

別紙 1

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 A 0 0 0 初診料 【点数の見直し】 【注の見直し】	270点 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 500 以上である地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）	282点 注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が 500 以上である地域医療支援病院（同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文

であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、200点を算定する。

書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における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495号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条

【注の見直し】

注3 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135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。ただし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り141点（注2から注4までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注9までに規定する加算は算定しない。

第2節 再診料

A001 再診料

【点数の見直し】

69点 → 72点

【注の追加】

(追加)

注2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬

【注の見直し】

注2 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、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。

品の取引価格の妥結率が5割以下の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、53点を算定する。

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、36点（注2に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注4から注8まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。

【注の見直し】

注8 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7の外来管理加算は算定しない。

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、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、10点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

【点数の見直し】

70点 → 73点

【注の見直し】

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患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、52点を算定する。

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患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、54点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関

【注の見直し】

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り34点（注2に規定する場合にあつては、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

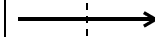
において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り36点（注2から注4までに規定する場合にあつては、26点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p>

【通則の見直し】

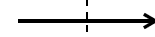
4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。



4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

【通則の追加】

(追加)



8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

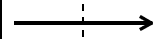
第1節 入院基本料

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 10対1入院基本料
- 2 13対1入院基本料
- 3 15対1入院基本料
- 4 18対1入院基本料
- 5 20対1入院基本料

1,251点
931点
811点
723点
669点



1,271点
946点
824点
735点
680点

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、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、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、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ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20に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して3月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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

第2節 入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

800点



- 1 救急医療管理加算 1
- 2 救急医療管理加算 2

800点

400点

【注の見直し】

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

A206 在宅患者緊急入院診療加算
(入院初日)

【項目の見直し】

1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）又は在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合

2,500点

1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療

			<p>料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。)が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合 2,500点</p>						
<p>【注の追加】</p>		(追加)	<p>注2 1について、在宅療養後方支援病院(許可病床数が500床以上のものに限る。)において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>						
<p>A207 診療録管理体制加算(入院初日)</p>		30点	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>診療録管理体制加算1</td> <td>100点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>診療録管理体制加算2</td> <td>30点</td> </tr> </table>	1	診療録管理体制加算1	100点	2	診療録管理体制加算2	30点
1	診療録管理体制加算1	100点							
2	診療録管理体制加算2	30点							
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)につい</p>		<p>注 診療録管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)につい</p>						

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【項目の見直し】

1	15対1 補助体制加算	810点
2	20対1 補助体制加算	610点
3	25対1 補助体制加算	490点
4	30対1 補助体制加算	410点
5	40対1 補助体制加算	330点
6	50対1 補助体制加算	255点
7	75対1 補助体制加算	180点
8	100対1 補助体制加算	138点

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

て、入院初日に限り所定点数に加算する。

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。

1 医師事務作業補助体制加算 1

イ	15対1 補助体制加算	860点
ロ	20対1 補助体制加算	648点
ハ	25対1 補助体制加算	520点
ニ	30対1 補助体制加算	435点
ホ	40対1 補助体制加算	350点
ヘ	50対1 補助体制加算	270点
ト	75対1 補助体制加算	190点
チ	100対1 補助体制加算	143点

2 医師事務作業補助体制加算 2

イ	15対1 補助体制加算	810点
ロ	20対1 補助体制加算	610点
ハ	25対1 補助体制加算	490点
ニ	30対1 補助体制加算	410点
ホ	40対1 補助体制加算	330点
ヘ	50対1 補助体制加算	255点
ト	75対1 補助体制加算	180点
チ	100対1 補助体制加算	138点

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

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】

450点

- | | | |
|---|-----------|------|
| 1 | 7日以内 | 450点 |
| 2 | 8日以上10日以内 | 225点 |

【注の見直し】

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中1回）

【注の追加】

（追加）

注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8 退院調整加算（退院時 1 回）

【注の追加】

(追加)

注 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1 については、それぞれ170点、75点又は25点、2 については、それぞれ400点、300点、200点又は100点を所定点数に加算することができる。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算

