑨に規定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。</p>
区分番号A 302に掲げる新生児 特定集中治 療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) <u>8,707点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>8,965点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>9,157点</u></p> <p>新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) <u>6,602点</u> (15日以上30日以内の期間) <u>6,860点</u> (31日以上110日以内の期間) <u>7,052点</u></p>
(新設)	(新設)

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	(7日以内の期間)	12,685点
区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上110日以内の期間) 注 (略)	<u>5,563点</u> <u>8,730点</u> <u>8,988点</u> <u>9,180点</u>
区分番号A 303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上140日以内の期間)	<u>3,874点</u> <u>4,132点</u> <u>4,324点</u>
区分番号A 305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上の期間)	<u>7,559点</u> <u>6,551点</u> <u>6,743点</u>
区分番号A 307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料1 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間)	<u>2,953点</u> <u>3,211点</u>

区分番号A 303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	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 (14日以内の期間) 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上110日以内の期間) 注 (略)	<u>5,549点</u> <u>8,707点</u> <u>8,965点</u> <u>9,157点</u>
区分番号A 303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	新生児治療回復室入院医療管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上140日以内の期間)	<u>3,865点</u> <u>4,123点</u> <u>4,315点</u>
区分番号A 305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上の期間)	<u>7,539点</u> <u>6,534点</u> <u>6,726点</u>
区分番号A 307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料1 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間)	<u>2,918点</u> <u>3,176点</u>



料	(31日以上の期間)	3,403点
	小児入院医療管理料 2	
	(14日以内の期間)	2,421点
	(15日以上30日以内の期間)	2,679点
	(31日以上の期間)	2,871点
	小児入院医療管理料 3	
	(14日以内の期間)	1,995点
	(15日以上30日以内の期間)	2,253点
	(31日以上の期間)	2,445点
	小児入院医療管理料 4	
	(14日以内の期間)	1,356点
	(15日以上30日以内の期間)	1,614点
	(31日以上の期間)	1,806点
	小児入院医療管理料 5	
	(14日以内の期間)	381点
	(15日以上30日以内の期間)	639点
	(31日以上の期間)	831点
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定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病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、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
	2 (略)	
	3 基本診療料の施設基準等第九の九の (8)に規定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病院 に入院している患者（小児入院医療管	

料	(31日以上の期間)	3,368点
	小児入院医療管理料 2	
	(14日以内の期間)	2,392点
	(15日以上30日以内の期間)	2,650点
	(31日以上の期間)	2,842点
	小児入院医療管理料 3	
	(14日以内の期間)	1,971点
	(15日以上30日以内の期間)	2,229点
	(31日以上の期間)	2,421点
	小児入院医療管理料 4	
	(14日以内の期間)	1,339点
	(15日以上30日以内の期間)	1,597点
	(31日以上の期間)	1,789点
	小児入院医療管理料 5	
	(14日以内の期間)	374点
	(15日以上30日以内の期間)	632点
	(31日以上の期間)	824点
	注1 基本診療料の施設基準等第九の九の (7)に規定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病院 の病棟において小児入院医療管理が行 われた場合には、1日につき100点を所 定点数に加算する。	
	(新設)	
	(新設)	
	2 (略)	
	3 基本診療料の施設基準等第九の九の (8)に規定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病院 に入院している患者（小児入院医療管	

理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。)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

4～6 (略)

7 基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定す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8に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。

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の体制その他の事項につき基本診療料の施設基準等第九の九の(四)に規定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

理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定しているものに限る。)について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

4～6 (略)

(新設)

(新設)

て、156点を所定点数に加算する。

7 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の(5)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の(6)に規定する患者に該当する者(4の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	146点
104に掲げる特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)	10対1入院基本料	117点

8 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の(5)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の(6)に規定する患者に該当する者(5の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	136点
105に掲げる専門病院入院基本	10対1入院基本料	114点
	13対1入院基本料	95点

