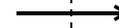


(削除)	2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合） 1, 530点	→	(削除)
(注の見直し)	注1 単純MRI撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	→	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
(削除)	注2 特殊MRI撮影については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	→	(削除)
(注の見直し)	注3 単純MRI撮影又は特殊MRI撮影に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。	→	注2 1及び2を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
(注の見直し)	注4 単純MRI撮影又は特殊MRI撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250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（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。	→	注3 MRI撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250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

(注の新設)

(新設)



点数に含まれるものとする。

注4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、心臓のMRI撮影を行った場合は所定点数に300点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第5部 投薬</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F100 処方料</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき15点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>	<p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>

(注の見直し)

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合
  - イ 後発医薬品を含む場合 42点
  - ロ イ以外の場合 40点
- 2 1以外の場合
  - イ 後発医薬品を含む場合 70点
  - ロ イ以外の場合 68点

(点数の見直し)

注3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点

- 2 1以外の場合 68点

注3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 6 部 注射</p> <p>(通則の追加)</p>	<p>(新設)</p>	<p>6 区分番号G002、G003、G003-3 又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、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 として地方社会保険事務局長に届け出た保険医 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5号に より算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1      500点(15 歳未満の患者に対して行った場合は、700 点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2      390点(15 歳未満の患者に対して行った場合は、700 点)</p>

第1節 注射料

(通則の追加)

(項目の新設)

G004 点滴注射(1日につき)

(注の削除)

(注の削除)

(新設)

(新設)

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注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、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に

注射の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

(削除)

(削除)

<p>G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき）</p>	<p>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、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪性腫瘍等の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）を加算する。</p>		
<p>（注の削除）</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必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>（削除）</p>
<p>G 0 0 5 - 2 中心静脈注射用カテーテル挿入</p>		<p>→</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p>
<p>（注の新設）</p>	<p>（新設）</p>		

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

（注の削除）

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必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

（項目の新設）

（新設）

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

50点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの）

40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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性

第2節 薬剤料

G100 薬剤

(点数の見直し)

(注の見直し)

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療

腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事

療養に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 7 部 リハビリテーション</p> <p>通則 (通則の削除)</p> <p>(通則の削除)</p>	<p>4 の 2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分 1 つに限り算定できる。</p> <p>5 入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADL の自立等を目的とした心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合は、ADL 加算として 1 単位につき 30 点を所定点数に加算するものとする。</p>	<p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

(通則の見直し)

6 鋼線等による直達牽引、介達牽引又は消炎鎮痛等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又は呼吸器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。

5 区分番号 J 1 1 7 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 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、区分番号 J 1 1 8—2 に掲げる矯正固定、区分番号 J 1 1 8—3 に掲げる変形機械矯正術、区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号 J 1 1 9—2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号 J 1 1 9—3 に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号 J 1 1 9—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。

第 1 節 リハビリテーション料

H 0 0 0 心大血管疾患リハビリテーション料

(点数の見直し)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1 単位) 2 5 0 点

2 0 0 点

2 心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1 単位) 1 0 0 点

(注の削除)

2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定

(削除)

(注の新設)

める患者が治療開始日から120日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。

(新設)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単

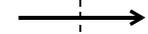
(点数の見直し)	位) 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位)	250点	→	235点
(点数の見直し)	位)	100点	→	190点
(項目の見直し)	(新設)		→	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100点
(注の削除)	2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から140日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。		→	(削除)
(注の新設)	(新設)		→	2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。  3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は

急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H002 運動器リハビリテーション料  
(点数の見直し)

1 運動器リハビリテーション料(I) (1単位)

180点



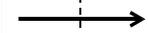
170点

2 運動器リハビリテーション料(II) (1単位)

80点

(注の削除)

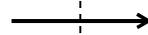
2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から120日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ150点又は65点を算定する。



(削除)

(注の新設)

(新設)



2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位に

つき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H003 呼吸器リハビリテーション料

(点数の見直し)

1 呼吸器リハビリテーション料(I) (1単位)

180点

170点

2 呼吸器リハビリテーション料(II) (1単位)

80点

(注の削除)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者が治療開始日から80日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ150点又は65点を算定する。

(削除)

(注の新設)

(新設)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H003-2 リハビリテーション総

合計画評価料

(点数の見直し)

480点

300点

(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)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)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社会保険事務局長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

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(II)、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)又は呼吸器リハビリテーション料(I)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社会保険事務局長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

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又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該リハビリテーションを最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

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又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する。

H003-3 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料  
(削除)

- |   |                              |      |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料<br>(I)  | 440点 |
| 2 | 心大血管疾患リハビリテーション医学管理料<br>(II) | 260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に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理

→ (削除)