【項目の追加】

(追加)

3 新生児特定集中治療室退院調整加算 3
イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回） 600点
ロ 退院加算（退院時 1 回） 600点

【注の見直し】

注 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整

注 1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者（新生児特定集中治療室退院調整

加算2を算定するものを除く。)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、新生児特定集中治療室退院調整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、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

加算2を算定するものを除く。)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、新生児特定集中治療室退院調整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、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)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、新生児特定集中治療室退院調整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、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

注2 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)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、新生児特定集中治療室退院調整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、退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算は、退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

注3 新生児特定集中治療室退院調整加算2の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 新生児特定集中治療室退院調整加算3の退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定した患者に対して、当該保険医療機関に入院した日から起算して7日以内に退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、入院中に1回に限り、所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 新生児特定集中治療室退院調整加算3の退院加算は、当該退院支援計画を作成した患者が退院調整により自宅へ退院した場合に退院時に1回に限り、更に所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

【注の見直し】

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

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

第3節 特定入院料

のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時又は転棟時に、所定点数に加算する。

のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、退院時に、所定点数に加算する。

A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 特殊疾患病棟入院料 1	1,954点	→	2,008点
2 特殊疾患病棟入院料 2	1,581点		1,625点

【注の見直し】

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A 2 3 8 - 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ものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。	→	注3 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A 2 3 8 - 3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は新生児特定集中治療室退院調整加算 2 を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
---	---	---

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算並びに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、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びにデータ提出加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

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	3,462点	3,557点
ロ	31日以上期間	3,042点	3,125点
2	精神科救急入院料 2		
イ	30日以内の期間	3,262点	3,351点
ロ	31日以上期間	2,842点	2,920点

【注の見直し】

注 2	診療に係る費用（注 3 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第 2 章第		注 2	診療に係る費用（注 3 及び注 4 に規定する加算、第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並び
-----	---	--	-----	---

【注の見直し】

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、精神科救急入院料に含まれるものとする。

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

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、精神科救急入院料に含まれるものとする。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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

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	1,931点	→	1,984点
ロ 31日以上の間	1,611点		1,655点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2			
イ 30日以内の期間	1,831点		1,881点
ロ 31日以上の間	1,511点		1,552点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第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（注3から注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、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、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、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第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統合失調症の患者	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者
------------------------	---	------------------------

に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、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

に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する患者に限る。）については、精神科急性期医師配置加算として、1日につき500点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 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（注4に規定する加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1	30日以内の期間	3,462点	→	3,560点
2	31日以上期間	3,042点		3,128点

【注の見直し】

注2	診療に係る費用（注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及びデータ提出加算並びに第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、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	→	注2	診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算並びにデータ提出加算並びに第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、精神科救急・合併症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	→	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
----	---	---	----	---

、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

した1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

した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

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

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

2,911点

2,957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】

1,061点

1,090点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（注3、注4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、地域加算、離島加算、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、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（注3から注6に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及びデータ提出加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

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

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

- 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

【注の追加】

（追加）

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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

【注の追加】

(追加)

ついて、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

注7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 認知症治療病棟入院料1

イ	30日以内の期間	1,761点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,461点
ハ	61日以上	1,171点

1,809点
1,501点
1,203点

2 認知症治療病棟入院料2

イ	30日以内の期間	1,281点
ロ	31日以上60日以内の期間	1,081点
ハ	61日以上	961点

1,316点
1,111点
987点

【注の見直し】

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医

注4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医

療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算及び地域連携認知症集中治療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）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。

療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、地域連携認知症集中治療加算並びにデータ提出加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

項 目	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 10 入院栄養食事指導料 【名称の見直し】 【項目の見直し】 【注の見直し】 【注の追加】	入院栄養食事指導料 130点 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。 (追加)	入院栄養食事指導料 (週1回) イ 入院栄養食事指導料1 130点 ロ 入院栄養食事指導料2 125点 注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。 注2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚

