

B005—4 ハイリスク妊産婦共同
管理料(I)

(注の見直し)

指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる地域
連携退院時共同指導料2は別に算定できな
い。

指導料(Ⅲ)及び区分番号B005に掲げる退院
時共同指導料2は別に算定できない。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し
ているものとして地方社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A237に掲げるハイリスク分
娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合す
るものとして届け出た保険医療機関に限る。）
に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場
合において、当該病院に赴いて、当該病院の保
険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管
理を共同して行った場合に、当該患者を紹介し
た保険医療機関において患者1人につき1回算
定する。

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社会保険事務局長に届け
出た保険医療機関において、診療に基づき紹介
した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等
であるものに限る。）が病院である別の保険医療
機関（区分番号A236—2に掲げるハイリス
ク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲
げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施
設基準に適合するものとして届け出た保険医療
機関に限る。）に入院中である場合において、
当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同し
てハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する
医学管理を共同して行った場合に、当該患者を
紹介した保険医療機関において患者1人につき
1回算定する。

B005-5 ハイリスク妊産婦共同
管理料(Ⅲ)

(注の見直し)

注 区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

(注の見直し)

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における基本的動作能力若

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しく

B 0 0 7 退院前訪問指導料

(注の見直し)

しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

は応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

(点数の見直し)

350点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点

(注の見直し)

注1 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものとして入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

(注の見直し)

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における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。

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、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であつ

注3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であつて通

	<p>て通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>		<p>院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
(注の見直し)	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター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、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	→	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症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、当該老人性認知症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。</p>
(注の見直し)	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>	→	<p>注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	→	<p>注8 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(I)の施設基準に適合してい</p>

るものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(I)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注9 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注10 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算す

B 0 1 1 — 3 薬剤情報提供料

(注の見直し)

注2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）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。

る。

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。

(新設)

(新設)

B 0 1 1 — 4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき）

50点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）

1, 000点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

100点

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

(新設)

(新設)

た場合に、退院の日1回に限り算定する。

B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料
180点

注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B016 後期高齢者診療料
600点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学

管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）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。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。

注2 後期高齢者診療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B009に掲げる診療情報提供料Ⅰ、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用

(新設)

(新設)

は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注3 第2部在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。

(新設)

(新設)

B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料

2 0 0 点

注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（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社会保険事務局長に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,</p>

300点を所定点数に加算する。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）

（項目の見直し）

830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

（注の見直し）

注1 居宅において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、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。）に週3回を限度（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及び区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

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、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型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。)、介護保険法第8条第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

(注の見直し)

注4 在宅で死亡した患者に対して、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、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が、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、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

(注の見直し)

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

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、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。

注4 在宅で死亡した患者に対して、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、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、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、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

（名称の見直し）

1 在宅療養支援診療所の場合

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

（注の見直し）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）において、居宅において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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特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患者その他入居している施設において一定の医学的管理を受けている患者（以下「特定施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

（注の新設）

（新設）

注4 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を算定している患者に

(新設)

(新規)

については算定しない。

C002-2 特定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

2 1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

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社会保険事務局長に
届け出た保険医療機関(診療所、在宅療養支
援病院及び許可病床数が200床未満の病院
(在宅療養支援病院を除く。))に限る。)に
おいて、特定施設入居者等である患者であつ

C 0 0 3 在宅末期医療総合診療料
(1日につき)

て通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。

注2 特定施設入居時等医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 特定施設入居時等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、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。

注4 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

(注の見直し)

注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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所に限る。）において、居宅において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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

注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社会保険事務局長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、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

C004 救急搬送診療料
(点数の見直し)

650点 → 1,300点

C005 在宅患者訪問看護・指導料
(1日につき)

(点数の見直し)

1	保健師、助産師又は看護師による場合	
イ	週3日目まで	530点
ロ	週4日目以降	630点
2	准看護師による場合	
イ	週3日目まで	480点
ロ	週4日目以降	580点

1	保健師、助産師又は看護師による場合	
イ	週3日目まで	555点
ロ	週4日目以降	655点
2	准看護師による場合	
イ	週3日目まで	505点
ロ	週4日目以降	605点

(注の見直し)

注1 保険医療機関が、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づ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、週3日を限度（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、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、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う場合は、当該診療の日から14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日を限度（1月に1回に限る。））とする。

注1 保険医療機関が、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。以下注5及び注6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、週3日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（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、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、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う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。））とす

(注の見直し)	<p>注2 注1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14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、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。</p>	<p>る。</p> <p>注2 注1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14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。</p>
(注の見直し)	<p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所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日につき所定点数に265点を加算する。</p>	<p>注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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日につき所定点数に265点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。</p>
(注の新設)	(新設)	<p>注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を</p>

