

# 診療報酬の算定方法

## 1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1章 基本診療料  第1部 初・再診料  第1節 初診料  A000 初診料  【注の見直し】         【注の削除】	注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。         注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。	注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。         (削除)

第2節 再診料

A001 再診料

【項目の見直し】

1 病院の場合	60点	→	69点
2 診療所の場合	71点		

外来管理加算  
P105~106  
+9点

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

地域医療貢献加算  
p107,172,207,259

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。

【注の追加】

(追加)

明細書発行体制等加算  
p172,208,244~251,259

注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に適合してい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。）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、所定点数に1点を加算する。

A002 外来診療料

【注の見直し】

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005(9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

ニ〜ツ (略)

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005(9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

ニ〜ツ (略)

【注の見直し】

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

	<p>ラ 退院調整加算                  ム 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算                  ウ 後期高齢者総合評価加算</p>		<p>ラ 慢性期病棟等退院調整加算                  ム 総合評価加算                  ウ 後発医薬品使用体制加算</p>																					
<p>A103 精神病棟入院基本料（1日につき）</p>			<p>新設 p179~180,260,263</p>																					
<p>【項目の追加】</p>	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>18対1入院基本料</td> <td>712点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>20対1入院基本料</td> <td>658点</td> </tr> </table>	2	15対1入院基本料	800点	3	18対1入院基本料	712点	4	20対1入院基本料	658点	<p>→</p>	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>13対1入院基本料</td> <td>920点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>15対1入院基本料</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>18対1入院基本料</td> <td>712点</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>20対1入院基本料</td> <td>658点</td> </tr> </table>	2	13対1入院基本料	920点	3	15対1入院基本料	800点	4	18対1入院基本料	712点	5	20対1入院基本料	658点
2	15対1入院基本料	800点																						
3	18対1入院基本料	712点																						
4	20対1入院基本料	658点																						
2	13対1入院基本料	920点																						
3	15対1入院基本料	800点																						
4	18対1入院基本料	712点																						
5	20対1入院基本料	658点																						
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。</p>	<p>→</p>	<p>注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550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であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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。）</p>																					

初期加算

く。)について、適合しなくなった直近3月に限り、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間	459点
(特別入院基本料については、300点)	
ロ 15日以上30日以内の期間	242点
(特別入院基本料については、155点)	
ハ 31日以上90日以内の期間	125点
(特別入院基本料については、100点)	
ニ 91日以上180日以内の期間	20点
(特別入院基本料については、15点)	
ホ 181日以上1年以内の期間	5点

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間	465点
(特別入院基本料等については、300点)	
ロ 15日以上30日以内の期間	250点
(特別入院基本料等については、155点)	
ハ 31日以上90日以内の期間	125点
(特別入院基本料等については、100点)	
ニ 91日以上180日以内の期間	10点
ホ 181日以上1年以内の期間	3点

+6点  
+8点  
±0点  
▲10点  
▲2点

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ〜リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル〜ナ (略)

ラ 精神科身体合併症管理加算

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ〜リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ル〜ナ (略)

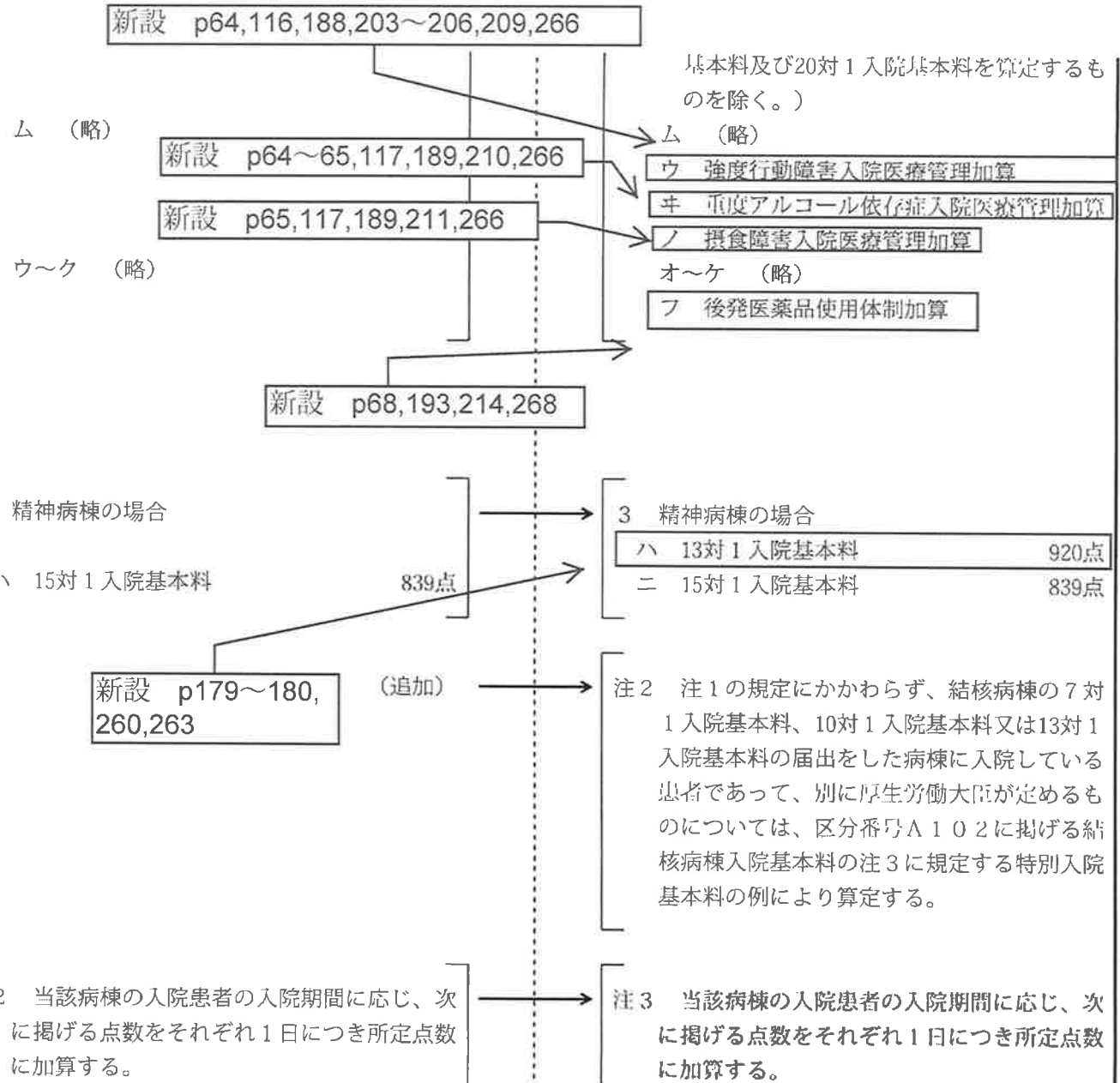
ラ 精神科身体合併症管理加算(18対1入院

A104 特定機能病院入院基本料  
(1日につき)

【項目の追加】

【注の追加】

【注の見直し】



初期加算

ハ 精神病棟の場合

(1) 14日以内の期間	499点
(2) 15日以上30日以内の期間	242点
(3) 31日以上90日以内の期間	125点
(4) 91日以上180日以内の期間	40点
(5) 181日以上1年以内の期間	20点