7 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の五の(5)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の(6)に規定する患者に該当する者(4の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	137点
104に掲げる特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)	10対1入院基本料	115点

8 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の六の(5)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の(6)に規定する患者に該当する者(5の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	133点
105に掲げる専門病院入院基本	10対1入院基本料	112点
	13対1入院基本料	94点

料

9 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する患者に該当する者（6の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	急性期一般入院料1	<u>135点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料1（月平均夜勤時間超過減算）	<u>115点</u>
	急性期一般入院料1（夜勤時間特別入院基本料）	<u>95点</u>
	急性期一般入院料2	<u>132点</u>
	急性期一般入院料2（月平均夜勤時間超過減算）	<u>112点</u>
	急性期一般入院料2（夜勤時間特別入院基本料）	<u>92点</u>
	急性期一般入院料3	<u>126点</u>
	急性期一般入院料3（月平均夜勤時間超過減算）	<u>107点</u>
	急性期一般入院料3（夜勤時間特別入院基本料）	<u>88点</u>
	急性期一般入院料4	<u>117点</u>
	急性期一般入院料4（月平均夜勤時間超過減算）	<u>99点</u>
	急性期一般入院料4（夜勤時間特別入院基本料）	<u>82点</u>
	急性期一般入院料5	<u>116点</u>

料

9 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であつて、退院が特定の時間帯に集中しているものとして基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する患者に該当する者（6の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	急性期一般入院料1	<u>132点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料1（月平均夜勤時間超過減算）	<u>112点</u>
	急性期一般入院料1（夜勤時間特別入院基本料）	<u>92点</u>
	急性期一般入院料2	<u>130点</u>
	急性期一般入院料2（月平均夜勤時間超過減算）	<u>110点</u>
	急性期一般入院料2（夜勤時間特別入院基本料）	<u>91点</u>
	急性期一般入院料3	<u>124点</u>
	急性期一般入院料3（月平均夜勤時間超過減算）	<u>105点</u>
	急性期一般入院料3（夜勤時間特別入院基本料）	<u>87点</u>
	急性期一般入院料4	<u>115点</u>
	急性期一般入院料4（月平均夜勤時間超過減算）	<u>98点</u>
	急性期一般入院料4（夜勤時間特別入院基本料）	<u>81点</u>
	急性期一般入院料5	<u>114点</u>

急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	99点
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	81点
急性期一般入院料 6	112点
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	95点
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	79点
地域一般入院料 1	94点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	80点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	66点
地域一般入院料 2	94点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	80点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	66点
地域一般入院料 3	80点
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	68点
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	56点
特別入院基本料	49点

10 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の五の⑦に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑧に規定する日（4の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	97点
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	80点
急性期一般入院料 6	111点
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	77点
地域一般入院料 1	93点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	79点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	65点
地域一般入院料 2	92点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	78点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	65点
地域一般入院料 3	79点
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	67点
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	55点
特別入院基本料	49点

10 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の五の⑦に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の五の⑧に規定する日（4の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	<u>146点</u>
104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	10対1入院基本料	<u>117点</u>

- 11 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の六の⑦に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑧に規定する日（5の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	<u>136点</u>
105に掲げる専門病院入院基本料	10対1入院基本料	<u>114点</u>
	13対1入院基本料	<u>95点</u>

- 12 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の二の⑧に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑨に規定する日（6の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	<u>137点</u>
104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）	10対1入院基本料	<u>115点</u>

- 11 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の六の⑦に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の⑧に規定する日（5の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	7対1入院基本料	<u>133点</u>
105に掲げる専門病院入院基本料	10対1入院基本料	<u>112点</u>
	13対1入院基本料	<u>94点</u>

- 12 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、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基本診療料の施設基準等第五の二の⑧に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の⑨に規定する日（6の表に掲げる点数を加算する日を除く。）の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料の