(注の新設)

(新設)

行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師

(注の見直し)

注4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。

(注の見直し)

注5 在宅患者訪問看護・指導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。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に

が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

注8 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 在宅患者訪問看護・指導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。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・

(新設)

関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

(新設)

指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

1 保健師、助産師又は看護師による場合

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

注1 保険医療機関が、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、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、週3日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（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、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、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う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。））とする。

注2 注1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14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 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援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日につき所定点数に265点を加算する。

注4 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日を限度として所定点数に520点を加算する。

注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、居住系施設入居者等連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数

に200点を加算する。

注8 死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、居住系施設等ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 居住系施設入居者等訪問看護・指導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。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射
管理指導料（1週につき）

（注の見直し）

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

注10 居住系施設入居者等訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師等に対し、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 在宅訪問リハビリテーション
指導管理料（1単位）

（名称の見直し）

在宅訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1

(項目の見直し)

300点

単位)

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

300点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

255点

(注の見直し)

注1 居宅において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、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。

注1 1については、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。）であつて通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位（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。）に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位（同一の患者について、1及び2を併せて算

<p>(注の見直し)</p>	<p>注2 在宅訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p>		<p>定する場合において同じ。)まで算定する。</p> <p>注2 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
<p>C007 訪問看護指示料</p>			
<p>(注の見直し)</p>	<p>注1 患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）が診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>		<p>注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注2 患者の主治医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交</p>		<p>注2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、</p>

C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(項目の見直し)

付した場合は、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。

550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

550点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

385点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

注1 1については、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。）であって通院が困難なものに対して、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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2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。）に限り算定する。

(注の見直し)

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(項目の見直し)

530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

530点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

450点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている通院が困難な患者であって、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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合は、月2回に限り算定する。

注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導

(新設)

(新設)

を行った場合に、月2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。）に限り算定する。

C010 在宅患者連携指導料

900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

注4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。

注5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料及び区分番号

(新設)

(新設)

C003に掲げる在宅末期医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料
200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

(注の見直し)

注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき1,900点を月2回に限り算定する。

注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

C102-2 在宅血液透析指導管理料

(注の見直し)

注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき1,900点を月2回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、1,900点を月4回に限り算定する。

注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、2,000点を月4回に限り算定する。

C 1 1 3 寝たきり老人訪問指導管理
料

(削除)

4 3 0 点

(削除)

注 1 在宅寝たきり老人（老人保健法の規定による医療を提供する患者に限る。）に対して、訪問して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に算定する。

注 2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から 1 月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

注 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

注 4 区分番号 B 0 0 1 の 1 に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号 B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料、区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号 B 0 0 1 の 1 2 に掲げる心臓ペースメーカー指導管理

料を算定している患者については算定しない。

注5 寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料は、所定点数に含まれるものとする。

注6 同一の患者につき1月以内に寝たきり老人訪問指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理料は1回とし、1回目の指導を行ったときに算定する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

(通則の見直し)

1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に月1回に限り算定する。

1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き月1回に限り算定する。

C 1 5 0 血糖自己測定器加算

(項目の見直し)

- 1 月 2 0 回以上測定する場合
- 2 月 4 0 回以上測定する場合
- 3 月 6 0 回以上測定する場合
- 4 月 8 0 回以上測定する場合

4 0 0 点
5 8 0 点
8 6 0 点
1, 1 4 0 点

(新設)
(新設)

- 5 月 1 0 0 回以上測定する場合
- 6 月 1 2 0 回以上測定する場合

1, 3 2 0 点
1, 5 0 0 点

(4の注の削除)

注 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

(削除)

(注の見直し)

注 1、2及び3については、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者

注1 1から3までについては、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の

(注の新設)

(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

患者(1型糖尿病の患者を除く。)又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

注2 4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者(1型糖尿病の患者に限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

(点数の見直し)

1,000点 → 1,500点

C158 酸素濃縮装置加算

(点数の見直し)

4,620点 → 4,000点

C161 注入ポンプ加算

(点数の見直し)

1,000点 → 1,250点

(新設)

(新設)

C 1 7 0 呼吸同調式デマンドバルブ加算

300点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 3 部 検査</p> <p>第 1 節 検体検査料</p> <p>第 1 款 検体検査実施料</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体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、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第 1 節第 1 款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ 1 点を加算する。</p> <p>(血液学的検査)</p> <p>D 0 0 6 出血・凝固検査</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施したすべての検体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、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第 1 節第 1 款の各区分に掲げる検体検査実施料（別に厚生労働大臣が定める検査を除く。）の各項目の所定点数にそれぞれ 1 点を加算する。</p> <p>注 患者から 1 回に採取した血液を用いて P I V K A II、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-Dダイマー精密測定、プロテイン S 精密測</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、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、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第 1 節第 1 款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ 5 点を加算する。</p> <p>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 23 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</p>