ハ 精神病棟の場合

(1) 14日以内の期間	505点
(2) 15日以上30日以内の期間	250点
(3) 31日以上90日以内の期間	125点
(4) 91日以上180日以内の期間	30点
(5) 181日以上1年以内の期間	15点

+6点  
+8点  
±0点  
▲10点  
▲5点

【注の追加】

(追加)

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ハ （略）

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ハ （略）  
ト 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）

ト・チ (略)

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ヌ 新生児入院医療管理加算(一般病棟に限る。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ク (略)

ヤ・マ (略)

ケ～テ (略)

ア 退院調整加算(結核病棟及び後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

チ・リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ル 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ク (略)

ヤ 強度行動障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

マ 重度アルコール依存症入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

ケ 摂食障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

フ・コ (略)

エ 栄養サポートチーム加算(一般病棟に限る。)

テ～ユ (略)

メ 慢性期病棟等退院調整加算(結核病棟及び一般病棟(特定入院基本料を算定するものに限る。))に限る。)

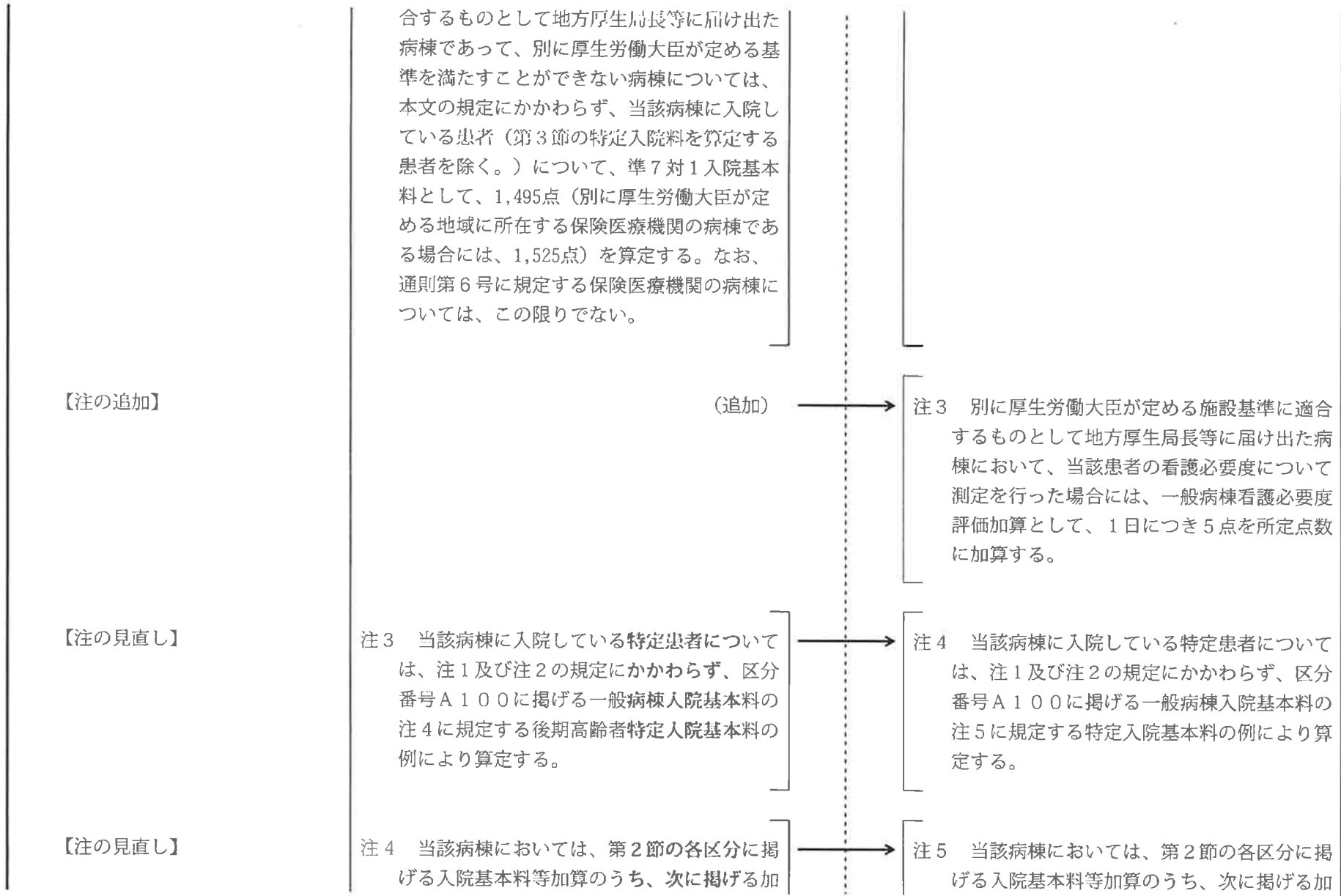
ミ 急性期病棟等退院調整加算(一般病棟(特定入院基本料を算定するものを除く。))に限る。)

シ 新生児特定集中治療室退院調整加算(一般病棟に限る。)

エ 救急搬送患者地域連携紹介加算(一般病棟に限る。)



	<p>サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（精神病棟を除く。）</p> <p>キ 後期高齢者総合評価加算（精神病棟を除く。）</p> <p>ユ 後期高齢者退院調整加算（一般病棟（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）</p>		<p>ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）</p> <p>モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）</p> <p>セ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）</p>
<p>A105 専門病院入院基本料（1日につき）</p>			
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p>→</p>	<p>注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。</p>



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・リ (略)

ヌ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

ウ～オ (略)

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

マ 後期高齢者総合評価加算

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 急性期看護補助体制加算(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。)

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

キ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算(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。)

ヤ～フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものに限る。)

エ 急性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

テ 新生児特定集中治療室退院調整加算

ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

A106 障害者施設等入院基本料  
(1日につき)

【注の追加】

【注の見直し】

【注の見直し】

ケ 後期高齢者退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

キ 呼吸ケアチーム加算

ク 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

(追加)

注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定した者である場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

注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。

本料（1日につき）

【注の追加】

【注の見直し】

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算（1日につき）

【名称の見直し】

（追加）

注5 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〜ル（略）  
ヲ 退院調整加算  
ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

入院時医学管理加算（1日につき）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注6 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〜ル（略）  
ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

総合入院体制加算（1日につき）

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児  
救急医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

滞手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

p114,184

1	救急医療管理加算	600点	→	800点
2	乳幼児救急医療管理加算	150点		200点

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、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（特別入院基本料を含む。）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、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。

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。）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、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。

A 2 2 6-2 緩和ケア診療加算 (1日につき)

【点数の見直し】

A 2 3 0-2 精神科地域移行実施加算 (1日につき)

【点数の見直し】

A 2 3 0-3 精神科身体合併症管理加算 (1日につき)