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	急性期一般入院料 1	<u>135点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>115点</u>
	急性期一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>95点</u>
	急性期一般入院料 2	<u>132点</u>
	急性期一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>112点</u>
	急性期一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>92点</u>
	急性期一般入院料 3	<u>126点</u>
	急性期一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>107点</u>
	急性期一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>88点</u>
	急性期一般入院料 4	<u>117点</u>
	急性期一般入院料 4 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>99点</u>
	急性期一般入院料 4 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>82点</u>
	急性期一般入院料 5	<u>116点</u>
	急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>99点</u>
	急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>81点</u>
	急性期一般入院料 6	<u>112点</u>
	急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>95点</u>

うち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

区分番号A	急性期一般入院料 1	<u>132点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>112点</u>
	急性期一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>92点</u>
	急性期一般入院料 2	<u>130点</u>
	急性期一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>110点</u>
	急性期一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>91点</u>
	急性期一般入院料 3	<u>124点</u>
	急性期一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>105点</u>
	急性期一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>87点</u>
	急性期一般入院料 4	<u>115点</u>
	急性期一般入院料 4 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>98点</u>
	急性期一般入院料 4 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>81点</u>
	急性期一般入院料 5	<u>114点</u>
	急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>97点</u>
	急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>80点</u>
	急性期一般入院料 6	<u>111点</u>
	急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>94点</u>

急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	79点
地域一般入院料 1	94点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	80点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	66点
地域一般入院料 2	94点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	80点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	66点
地域一般入院料 3	80点
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	68点
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	56点
特別入院基本料	49点

13 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の(9)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の(10)に規定する日(5の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

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。

区分番号A	7対1入院基本料	85点
-------	----------	-----

急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	77点
地域一般入院料 1	93点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	79点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	65点
地域一般入院料 2	92点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	78点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	65点
地域一般入院料 3	79点
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	67点
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	55点
特別入院基本料	49点

13 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の(10)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の(11)に規定する日(5の表に掲げる点数を加算するものを除く。)の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

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。

区分番号A	7対1入院基本料	83点
-------	----------	-----



105に掲げる専門病院入院基本料	10対1入院基本料	<u>71点</u>
	13対1入院基本料	<u>60点</u>

14 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(4)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する日（6の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

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。

区分番号A	急性期一般入院料1	<u>84点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料1（月平均夜勤時間超過減算）	<u>72点</u>
	急性期一般入院料1（夜勤時間特別入院基本料）	<u>59点</u>
	急性期一般入院料2	<u>82点</u>
	急性期一般入院料2（月平均夜勤時間超過減算）	<u>70点</u>
	急性期一般入院料2（夜勤時間特別入院基本料）	<u>58点</u>
	急性期一般入院料3	<u>78点</u>
	急性期一般入院料3（月平均夜勤時間超過減算）	<u>67点</u>
	急性期一般入院料3（夜勤時間特別入院基本料）	<u>55点</u>

105に掲げる専門病院入院基本料	10対1入院基本料	<u>70点</u>
	13対1入院基本料	<u>59点</u>

14 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(4)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する日（6の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

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。

区分番号A	急性期一般入院料1	<u>83点</u>
100に掲げる一般病棟入院基本料	急性期一般入院料1（月平均夜勤時間超過減算）	<u>70点</u>
	急性期一般入院料1（夜勤時間特別入院基本料）	<u>58点</u>
	急性期一般入院料2	<u>81点</u>
	急性期一般入院料2（月平均夜勤時間超過減算）	<u>69点</u>
	急性期一般入院料2（夜勤時間特別入院基本料）	<u>57点</u>
	急性期一般入院料3	<u>77点</u>
	急性期一般入院料3（月平均夜勤時間超過減算）	<u>66点</u>
	急性期一般入院料3（夜勤時間特別入院基本料）	<u>54点</u>