生労働大臣が定める特別食を必要とするもの
に対して、当該保険医療機関の医師の指示に
基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が
具体的な献立によって指導を行った場合に、
入院中2回を限度として算定する。

B001-2-6 夜間休日救急搬送
医学管理料

【注の追加】

(追加)

注2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して
行った第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1
の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番



注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して
行った第2章第1部医学管理等（区分番号B
0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区

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5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

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5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

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又は注5並びに区分番号H002の注4又は注5を算定する者に限る。)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等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者1人につき1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。



注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

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															
【注の追加】	(追加)	注6 注1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、在宅療養実績加算として、75点を更に所定点数に加算する。													
C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1 同一建物居住者以外の場合</td> <td>830点</td> <td rowspan="4">→</td> <td>833点</td> </tr> <tr> <td>2 同一建物居住者の場合</td> <td></td> <td>203点</td> </tr> <tr> <td>イ 特定施設等に入居する者の場合</td> <td>400点</td> <td>103点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>200点</td> <td></td> </tr> </table>	1 同一建物居住者以外の場合	830点	→	833点	2 同一建物居住者の場合		203点	イ 特定施設等に入居する者の場合	400点	103点	ロ イ以外の場合	200点		
1 同一建物居住者以外の場合	830点	→	833点												
2 同一建物居住者の場合			203点												
イ 特定施設等に入居する者の場合	400点		103点												
ロ イ以外の場合	200点														
【注の見直し】	注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡	注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡													

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

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。

イ～ハ（略）

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せんを交付する場合 5,000点
- (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点

ロ 病床を有しない場合

- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点
- (2) 処方せんを交付しない場合

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、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、在宅療養実績加算として、750点を更に所定点数に加算する。

イ～ハ（略）

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せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 5,000点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,200点
- (2) 処方せんを交付しない場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 5,300点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,500点

ロ 病床を有しない場合

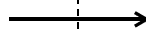
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 4,600点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,100点
- (2) 処方せんを交付しない場合

	4,900点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	4,200点
ロ 処方せんを交付しない場合	4,500点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	2,200点
ロ 処方せんを交付しない場合	2,500点

① 同一建物居住者以外の場合	4,900点
② 同一建物居住者の場合	1,400点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1に規定するものを除く。)の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	4,200点
(2) 同一建物居住者の場合	1,000点
ロ 処方せんを交付しない場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	4,500点
(2) 同一建物居住者の場合	1,300点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 保険薬局において調剤を受けるために処方 せんを交付する場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	3,150点
(2) 同一建物居住者の場合	760点
ロ 処方せんを交付しない場合	
(1) 同一建物居住者以外の場合	3,450点
(2) 同一建物居住者の場合	1,060点

【注の追加】

(追加)



注6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は300点、同一建物居住者の場合は75点をそれぞれ所定点数に加算する。

C002-2 特定施設入居時等医学
総合管理料（月1回）

【項目の見直し】

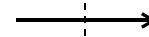
- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 3,900点
- ロ 病床を有しない場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点
 - (2) 処方せんを交付しない場合 3,600点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点
- ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
 - ② 同一建物居住者の場合 870点
 - (2) 処方せんを交付しない場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,900点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,170点
- ロ 病床を有しない場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,300点
 - ② 同一建物居住者の場合 800点
 - (2) 処方せんを交付しない場合
 - ① 同一建物居住者以外の場合 3,600点
 - ② 同一建物居住者の場合 1,100点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000点
 - (2) 同一建物居住者の場合 720点
- ロ 処方せんを交付しない場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300点

【注の追加】

- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点
 - ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点

(追加)



- (2) 同一建物居住者の場合 1,020点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点
 - (2) 同一建物居住者の場合 540点
 - ロ 処方せんを交付しない場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点
 - (2) 同一建物居住者の場合 840点

注6 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、在宅療養実績加算として、同一建物居住者以外の場合は225点、同一建物居住者の場合は56点をそれぞれ所定点数に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