【項目の見直し】

- 1 区分番号 A 3 1 1 に掲げる精神科救急入院料、区分番号 A 3 1 1-2 に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号 A 3 1 4 に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合  
300点
- 2 区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料 (10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。) 及び区分番号 A 1 0 4 に掲げる特定機能病院入院基本料 (精神病棟に限る。) を算定している患者の場合  
200点

p187

300点 → 400点

+5点  
p116,187

5点 → 10点

p116,188

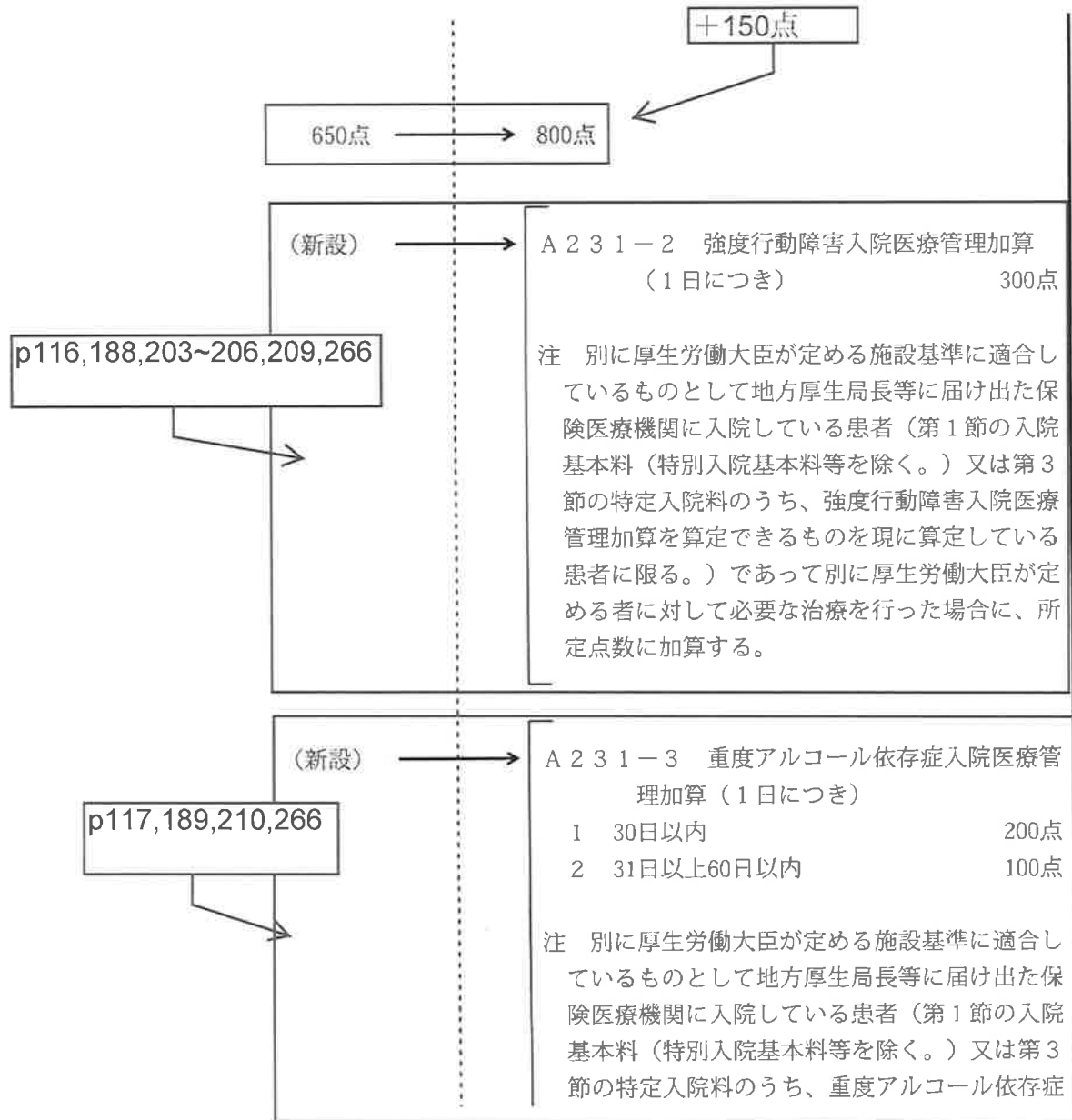
350点

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

【新設】





【新設】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算  
(入院初日)

【点数の見直し】

p117,189,211,266

(新設)

入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4 摂食障害入院医療管理加算 (1日につき)

1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

400点 → 500点

【新設】

(新設)

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算 (週 1 回  
200点)

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

p118,191~192,212,267

A 2 3 4 医療安全対策加算 (入院初日)

【項目の見直し】

50点

1	医療安全対策加算 1	85点
2	医療安全対策加算 2	35点

【注の追加】

p118,191~192,212,267

(追加)

注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

【注の追加】

感染防止対策加算  
p118~119,191~192,  
,213,267

(追加)

注2 組織的な感染防止対策に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算  
(1日につき)