定、 α 2-プラスミンインヒビター・プラスミン複合体、第Ⅷ因子様抗原、血小板第4因子（PF4）精密測定、 β -トロンボグロブリン精密測定、トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（TAT）精密測定、プロテインC、フィブリンモノマー複合体定量精密測定、プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定、トロンボモジュリン精密測定、tPA・PAI-1複合体、凝固因子（Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ、Ⅻ、Ⅼ）及びフィブリノペプチド精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目又は4項目 550点
- ロ 5項目以上 770点

数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目又は4項目 530点
- ロ 5項目以上 750点

（生化学的検査（Ⅰ））

D007 血液化学検査

（注の見直し）
（点数の見直し）

注 患者から1回に採取した血液を用いて総ビリルビン、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、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、Na及び

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7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 100点
- ロ 8項目又は9項目 109点

C1、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）、酸性フォスファターゼ、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・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロセティック・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）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウムを5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 5項目以上7項目以下 102点

ロ 8項目又は9項目 111点

ハ 10項目以上 130点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

ハ 10項目以上 129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

(生化学的検査(Ⅱ))

D008 内分泌学的検査

(注の見直し)
(点数の見直し)

注 患者から1回に採取した血液を用いてヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定、卵胞刺激ホルモン (FSH) 精密測定、C-ペプチド (CPR) 精密測定、黄体形成ホルモン (LH)、遊離サイロキシシン (FT4) 精密測定、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ (GAD) 抗体価精密測定、遊離トリヨードサイロニン (FT3) 精密測定、コルチゾール精密測定、アルドステロン精密測定、サイロキシシン結合蛋白 (TBG) 精密測定、17-ケートジエニックスステロイド (17-KGS) 精密測定、テストステロン精密測定、ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量 (HCG定量) 精密測定、I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定、サイログロブリン精密測定、ヒト胎盤性ラクトゲン (HPL)、低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ (HCGβ) 分画精密測定、グルカゴン精密測定、カルシトニン精密測定、オステオカルシン精密測定、骨型アルカリフォスファターゼ (BAP) 精密測定、尿中βクロラプス精密測定、プロジェステロン精密測定、遊離テストステロン精密測定、エストロジェン、1



注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20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

7-ケトジェニックステロイド分画（17-KGS分画）精密測定、サイクリックAMP（C-AMP）精密測定、エストリオール（E3）精密測定、尿中デオキシピリジノリン精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント（C-PTHrP）精密測定、副甲状腺ホルモン関連蛋白（PTHrP）精密測定、プレグナジオール、カテコールアミン精密測定、副甲状腺ホルモン（PTH）精密測定、エストラジオール（E2）精密測定、カテコールアミン分画精密測定、DHEA-S精密測定、副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）精密測定、17-ケトステロイド分画（17-KS分画）精密測定、プレグナントリオール精密測定、エリスロポエチン精密測定、17 α -ヒドロキシプロジェステロン精密測定、抗IA-2抗体精密測定、ノルメタネフリン精密測定、メタネフリン精密測定、ソマトメジンC精密測定、インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定及びメタネフリン分画精密測定を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

D 0 0 9 腫瘍マーカー

(注の削除)

2 患者から1回に採取した血液等を用いてα-フェトプロテイン (AFP)、尿中BTA及び免疫抑制酸性蛋白 (IAP) を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、75点を算定する。

(削除)

(注の見直し)

3 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分に掲げる検査(注2に規定するものを除く。)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。

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

イ	2項目	230点
ロ	3項目	290点
ハ	4項目以上	420点

(免疫学的検査)

D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査

(注の見直し)

注 患者から1回に採取した血液を用いてHBs抗原精密測定、HBs抗体価精密測定、HBe抗原精密測定、HBe抗体価精密測定、HCV

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から11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

抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価、HCVコア蛋白質測定、HBc抗体価、HBc抗体価精密測定、IgM-HA抗体価精密測定、HA抗体価精密測定、IgM-HBc抗体価精密測定、HCVコア抗体価精密測定、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定、HCV特異抗体価精密測定、HCV特異抗体価測定による群別判定及びデルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	520点

目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ	3項目	290点
ロ	4項目	360点
ハ	5項目以上	520点

D014 自己抗体検査

(注の見直し)

注 抗SS-A/Ro抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-B/La抗体、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗SS-A/Ro抗体精密測定、抗SS-B/La抗体精密測定及び抗Scl-70抗体精密測定を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点とする。