の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

2 心大血管疾患リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

テーション医学管理料

(削除)

- |   |                              |      |
|---|------------------------------|------|
| 1 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料<br>(I)  | 440点 |
| 2 | 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料<br>(II) | 260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に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

- 2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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J 1 1 9—3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J 1 1 9—4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H 0 0 3—5 運動器リハビリテーション医学管理料  
(削除)

- 1 運動器リハビリテーション医学管理料(I)  
3 4 0 点
- 2 運動器リハビリテーション医学管理料(II)  
2 2 0 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に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月 1 回（1 月に 4 日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあつては、月 2 回）に限り算定する。

→ (削除)

2 運動器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあつては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、運動器リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H003-6 呼吸器リハビリテーション医学管理料  
(削除)

- 1 呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)  
340点
- 2 呼吸器リハビリテーション医学管理料(II)  
220点

→ (削除)

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に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回（1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回）に限り算定する。

2 呼吸器リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用並びに区分番号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及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置（当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。）は、呼吸器リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

（点数の見直し）

1 6歳未満の患者の場合 190点 → 220点

（点数の見直し）

2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点 → 190点

（点数の見直し）

3 18歳以上の患者の場合 100点 → 150点

（注の見直し）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

（新設）

（新設）

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）  
50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 8 部 精神科専門療法</p> <p>第 1 節 精神科専門療法料</p> <p>I 0 0 1 入院精神療法（1 回につき） （注の見直し）</p> <p>I 0 0 2 通院精神療法（1 回につき） （名称の見直し）</p>	<p>注 1 1 については、入院中の患者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条第 1 項に規定する精神保健指定医（以下単に「精神保健指定医」という。）が 30 分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して 3 月以内の期間に限り週 3 回を限度として算定する。</p> <p>1 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 5 0 0 点</p> <p>2 1 以外の場合</p>	<p>注 1 1 については、入院中の患者について、精神保健指定医が 30 分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して 3 月以内の期間に限り週 3 回を限度として算定する。</p> <p>I 0 0 2 通院・在宅精神療法（1 回につき）</p> <p>1 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 5 0 0 点</p> <p>2 1 以外の場合</p>

	イ 病院の場合	330点		イ 病院の場合	
				(1) 30分以上の場合	360点
	ロ 診療所の場合	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
(注の見直し)	注2	区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	→	注2	通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
(注の見直し)	注3	20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月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。	→	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。
(新設)			→	I002-2	精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点
				注1	入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対

I 0 1 1 精神科退院指導料

注 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。

注2 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

注3 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

注1 入院期間が1月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

<p>(注の新設)</p>		(新設)	<p>注2 入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り所定点数に200点を加算する。</p>
<p>I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料 (注の見直し)</p>	<p>注1 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。</p>		<p>注1 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。</p>
<p>I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料 (点数の見直し)  (注の見直し)</p>	<p>1 精神科訪問看護・指導料 (I) 550点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の精神障</p>		<p>575点</p> <p>注1 1については、入院中の患者以外の精神障</p>

(注の新設)

害者である患者又はその家族等に対して、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、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、この場合において、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料は算定しない。

(新設)

(注の見直し)

注2 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であつて、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、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、週3回に限り算定する。ただし、この場合において、

害者である患者又はその家族等に対して、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、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2 注1ただし書の患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間（注1ただし書に規定する期間を除く。）については、1日につき1回に限り算定することができる。

注3 2については、入院中の患者以外の精神障害者である患者であつて、精神障害者施設に入所している複数のものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、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、週3回に限り算定する。

<p>(注の見直し)</p>	<p>区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護 ・指導料は算定しない。</p> <p>注4 注2に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注5 注3に規定する場合であって、看護・指導時間が3時間を超えた場合は8時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定点数に40点を加算する。</p>
<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>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。</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第9部 処置</p> <p>第1節 処置料 区分</p> <p>(一般処置)</p> <p>J000 創傷処置 (点数の見直し)</p> <p>J001 熱傷処置 (注の新設)</p>	<p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点</p> <p>3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 75点</p> <p>4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 140点</p> <p>5 6,000平方センチメートル以上 250点</p> <p>(新設)</p>	<p>55点</p> <p>85点</p> <p>155点</p> <p>270点</p> <p>注3 1については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ算定できない。</p>

J 0 0 1—5 老人処置（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

注1 老人保健法に規定する医療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。

（名称の見直し）

J 0 0 1—5 後期高齢者処置（1日につき）

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。

J 0 0 1—6 老人精神病棟等処置料（1日につき）

（名称の見直し）

（注の見直し）

注1 老人保健法に規定する医療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。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