【点数の見直し】

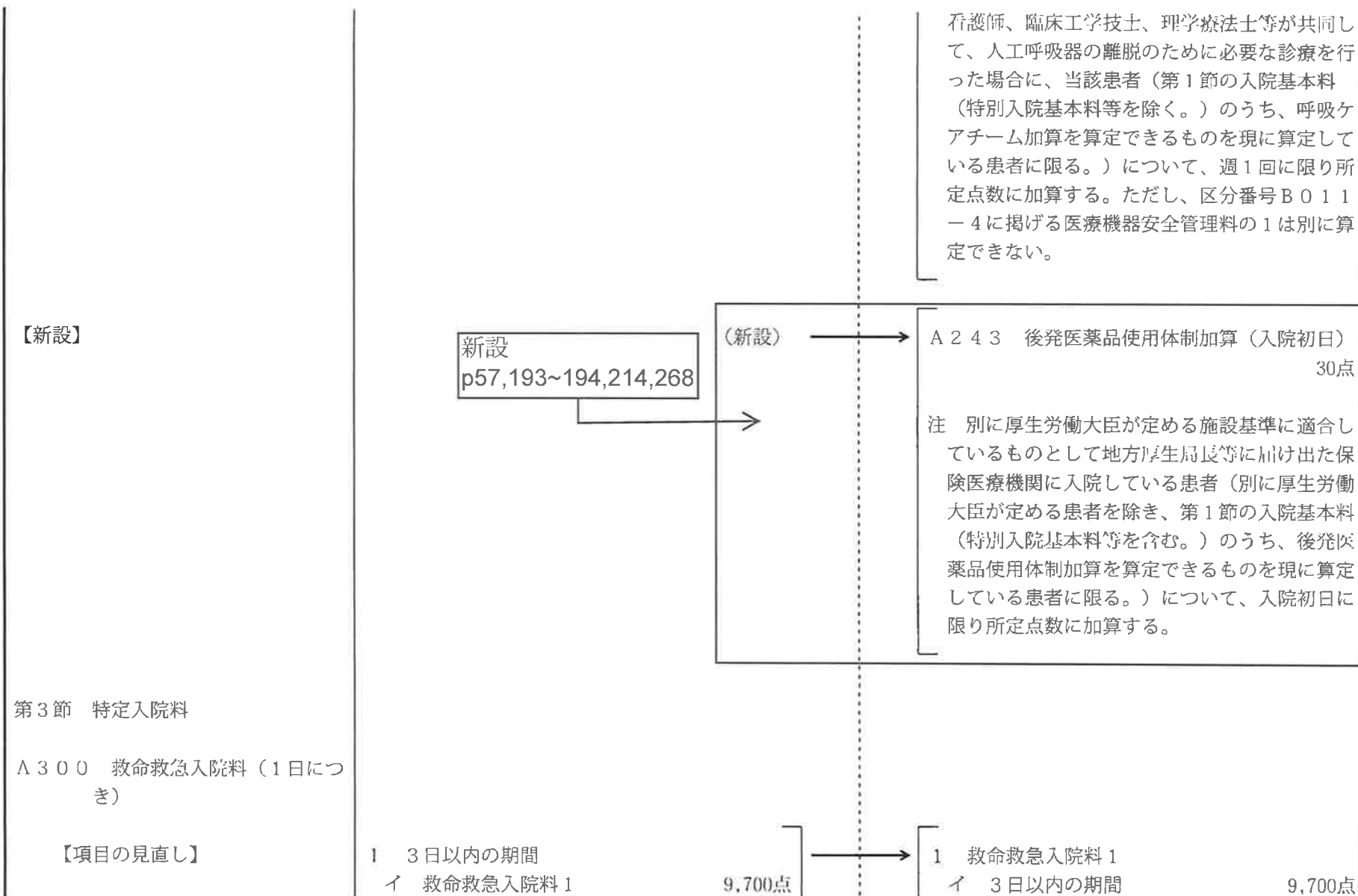
2,000点 → 3,000点

A 2 3 8 退院調整加算

【名称の見直し】

退院調整加算

→ 慢性期病棟等退院調整加算



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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（一般病棟に限る。）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。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、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患者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。

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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

注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、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、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、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患者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。

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1 イ 30日以内の期間	3,431点	→	3,451点
2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間	3,231点		3,251点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもと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、1日につき所定点数に10点を加算する。	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
		イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
		ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

p122

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科急性期治療病棟入院料 1 イ 30日以内の期間	1,900点	→	1,920点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間	1,800点		1,820点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、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、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

注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、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、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、**重度アルコール依存症入院医療管理加算**、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもと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、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

p122

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 30日以内の期間 3,431点 → 3,451点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもと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、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

p122

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,090点 → 1,050点

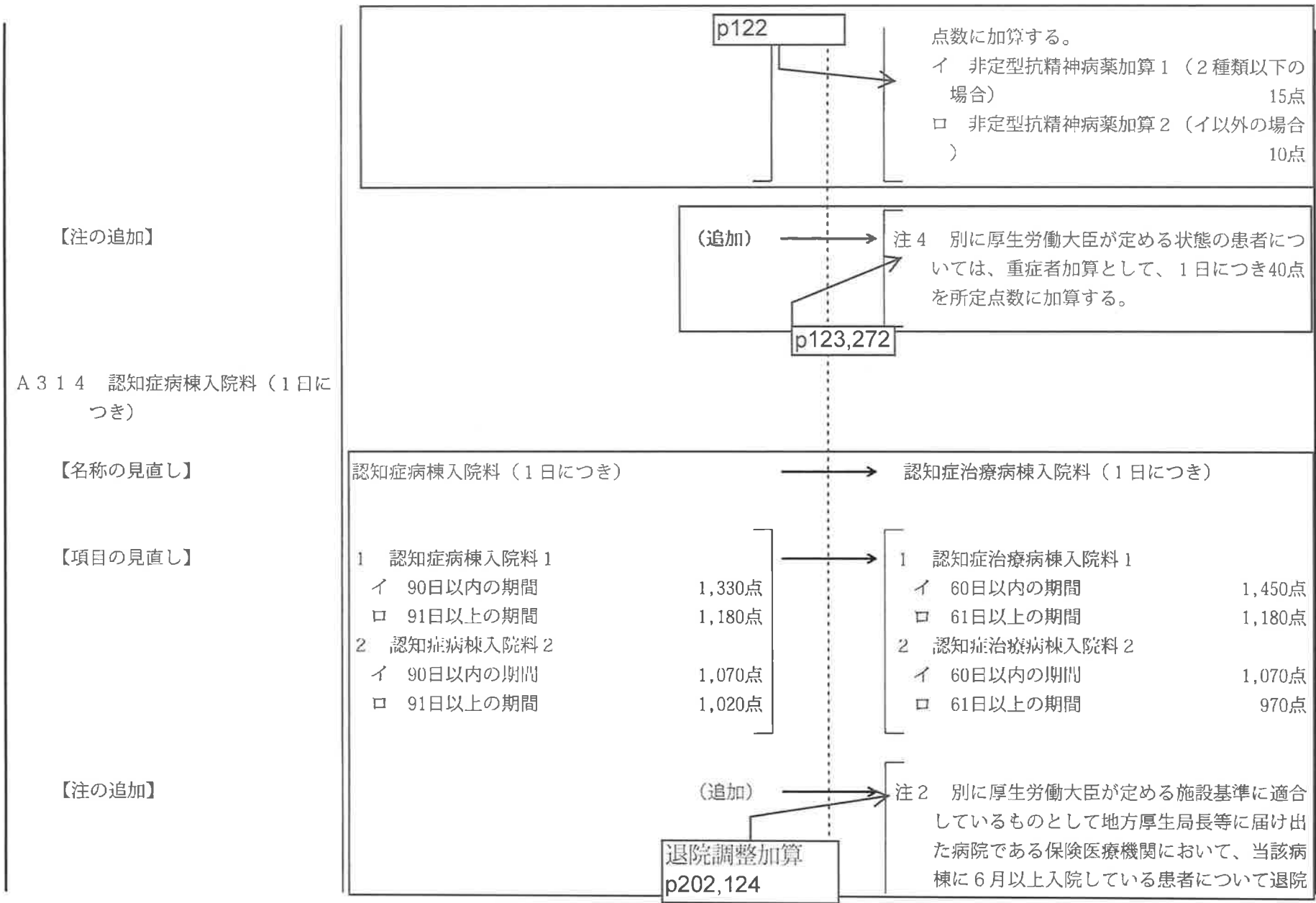
▲40点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもと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、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定





【注の見直し】

Λ 3 1 6 診療所後期高齢者医療管理  
料（1日につき）

【削除】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症病棟入院料に含まれるものとする。

- |   |                                      |        |
|---|--------------------------------------|--------|
| 1 | 14日以内の期間<br>(生活療養を受ける場合にあつては、1,066点) | 1,080点 |
| 2 | 15日以上期間<br>(生活療養を受ける場合にあつては、631点)    | 645点   |