急性期一般入院料 4	<u>73点</u>
急性期一般入院料 4 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>62点</u>
急性期一般入院料 4 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>51点</u>
急性期一般入院料 5	<u>73点</u>
急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>62点</u>
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>51点</u>
急性期一般入院料 6	<u>70点</u>
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>60点</u>
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>49点</u>
地域一般入院料 1	<u>59点</u>
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>50点</u>
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>41点</u>
地域一般入院料 2	<u>59点</u>
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>50点</u>
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>41点</u>
地域一般入院料 3	<u>50点</u>
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>43点</u>
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>35点</u>
特別入院基本料	<u>31点</u>

急性期一般入院料 4	<u>72点</u>
急性期一般入院料 4 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>61点</u>
急性期一般入院料 4 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>50点</u>
急性期一般入院料 5	<u>71点</u>
急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>61点</u>
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>50点</u>
急性期一般入院料 6	<u>69点</u>
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>59点</u>
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>48点</u>
地域一般入院料 1	<u>58点</u>
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>49点</u>
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>41点</u>
地域一般入院料 2	<u>58点</u>
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>49点</u>
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>40点</u>
地域一般入院料 3	<u>49点</u>
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	<u>42点</u>
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	<u>35点</u>
特別入院基本料	<u>30点</u>

15 (略)

16 退院の日、第5項第4号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからカまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までににおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を調整日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

17～19 (略)

20 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、機能評価係数Ⅱ、救急補正係数及び激変緩和係数と、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

15 (略)

16 退院の日、第5項第4号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室において本表により療養に要する費用の額を算定している患者がこれら以外の病棟若しくは病室に転棟若しくは転室する日（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室において診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定している患者が同号イからワまでに掲げる区分番号に係る届出を行っている病棟若しくは病室又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟以外の病棟若しくは病室へ転棟又は転室する日を含む。）の前日又は入院日（日）Ⅲを超える日の前日（以下「調整日」という。）における療養に適用する診断群分類区分と調整日の前日までににおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、調整日の属する月の前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について調整日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を調整日の属する月の分の費用の額を算定する際の点数において調整する。

17～19 (略)

20 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数と、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和六年六月一日施行】

改正後	改正前
<p>(揭示)</p> <p>第二条の六 (略)</p> <p>2  保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>5  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(生活療養)</p> <p>第五条の三の二 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>5  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第五条の四 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p>	<p>(揭示)</p> <p>第二条の六 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(生活療養)</p> <p>第五条の三の二 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第五条の四 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(新設)</p>

(傍線部分は改正部分)

# 処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	（枝番）

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日	明大昭平令	年 月 日	男・女	電話番号			
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 <span style="float: right;">㊞</span>			
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード				

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可 <small>（医療上必要）</small>	患者希望	<p>個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p> <p style="text-align: center;">リフィル可 <input type="checkbox"/> （ 回）</p>

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
	<p style="text-align: center;">保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤                      <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供             </p>	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

1回目調剤日（ 年 月 日）   
  2回目調剤日（ 年 月 日）   
  3回目調剤日（ 年 月 日）  
 次回調剤予定日（ 年 月 日）     
 次回調剤予定日（ 年 月 日）

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# 処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	（枝番）			

患 者	氏 名				保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称				
	生年月日	明大昭平令	年 月 日	男・女	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>				
		都道府県番号		点数表番号	医療機関コード				

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						

備 考	保険医署名 <span style="font-size: small;">（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</span>			
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供			

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

改正後	改正前
<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。 )又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。 )に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。 )又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。 )に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>3 (略)</p>