- (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

（名称の見直し）

J 0 0 1—6 後期高齢者精神病棟等処置料

（1日につき）

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。

イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

- (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

	<p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p>		<p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満</p> <p>(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満</p>
J002 ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき) (点数の見直し)	<p>1 持続的吸引を行うもの</p> <p>2 その他のもの</p>	<p>45点</p> <p>21点</p>	<p>50点</p> <p>25点</p>
J005 脳室穿刺 (点数の見直し)		300点	500点
J006 後頭下穿刺 (点数の見直し)		220点	300点

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺  
(点数の見直し)

1 4 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 1 骨髓穿刺  
(点数の見直し)

1 胸骨

8 0 点 → 1 3 0 点

2 その他

9 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺  
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺  
(点数の見直し)

2 3 0 点 → 2 4 0 点

J 0 1 4 乳腺穿刺  
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 5 甲状腺穿刺  
(点数の見直し)

1 3 0 点 → 1 5 0 点

J 0 1 6 リンパ節等穿刺  
(点数の見直し)

1 2 0 点 → 2 0 0 点

J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

(名称の変更) → J 0 1 8—3 干渉低周波去痰器による喀痰排出  
(1日につき)

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ (開始日)  
(注の新設)

→ 注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 1 9—2 胸腔内出血排除 (非開胸的) (開始日)  
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

J 0 2 0 胃持続ドレナージ (開始日)  
(注の新設)

→ 注 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。

<p>J 0 2 1 持続的腹腔ドレナージ（開始日） （注の新設）</p>			<p>注 2 3歳未満の乳幼児の場合は、100点を加算する。</p>
<p>J 0 3 4 ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法 （名称の見直し） （点数の見直し）</p>	<p>150点</p>		<p>J 0 3 4 イレウス用ロングチューブ挿入法 200点</p>
<p>J 0 3 8 人工腎臓（1日につき） （点数の見直し）</p>	<p>1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合 （別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 2, 250点</p>		<p>イ 4時間未満の場合 2, 117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2, 267点 ハ 5時間以上の場合 2, 397点</p>
<p>（注の見直し）</p>	<p>注 7 1の場合であって、人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>		<p>注 7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>

<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注8 区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p>
<p>J038-2 持続緩徐式血液濾過 (1日につき) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>
<p>J039 血漿交換療法(1日につき) (点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注4 区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあつてはこの限りでない。</p>
<p>(点数の見直し) (注の新設)</p>	<p>5,000点 (新設)</p>	<p>4,200点 注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p>

J 0 4 0 局所灌流（1日につき）  
（注の新設）

（新設）

注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 1 吸着式血液浄化法（1日につき）  
（注の新設）

（新設）

注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

J 0 4 1—2 血球成分除去療法（1日につき）  
（注の新設）

（新設）

注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

（新設）

（新設）

J 0 4 3—4 胃瘻カテーテル交換法  
200点  
注 区分番号J 0 0 0に掲げる創傷処置、区分番号K 0 0 0に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

J 0 4 3—5 尿路ストーマカテーテル交換法

1 0 0 点

注 区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置、区分番号 K 0 0 0 に掲げる創傷処理、区分番号 J 0 4 3—3 に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。

(救急処置)

J 0 4 4 救命のための気管内挿管

(点数の見直し)

4 0 0 点

5 0 0 点

J 0 4 5 人工呼吸

(点数の見直し)

1 30分までの場合

2 2 0 点

2 4 2 点

2 30分を超えて5時間までの場合

2 2 0 点に30分又はその端数を増すごとに

5 0 点を加算して得た点数

2 30分を超えて5時間までの場合

2 4 2 点に30分又はその端数を増すごとに

5 0 点を加算して得た点数

3 5時間を超えた場合（1日につき）

7 4 5 点

8 1 9 点

<p>J 0 4 7 カウンターショック（1日につき） （点数の見直し）</p>	<p>3, 5 0 0 点</p>	<p>→</p>	<p>1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 2, 5 0 0 点 2 その他の場合 3, 5 0 0 点</p>
<p>J 0 5 0 気管内洗浄 （名称の見直し）</p>	<p>（名称の見直し）</p>	<p>→</p>	<p>J 0 5 0 気管内洗浄（1日につき）</p>
<p>J 0 5 2—2 熱傷温浴療法（1日につき） （注の見直し）</p>	<p>1, 7 4 0 点 注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注 広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。</p>
<p>（皮膚科処置） J 0 5 3 皮膚科軟膏処置 （削除）  （点数の見直し）</p>	<p>1 1 0 0平方センチメートル未満 4 5 点 2 1 0 0平方センチメートル以上5 0 0平方センチメートル未満 4 9 点 3 5 0 0平方センチメートル以上3, 0 0 0平</p>	<p>→</p>	<p>（削除）  5 5 点</p>