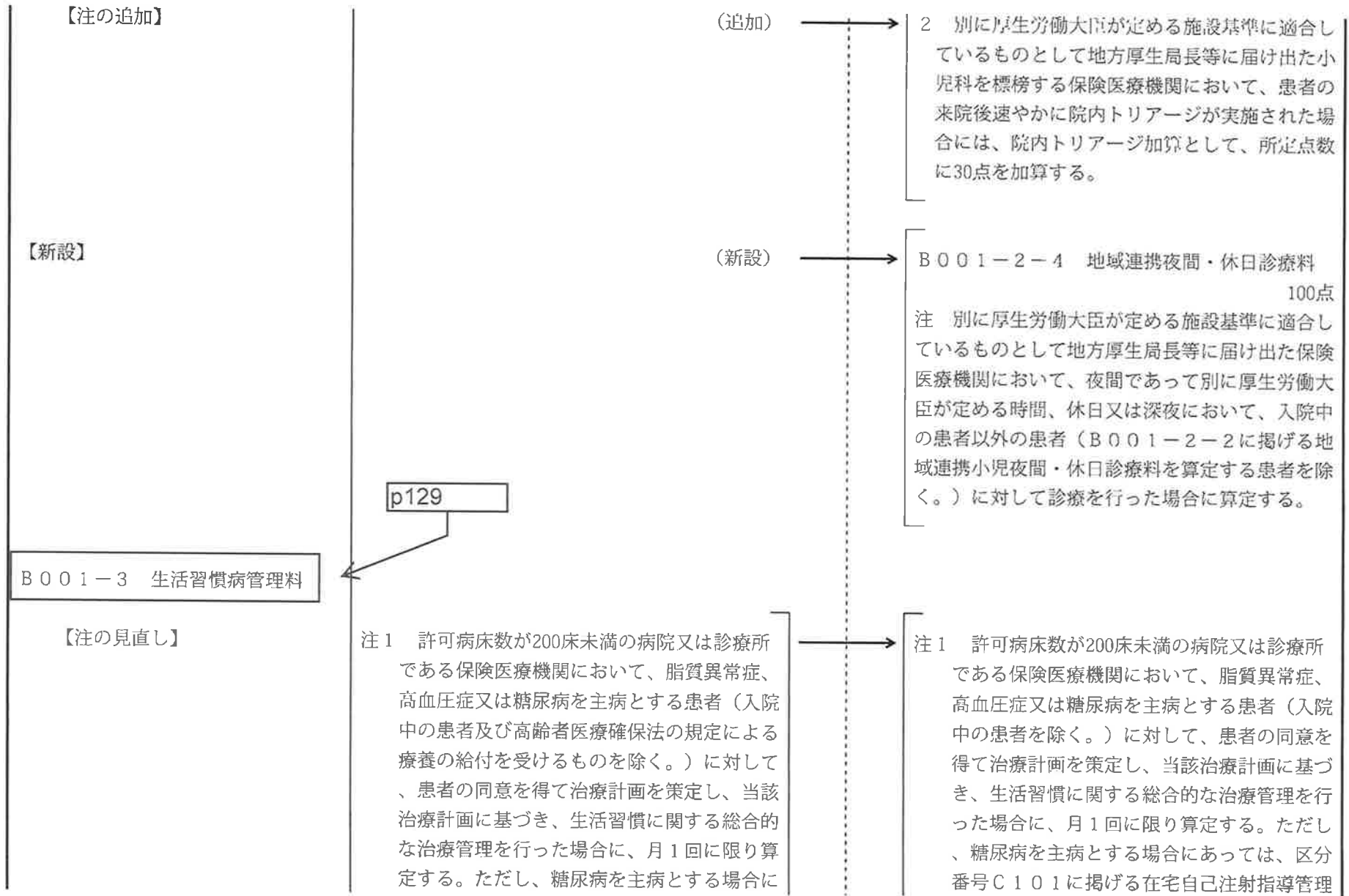
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。

支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。

注3 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、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料  【項目の見直し】  12 心臓ペースメーカー指導管理料  【項目の見直し】  【注の見直し】	イ 測定方法が一般的なもの 220点 ロ 測定方法が精密なもの 360点 (1) 1項目の場合 (2) 2項目以上の場合 400点  イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点  注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	イ 尿中BTAに係るもの 220点 ロ その他のもの 360点 (1) 1項目の場合 (2) 2項目以上の場合 400点  イ 遠隔モニタリングによる場合 460点  注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあっては4月に1回に限り、ロにあっ



B001-4 手術前医学管理料

【注の見直し】

については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスぺプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキ

料を算定しているときは、算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ （略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスぺプチダーゼ（ $\gamma$ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の追加】

【新設】

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析  
ホ～ヌ（略）

ル、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析  
ホ～ヌ（略）

（追加）

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したのに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。

P130～131

（新設）

B005-1-2 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、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と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者

B005-2 地域連携診療計画管理料

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

注1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）の費用は、所定点数に含まれるものと

【新設】

p133,230,241,277

(新設)

意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-7 認知症専門診断管理料 500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のもので、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。



【新設】

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

(新設)

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

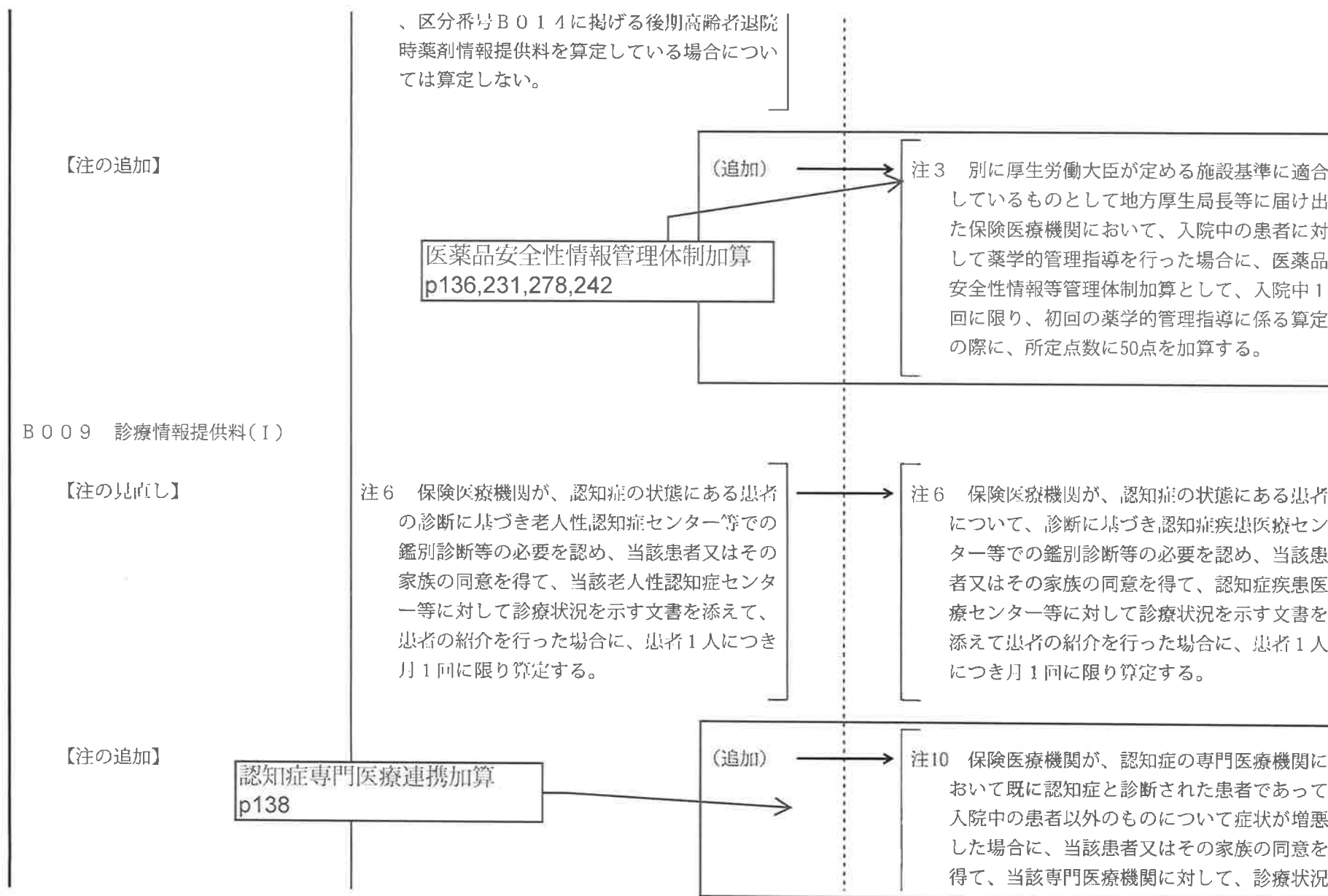
B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料  
700点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし

(削除)



【注の追加】

B011-3 薬剤情報提供料

【注の見直し】

B011-4 医療機器安全管理料

を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。

(追加)

注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。

p139

注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。 ▲2点

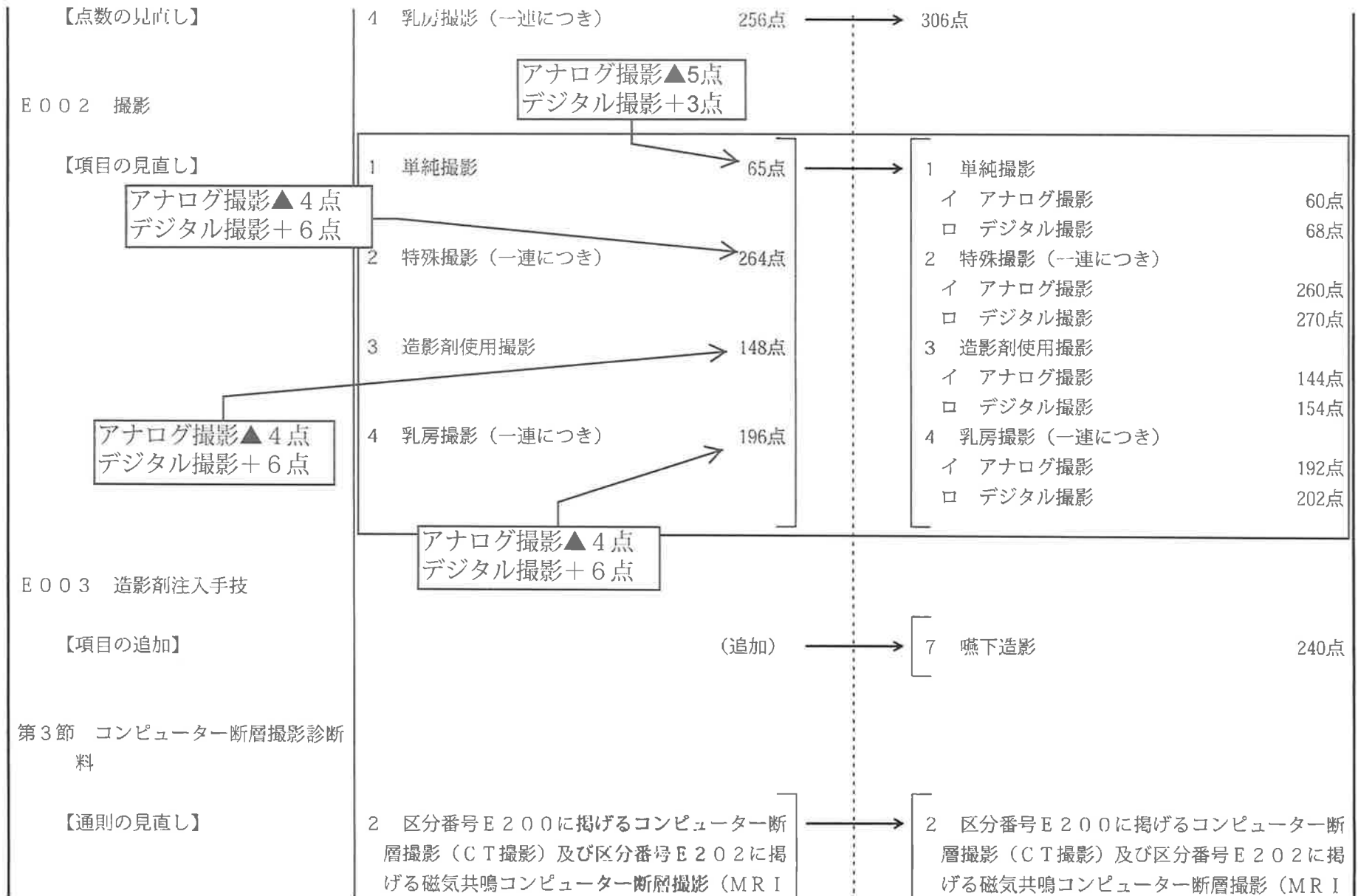
【点数の見直し】	<p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 50点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,000点</p>	<p>→</p>	<p>100点</p> <p>1,100点</p>
B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料	▲ 10点 p141		
【名称の見直し】	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	→	退院時薬剤情報管理指導料
【点数の見直し】	100点	→	90点
【注の見直し】	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	→	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 C000 往診料 【点数の見直し】 C001 在宅患者訪問診療料（1日につき） 【項目の見直し】 【注の見直し】	650点 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 830点 2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点 注1 1については、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（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規	720点 表現の変更 1 同一建物居住者以外の場合 830点 2 同一建物居住者の場合 200点 注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問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、2については、在宅で療養を行っている患

定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学

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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（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。）として算定する。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。