改正後	改正前
<p>（揭示）</p> <p>第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第四条の三第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</u></p> <p>2  保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（患者負担金の受領）</p> <p>第四条（略）</p> <p>2 保険薬局は、<u>法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養</u>（以下「評価療養」という。）、<u>同項第四号に規定する患者申出療養</u>（以下「患者申出療養」という。）、<u>又は同項第五号に規定する選定療養</u>（以下「選定療養」という。）<u>に</u>関し、当該療養に要する費用の範囲内において、<u>法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</u></p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第四条の三 保険薬局は、<u>評価療養、患者申出療養又は選定療養</u>に<u>関して</u>第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</p> <p>2  保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を揭示しなければならない。</p>	<p>（揭示）</p> <p>第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p>（新設）</p> <p>（患者負担金の受領）</p> <p>第四条（略）</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に<u>関し</u>、当該療養に要する費用の範囲内において、<u>法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</u></p> <p>（新設）</p>

3| 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(患者負担金の受領) 第四条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)<u>又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)</u>に<u>関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関する額は、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p>	<p>(患者負担金の受領) 第四条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)<u>又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)</u>に<u>関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</u></p>

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）

【令和六年六月一日施行】

<p style="text-align: center;">改 正 後</p>	<p style="text-align: center;">改 正 前</p>
<p style="text-align: center;">(管理者)</p> <p>第三条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2・3 (略)</p> <p style="text-align: center;">(明細書の交付)</p> <p>第十三条の二 指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。</p> <p>2  指定訪問看護事業者は、公費負担医療（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成四年厚生省令第五号）第一条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。</p> <p style="text-align: center;">(指定訪問看護の具体的取扱方針)</p> <p>第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p>	<p style="text-align: center;">(管理者)</p> <p>第三条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2・3 (略)</p> <p style="text-align: center;">(新設)</p> <p style="text-align: center;">(指定訪問看護の具体的取扱方針)</p> <p>第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p>

（傍線部分は改正部分）

一・二 (略)

三 指定訪問看護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

四 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

五〇七 (略)

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

一〇六 (略)

七 虐待の防止のための措置に関する事項

八 (略)

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（次項において単に「重要事項」という。）を揭示しなければならない。

2| 指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

一・二 (略)

(新設)

(新設)

三〇五 (略)

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

一〇六 (略)

(新設)

七 (略)

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を揭示しなければならない。

(新設)

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（揭示）</p> <p>第二条の六（略）</p> <p>2  保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（食事療養）</p> <p>第五条の三（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>5  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（生活療養）</p> <p>第五条の三の二（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>5  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第五条の四（略）</p> <p>2（略）</p> <p>3  保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（揭示）</p>	<p>（揭示）</p> <p>第二条の六（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（食事療養）</p> <p>第五条の三（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（生活療養）</p> <p>第五条の三の二（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第五条の四（略）</p> <p>2（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（揭示）</p>

<p>第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第二十六条の六第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</p> <p>2  保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第二十六条の六 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第二十六条の四第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</p> <p>2  保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。</p> <p>3  保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p>	<p>第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</p> <p>2 (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養(以下「食事療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養(以下「生活療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)と同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p> <p>(一部負担金の受領等) 第二十六条の四 (略)</p> <p>2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p>	<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養(以下「食事療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養(以下「生活療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)と同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。</p> <p>(一部負担金の受領等) 第二十六条の四 (略)</p> <p>2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。</p>



厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>第一条 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三條第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四條第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～四 （略）</p> <p>五 医薬品医療機器等法第二十三條の二の五第一項又は第二十三條の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内）当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術の評価に当たって、当該技術と類似する他の技術の評価、当該医療機器又は体外診断用医薬品を用いた医療の提供の方法その他の当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術に関連する事項と一体的な検討が必要と認められる技術（以下「評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術」という。）を活用した医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年以内）に行われるものに限る。第八号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。）</p> <p>五の二 医薬品医療機器等法第二十三條の二十五第一項又は第二十三條の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める</p>	<p>第一条 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三條第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四條第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～四 （略）</p> <p>五 医薬品医療機器等法第二十三條の二の五第一項又は第二十三條の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。）</p> <p>五の二 医薬品医療機器等法第二十三條の二十五第一項又は第二十三條の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める</p>