【注の見直し】

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

【注の見直し】

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ450点又は800点を加算する。

注3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ所定点数に450点又は800点を加算する。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
 - イ 週3日目まで 430点
 - ロ 週4日目以降 530点
- 2 准看護師による場合
 - イ 週3日目まで 380点
 - ロ 週4日目以降 480点

- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
 - イ 同一日に2人
 - (1) 週3日目まで 555点
 - (2) 週4日目以降 655点
 - ロ 同一日に3人以上
 - (1) 週3日目まで 278点
 - (2) 週4日目以降 328点
- 2 准看護師による場合
 - イ 同一日に2人
 - (1) 週3日目まで 505点
 - (2) 週4日目以降 605点
 - ロ 同一日に3人以上
 - (1) 週3日目まで 253点

【注の見直し】

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
1,285点

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

(2) 週4日目以降

303点

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
1,285点

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

D008 内分泌学的検査

【注の見直し】

ロ 5項目以上 744点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の11から29までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

ロ 5項目以上 722点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の12から41までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 623点
- ハ 8項目以上 900点

D009 腫瘍マーカー

【注の見直し】

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15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 2項目 230点
- ロ 3項目 290点
- ハ 4項目以上 420点

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から21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 2項目 230点
- ロ 3項目 290点
- ハ 4項目以上 420点

D025 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。
イ～ヌ（略）
ル 感染症免疫学的検査
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプ

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。
イ～ヌ（略）
ル 感染症免疫学的検査
梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプ

トリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプト
トリジンO (ASO) 定量、トキソプラズ
マ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、
梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応(
STS)、梅毒トレポネーマ抗体半定量、
梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1
抗体
ヲ～ヨ (略)

トリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプト
トリジンO (ASO) 定量、トキソプラズ
マ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、
梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応(
STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS)
定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒
トレポネーマ抗体定量及びHIV-1 抗体
ヲ～ヨ (略)

第2款 検体検査判断料

第3節 生体検査料

D208 心電図検査

【項目の削除】

4 バリストカルジオグラフ 90点
注 2方向以上の記録による場合は所定点数に90
点を加算する。

→ (削除)

D 2 3 6 - 2 光トポグラフィー

【注の追加】

(追加)



注1 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行われる場合に限り算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 特掲診療料 第 4 部 画像診断		

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影) (一連につき)

【点数の見直し】

1 CT撮影		
イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合	950点	1,000点
ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点	900点
ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点	770点
ニ イ、ロ又はハ以外の場合	600点	580点

【注の見直し】

注7 CT撮影のイ及びロについて、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、大腸のCT撮影 (炭酸ガス等の	注7 CT撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影 (炭酸ガス等の
---	---

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影) (一連につき)

【点数の見直し】

注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

- | | | |
|---|------------------------|--------|
| 1 | 3テスラ以上の機器による場合 | 1,400点 |
| 2 | 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 | 1,330点 |
| 3 | 1又は2以外の場合 | 950点 |

- | |
|--------|
| 1,600点 |
| 1,330点 |
| 920点 |

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第1節 調剤料 F000 調剤料 【注の追加】 第2節 処方料 F100 処方料 【項目の見直し】	(追加) 1 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週間以内のものを除く。）を行った場合 29点	注2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）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 29点

	2 1 以外の場合	42点	3 1 及び 2 以外の場合	42点
【注の追加】		(追加)	注 8 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 60 に相当する点数により算定する。	
【注の追加】		(追加)	注 9 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。	
第 3 節 薬剤料				
F 2 0 0 薬剤				
【注の追加】		(追加)	注 2 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注 2 1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以		注 3 注 2 以外の場合であって、1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であっ	

	<p>内のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>		<p>て、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。</p>
<p>第5節 処方せん料</p>			
<p>F400 処方せん料</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であ</p>	<p>→</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬</p>

	った、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 40点	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 40点
	2 1 以外の場合 68点	3 1 及び2 以外の場合 68点
【注の追加】	(追加)	注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	注8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
第6節 調剤技術基本料 F500 調剤技術基本料		
【注の追加】	(追加)	注5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>(略)</p>	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>(略)</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