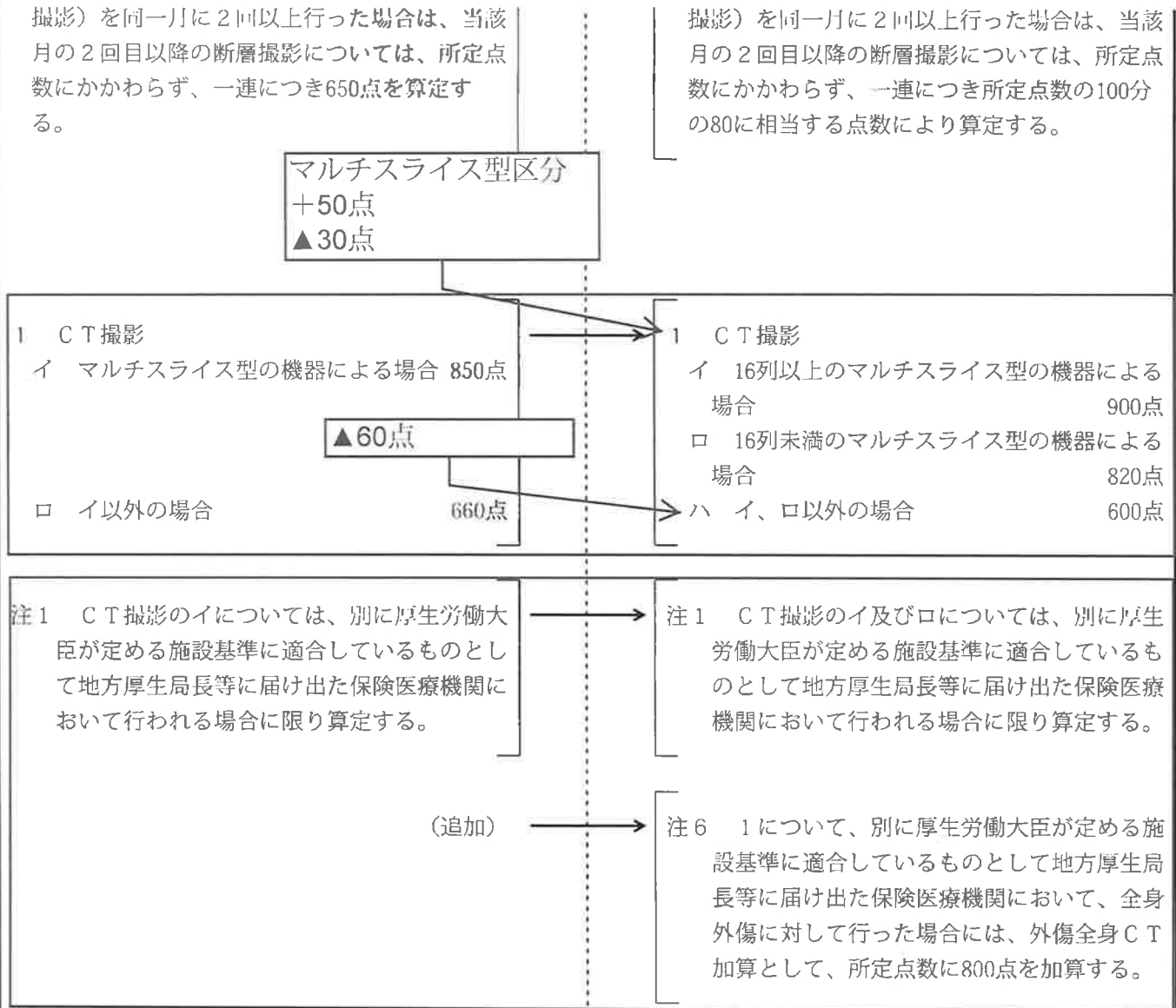
項 目	現 行	改 正 案																
第2章 特掲診療料 第4部 画像診断 第1節 エックス線診断料  【通則の削除】  【通則の見直し】  E001 写真診断	<p>4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について15点を加算する。</p> <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は算定しない。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 単純撮影の場合</td> <td>60点</td> </tr> <tr> <td>ロ 特殊撮影の場合</td> <td>64点</td> </tr> <tr> <td>ハ 造影剤使用撮影の場合</td> <td>72点</td> </tr> <tr> <td>ニ 乳房撮影の場合</td> <td>60点</td> </tr> </table>	イ 単純撮影の場合	60点	ロ 特殊撮影の場合	64点	ハ 造影剤使用撮影の場合	72点	ニ 乳房撮影の場合	60点	<p style="text-align: right;">デジタル映像化処理の加算廃止▲15点</p> <p>(削除)</p> <p>4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 単純撮影の場合</td> <td>57点</td> </tr> <tr> <td>ロ 特殊撮影の場合</td> <td>58点</td> </tr> <tr> <td>ハ 造影剤使用撮影の場合</td> <td>66点</td> </tr> <tr> <td>ニ 乳房撮影の場合</td> <td>54点</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">▲3点 ▲6点 ▲6点 ▲6点</p>	イ 単純撮影の場合	57点	ロ 特殊撮影の場合	58点	ハ 造影剤使用撮影の場合	66点	ニ 乳房撮影の場合	54点
イ 単純撮影の場合	60点																	
ロ 特殊撮影の場合	64点																	
ハ 造影剤使用撮影の場合	72点																	
ニ 乳房撮影の場合	60点																	
イ 単純撮影の場合	57点																	
ロ 特殊撮影の場合	58点																	
ハ 造影剤使用撮影の場合	66点																	
ニ 乳房撮影の場合	54点																	

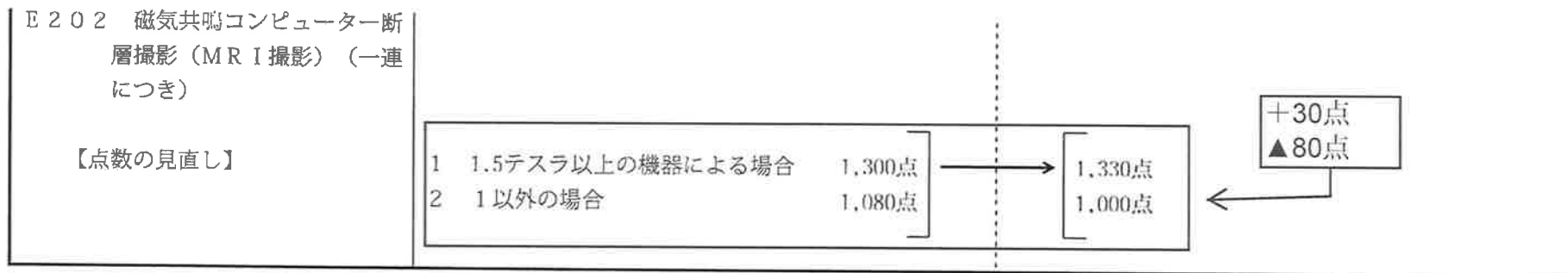




E 2 0 0 コンピューター断層撮影  
(CT撮影) (一連につき)