施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用した再生医療等製品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年以内）に行われるものに限る。）

六〇七の二（略）

八 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係るプログラム医療機器の使用又は支給（次の各号に掲げるプログラム医療機器の区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。）

- イ 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項若しくは第二十三条の二の十七第一項の規定による承認（医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた後に、改めて承認を受ける場合（使用目的、効果又は使用方法が変更される場合に限る。）における当該承認に限る。以下「医療機器承認」という。）又は同法第二十三条の二の五第十五項（第二十三条の二の十七第五項において準用する場合を含む。）の規定により承認を受けた事項の一部を変更しようとする場合（使用目的、効果又は使用方法を変更しようとする場合に限る。）における承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）を受けようとする、又は受けた者が製造販売した当該医療機器承認若しくは医療機器一部変更承認に係るプログラム医療機器（保険適用を希望するものに限る。）であつて、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間
- （1）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において、別に厚生労働大臣が定める条件
- （2）保険適用を希望した日から起算して二百四十日が経過す

施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。）

六〇七の二（略）

（新設）

<p>るまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>ロ 現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであつて、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める条件</p> <p>(2) 当該申請を行った日から起算して二百四十日が経過するまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十一 （略）</p> <p>十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であつて、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用</p> <p>十三 間歇（<small>くわく</small>）スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）</p> <p>十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解</p>	<p>るまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>ロ 現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであつて、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める条件</p> <p>(2) 当該申請を行った日から起算して二百四十日が経過するまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十一 （略）</p> <p>十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であつて、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用</p> <p>十三 間歇（<small>くわく</small>）スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）</p> <p>十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解</p>
<p>るまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>ロ 現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであつて、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める条件</p> <p>(2) 当該申請を行った日から起算して二百四十日が経過するまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十一 （略）</p> <p>十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であつて、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用</p> <p>十三 間歇（<small>くわく</small>）スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）</p> <p>十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解</p>	<p>るまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>ロ 現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであつて、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める条件</p> <p>(2) 当該申請を行った日から起算して二百四十日が経過するまでの間（評価に当たつて他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年が経過するまでの間）であつて別に厚生労働大臣が定める期間</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 十一 （略）</p> <p>十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であつて、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用</p> <p>十三 間歇（<small>くわく</small>）スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）</p> <p>十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解</p>



保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【令和六年十月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改 正 後		改 正 前	
別表第二		別表第二	
(略)	(略)	(略)	(略)
<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</p>	<p>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</p>		

別紙9

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
別表 食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一 食事療養 1 入院時食事療養Ⅰ（1食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>670円</u> (2) 流動食のみを提供する場合 <u>605円</u> 注 (略) 2 入院時食事療養Ⅱ（1食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>536円</u> (2) 流動食のみを提供する場合 <u>490円</u> 注 (略) 第二 生活療養 1 入院時生活療養Ⅰ (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき） イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 <u>584円</u> ロ 流動食のみを提供する場合 <u>530円</u> (2) (略) 注 (略) 2 入院時生活療養Ⅱ (1) 食事の提供たる療養（1食につき） <u>450円</u> (2) (略) 注 (略)	別表 食事療養及び生活療養の費用額算定表 第一 食事療養 1 入院時食事療養Ⅰ（1食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>640円</u> (2) 流動食のみを提供する場合 <u>575円</u> 注 (略) 2 入院時食事療養Ⅱ（1食につき） (1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>506円</u> (2) 流動食のみを提供する場合 <u>460円</u> 注 (略) 第二 生活療養 1 入院時生活療養Ⅰ (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（1食につき） イ ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 <u>554円</u> ロ 流動食のみを提供する場合 <u>500円</u> (2) (略) 注 (略) 2 入院時生活療養Ⅱ (1) 食事の提供たる療養（1食につき） <u>420円</u> (2) (略) 注 (略)