G006 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

【注の追加】

（追加）

注2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍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を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

【注の追加】

（追加）

注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。</p>

H003-2 リハビリテーション総
合計画評価料

【注の見直し】

注 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)又はがん患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

注1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)、運動器リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。

H004 摂食機能療法（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

H007-3 認知症患者リハビリテーション料
（1日につき） 240点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1月に限り、週3回を限度として算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療法料</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p>	<p>1 通院精神療法</p> <p>イ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 600点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が在宅精神療法を行った場合 600点</p> <p>ロ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医</p>

			<p>等が60分以上の在宅精神療法を行った場合 (イに該当する場合を除く。) 540点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p>
【注の見直し】	<p>注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、その他の場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>	→	<p>注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回を、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。</p>
【注の見直し】	<p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（初診の日から起算して1年以内（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において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内）の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する。</p>	→	<p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内（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において、16歳未満の患者に対して行った場合は2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。</p>
【注の見直し】	<p>注4 2のイについては、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り所定</p>	→	<p>注4 1のロの(1)、2のロ及び2のハの(1)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加</p>

	<p>点数に25点を加算する。</p>	<p>算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号I002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。</p>
<p>I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。</p>
<p>I004 心身医学療法（1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p>	<p>注5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。</p>
<p>I008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>	<p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 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20点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p> <p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。</p>
<p>I009 精神科デイ・ケア（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 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。</p>	<p>→</p>	<p>注4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。</p>

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

【注の見直し】

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。

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【注の見直し】

注2 当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

注2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。

【注の見直し】

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、

注3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【項目の見直し】

早期加算として、所定点数に50点を加算する。

ト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあつては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
 - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
 - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 445点
 - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 340点
 - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 545点
 - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 415点
 - ロ 准看護師による場合
 - (1) 週3日目まで 30分以上の場合 395点
 - (2) 週3日目まで 30分未満の場合 300点
 - (3) 週4日目以降 30分以上の場合 495点
 - (4) 週4日目以降 30分未満の場合 375点

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
 - イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
 - (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 575点
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 440点
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 675点
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 525点
 - (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 288点
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 220点
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 338点
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 263点
 - ロ 准看護師による場合
 - (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 525点
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 400点
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 625点
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 485点
 - (2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 30分以上の場合 263点
- ② 週3日目まで 30分未満の場合 200点
- ③ 週4日目以降 30分以上の場合 313点
- ④ 週4日目以降 30分未満の場合 243点

【注の見直し】

注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

注3 3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（同一建物居住者に限り、注2に規定する患者を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(I)、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（3を除く。）及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（3を除く。）を算定する日と合わせて週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回）に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合には、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定することができる。

【注の追加】

(追加)

注12 1及び3については、区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診

【新設】

(新設)

療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料
(月1回)

- 1 精神科重症患者早期集中支援管理料 1
 - イ 同一建物居住者以外の場合 1,800点
 - ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 900点
 - (2) (1)以外の場合 450点
- 2 精神科重症患者早期集中支援管理料 2
 - イ 同一建物居住者以外の場合 1,480点
 - ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等に入居する者の場合 740点
 - (2) (1)以外の場合 370点

注1 1のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（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患者に対して、1のロの(1)については、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域

密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、1のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神保健指定医等が、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

2 2のイについては、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難な患者に対して、2のロの(1)については、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、2のロの(2)については、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たも

のに限る。)の精神保健指定医等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの看護師等と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合に、6月に限り、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

3 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

4 精神科重症患者早期集中支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 処置</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>5 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入</p>

第1節 処置料

J000 創傷処置

【注の追加】

(追加)

注3 5については、6歳未満の乳幼児の場合は、50点を加算する。

院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算2

所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算2

所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算2

所定点数の100分の80に相当する点数

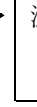
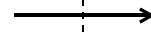
(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

J 0 0 1 熱傷処置

【注の追加】

(追加)



注4 4及び5については、6歳未満の乳幼児
の場合は、50点を加算する。