【項目の見直し】

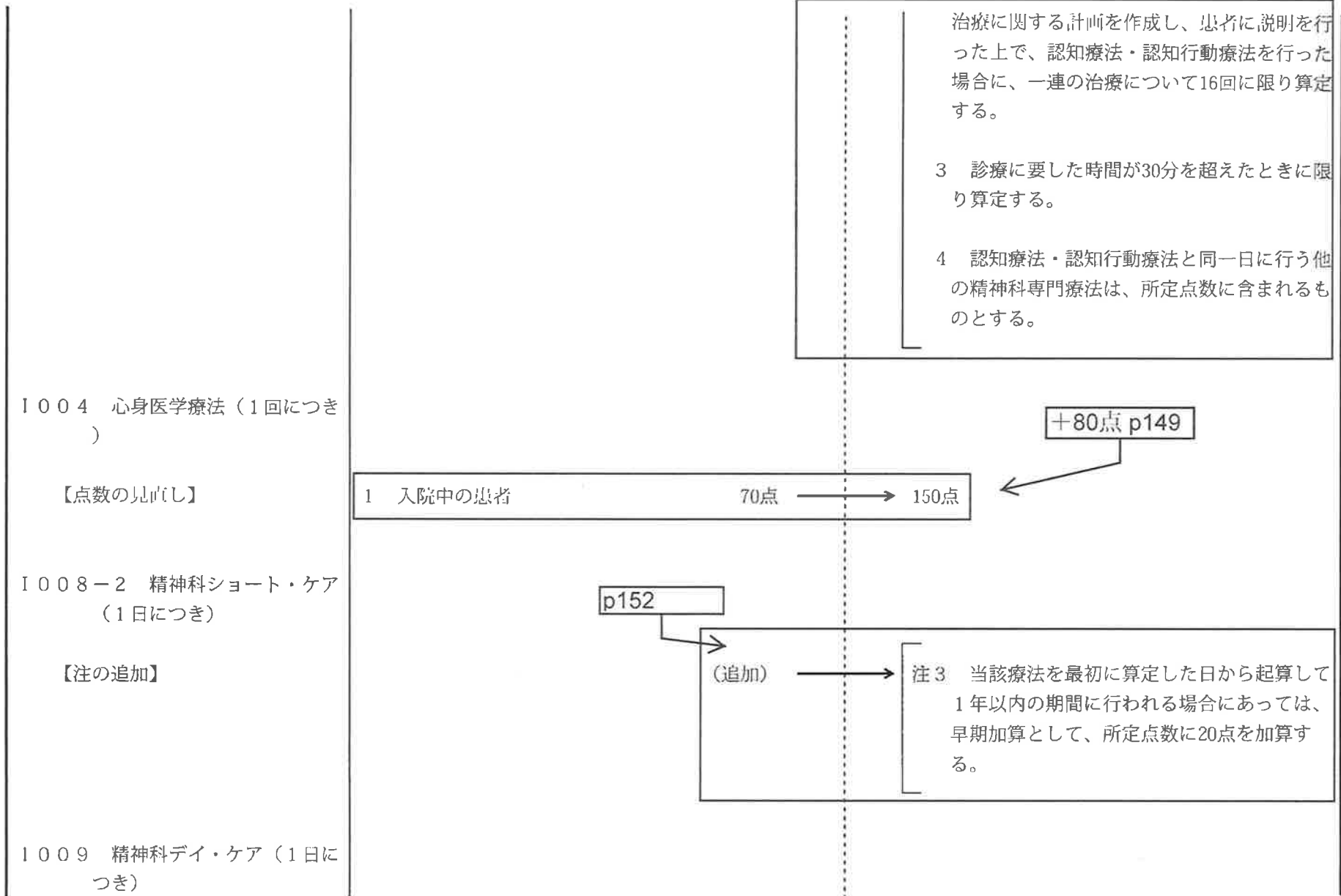


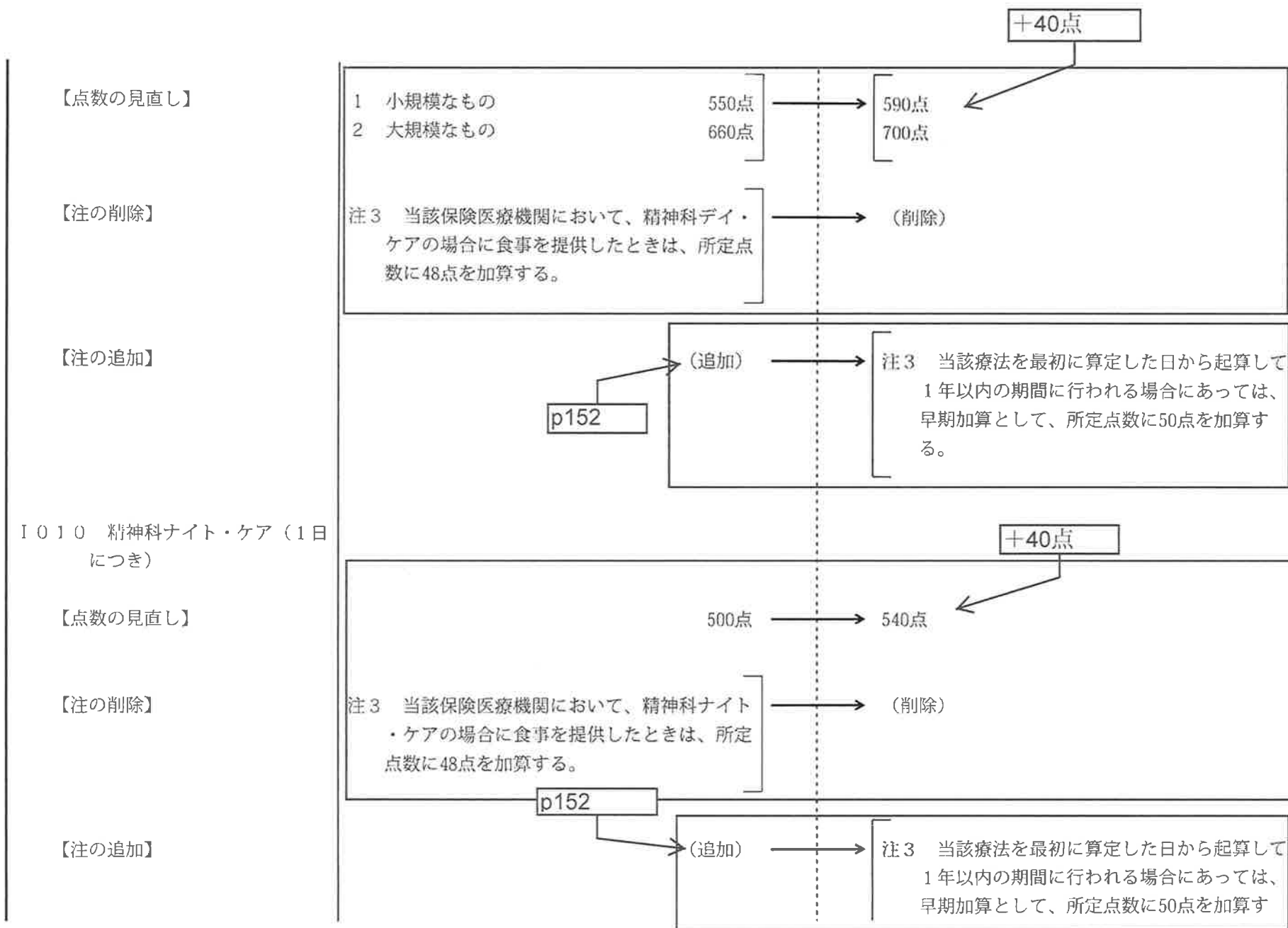


項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【注の追加】  第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【注の追加】	(追加)	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。  注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の

		<p>病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第8部 精神科専門療法 第1節 精神科専門療法料 I002 通院・在宅精神療法（1回につき）  【項目の見直し】          【新規】	<div data-bbox="1227 422 1749 507" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●診療所,病院とも30分以上+40点</li> <li>●診療所30分未満▲20点</li> </ul> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="678 582 1265 954" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           2 1 以外の場合            イ 病院の場合              (1) 30分以上の場合 360点              (2) 30分未満の場合 330点            ロ 診療所の場合              (1) 30分以上の場合 360点              (2) 30分未満の場合 350点         </div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 10px; height: 100%;"></div> <div data-bbox="1413 582 2004 954" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           2 1 以外の場合            イ 30分以上の場合 400点            ロ 30分未満の場合 330点         </div> </div> <div data-bbox="1137 981 2004 1339" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="1153 1007 1346 1157" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           (新規)             p149         </div> <div data-bbox="1413 981 2004 1339" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 420点             注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。             2 入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の         </div> </div> </div>	





I 0 1 0-2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

+40点

【注の削除】

注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。 → (削除)

【注の追加】

p152

(追加)

注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【注の見直し】

注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。

注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。



I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

【注の追加】

+40点 p156


(追加)

注2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

【注の削除】

注3 当該保険医療機関において、重度認知症患者デイ・ケア料を算定すべき重度認知症患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。

(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第9部 処置		
第1節 処置料		
J001-5 後期高齢者処置（1日につき）	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">+12点 p159</div>	
【名称の見直し】	後期高齢者処置（1日につき）	
【点数の見直し】	12点	24点
【注の見直し】	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</div>
J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）		
【名称の見直し】	後期高齢者精神病棟等処置料（1日につき）	精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（1日につき）

年齢にかかわらず+15点  
p159

【点数の見直し】

15点 → 30点

【注の見直し】

注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

【新設】

(新設)

J003 局所陰圧閉鎖処置(1日につき)  
1 被覆材を貼付した場合  
イ 100平方センチメートル未満 1,600点  
ロ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,680点  
ハ 200平方センチメートル以上 1,900点  
注 初回の貼付に限り、イにあつては1,690点を、ロにあつては2,650点を、ハにあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。  
2 その他の場合 900点

J011 骨髄穿刺

【点数の見直し】

1 胸骨

130点 → 260点