注 本区分の8及び9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点とする。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

(注の見直し)

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、次に掲げる点数（検体検査管理加算(Ⅱ)については入院中の患者に限る。）を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)は算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 300点

(注の新設)

(新設)

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅱ)及び検体検査管理加算(Ⅲ)については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

- イ 検体検査管理加算(Ⅰ) 40点
- ロ 検体検査管理加算(Ⅱ) 100点
- ハ 検体検査管理加算(Ⅲ) 300点

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に

D 0 2 7 基本的検体検査判断料

(注の見直し)

注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合するものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)は算定しない。

届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 6 - 4に掲げる遺伝病的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、患者1人につき月1回に限り、所定点数に500点を加算する。

注2 区分番号D 0 2 6に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅱ)は算定せず、検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合には、検体検査管理加算(Ⅰ)又は検体検査管理加算(Ⅲ)は算定しない。

第2節 病理学的検査料

(項目の移動)		(移動)	→	(第13部 病理診断へ)															
第3節 生体検査料																			
(超音波検査等)																			
D215 超音波検査																			
(点数の見直し)	<table border="0"> <tr> <td>3 UCG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 断層撮影法及びMモード法による検査</td> <td>780点</td> </tr> <tr> <td>ロ Mモード法のみによる検査</td> <td>400点</td> </tr> <tr> <td>ハ 経食道的超音波法</td> <td>800点</td> </tr> </table>	3 UCG		イ 断層撮影法及びMモード法による検査	780点	ロ Mモード法のみによる検査	400点	ハ 経食道的超音波法	800点	→	<table border="0"> <tr> <td>3 UCG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 断層撮影法及びMモード法による検査</td> <td>880点</td> </tr> <tr> <td>ロ Mモード法のみによる検査</td> <td>500点</td> </tr> <tr> <td>ハ 経食道的超音波法</td> <td>1,500点</td> </tr> </table>	3 UCG		イ 断層撮影法及びMモード法による検査	880点	ロ Mモード法のみによる検査	500点	ハ 経食道的超音波法	1,500点
3 UCG																			
イ 断層撮影法及びMモード法による検査	780点																		
ロ Mモード法のみによる検査	400点																		
ハ 経食道的超音波法	800点																		
3 UCG																			
イ 断層撮影法及びMモード法による検査	880点																		
ロ Mモード法のみによる検査	500点																		
ハ 経食道的超音波法	1,500点																		
(注の新設)		(新設)	→	<p>注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150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、加算点数に含まれるものとする。</p>															
(注の見直し)	<p>注1 断層撮影法及びUCGについて、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>	→	<p>注2 断層撮影法について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>																

<p>(注の移動)</p>	<p>注2 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>注3 ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注4 ドプラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>注4 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>注5 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>(注の移動)</p>	<p>注5 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>注6 血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>(区分の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>D 2 3 9 - 3 神経学的検査 3 0 0 点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

(眼科学的検査)				
(通則の追加)		(新設)	→	コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、D 2 8 2 - 3 に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。
(区分の新設)		(新設)	→	D 2 5 6 - 2 眼底三次元画像解析 2 0 0 点 注 患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号 D 2 5 6 の 1 に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料				
(項目の見直し)	1 コンタクトレンズ検査料 1		→	1 コンタクトレンズ検査料 1 2 0 0 点
	イ 初回装用者の場合	3 8 7 点		
	ロ 既装用者の場合	1 1 2 点		

(項目の見直し)	<p>2 コンタクトレンズ検査料2</p> <p>イ 初回装用者の場合 193点</p> <p>ロ 既装用者の場合 56点</p>	→	<p>2 コンタクトレンズ検査料2 56点</p>
(注の見直し)	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定する。</p>	→	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料1を算定し、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において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p>
(注の見直し)	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関においてコンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料2を算定する。</p>	→	<p>注2 注1により当該検査料を算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料の注6及び区分番号A001に掲げる再診料の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。</p>

<p>(注の見直し)</p>	<p>注3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去に1のイ又は2のイを算定した患者に対して、1のロ又は2のロを算定する場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料は算定せず、区分番号A001に掲げる再診料又は区分番号A002に掲げる外来診療料を算定する。</p>
<p>(削除)</p>	<p>注4 区分番号D255から区分番号D282-2に掲げる検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>
<p>(臨床心理・神経心理検査)</p> <p>(通則の削除)</p>	<p>区分番号D283から区分番号D285までに掲げる臨床心理・神経心理検査については、同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの1種類のみ在所定点数のみにより算定する。</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>
<p>D283 発達及び知能検査</p>			