

第2部

中央社会保険医療協議会答申
(平成22年2月12日)

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 初・再診料</p> <p>第1節 初診料</p> <p>A000 初診料</p>		
【点数の見直し】	1 歯科初診料 182点	218点
【注の削除】	注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。	(削除)
【注の追加】	(追加)	注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者

【注の追加】

第2節 再診料

A002 再診料

【点数の見直し】

- 1 歯科再診料 40点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57点

(追加)

に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を

【注の追加】

(追加)

、1日につき所定点数に加算する。

イ 1回目 232点

ロ 2回目以降 90点

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

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>第 2 節 入院基本料等加算</p> <p>A 2 0 0 入院時医学管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</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>入院時医学管理加算</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>総合入院体制加算</p>

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点</p> <p>2 協力型臨床研修病院 20点</p>	<p>→</p>	<p>1 単独型又は管理型 40点</p> <p>2 協力型 20点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算</p>
<p>A 2 2 7 退院調整加算</p>	<p>退院調整加算</p>	<p>→</p>	<p>慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【名称の見直し】</p>	<p>退院調整加算</p>	<p>→</p>	<p>慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算</p>
<p>A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>
<p>【削除】</p>	<p>(削除)</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>

A 2 4 1 後期高齢者総合評価加算

【名称の見直し】

後期高齢者総合評価加算

→ 総合評価加算

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

【削除】

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

→ (削除)

【新設】

(新設) → A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院
加算

【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、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第1節のいずれかの入院基本料(特別入院基本料を含む。)を現に算定している患者に限る。)につ

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第

第3節 特定入院料

【新設】

いて、入院初日に限り所定点数に加算する。

1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設) → A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p>		
【項目の見直し】	<p>1 1回目 130点</p> <p>2 2回目以降 110点</p>	<p>110点</p>
【注の見直し】	<p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提出した場合に、1回に限り算定できる。</p>	<p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提出した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。</p>
【注の見直し】	<p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯</p>	<p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、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の歯科診療以外の診</p>

【注の見直し】

科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

5 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

【注の見直し】

7 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

7 う蝕に罹患している13歳未満の患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「う蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

【注の見直し】

8 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場

8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場

	<p>合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>	<p>合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>						
<p>B001-2 歯科衛生実地指導料</p>								
<p>【項目の見直し】</p>	<p>80点</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>歯科衛生実地指導料1</td> <td>80点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科衛生実地指導料2</td> <td>100点</td> </tr> </table>	1	歯科衛生実地指導料1	80点	2	歯科衛生実地指導料2	100点
1	歯科衛生実地指導料1	80点						
2	歯科衛生実地指導料2	100点						
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治</p>						

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。なお、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及

【新設】

(新設)

び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

B 0 0 4 - 1 - 3 がん患者カウンセリング料
500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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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。

【新設】

(新設)

B 0 0 4 - 1 - 4 入院栄養食事指導料
130点

注 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、歯科医師の指示を受けた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。

B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

【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疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2及び区分番号I010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、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疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

（新設）

B004-9 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を

【新設】

(新設)

行った場合に限る。)は別に算定できない。

B 0 0 6 - 3 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

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

3 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料()又は区分番号B 0 1 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画策定病院を除く。)が、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

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

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

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B011-4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。

(削除)

【注の追加】

B 0 0 9 診療情報提供料()

【注の追加】

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

(追加)

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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(追加)

注6 保険医療機関が、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。</p>
<p>B 0 1 1 - 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料</p>	<p>後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点</p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料 90点</p>
<p>【名称の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>
<p>B 0 1 3 義歯管理料（1口腔につき</p>		

)

【点数の見直し】

1 新製有床義歯管理料 100点 → 150点

【注の見直し】

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する。

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日から起算して1月から3月までの間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p> <p>B013-2 有床義歯調整管理料(一口腔につき) 30点</p> <p>注 区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。</p>
<p>B016 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>200点</p> <p>注 保険医療機関の保険医である歯科医師が、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及び看護師と共同し、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。</p>	<p>→ (削除)</p>
<p>B018 医療機器安全管理料(一連</p>		

につき)

【点数の見直し】

1,000点 → 1,100点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 歯科訪問診療1は、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な患者1人に対し、当該在宅等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p>	<p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

注2 歯科訪問診療2は、社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。ただし、区分番号I081、J200-3及びM091に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

【点数の見直し】

- 1 複雑なもの
- 2 簡単なもの

350点
100点

360点
120点

C 0 0 1 - 2 後期高齢者在宅療養口
腔機能管理料

180点

(削除)

【削除】

- 注 1 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料は、別に算定できない。
 - 3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。ただし、区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

【新設】

(新設)

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

- | | | |
|---|----------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 140点 |
| 2 | 1以外の場合 | 130点 |

注1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を

【新設】

(新設)

算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料
140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。)であって別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置(区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 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 1については、在宅において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、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。

2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。

3 鎮静及び医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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

C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査 【項目の追加】 D003 スタディモデル(1組につき) 【削除】		(追加) → 3 混合歯列期歯周組織検査 40点 50点 → (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の削除】</p>	<p>4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 5点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 50点</p> <p>ハ その他の場合 30点</p>	<p>（削除）</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムは算定しない。また、当該加算を</p>	<p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムは算定しない。</p>

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

- 1 単純撮影
 - イ 歯科エックス線撮影
 - (1) 全顎撮影の場合 250点
 - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 25点
 - ロ その他の場合 65点
- 2 特殊撮影
 - イ 歯科パノラマ断層撮影 180点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 264点
- 3 造影剤使用撮影 148点

- 1 単純撮影
 - イ 歯科エックス線撮影
 - (1) 全顎撮影の場合
 - (一) アナログ撮影 250点
 - (二) デジタル撮影 252点
 - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）
 - (一) アナログ撮影 25点
 - (二) デジタル撮影 28点
 - ロ その他の場合
 - (1) アナログ撮影 65点
 - (2) デジタル撮影 68点
- 2 特殊撮影
 - イ 歯科パノラマ断層撮影の場合
 - (1) アナログ撮影 180点
 - (2) デジタル撮影 182点
 - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）
 - (1) アナログ撮影 264点
 - (2) デジタル撮影 266点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1のイについて、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。</p>	<p>→</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1442 150 1473 296">3</td> <td data-bbox="1487 150 1704 181">造影剤使用撮影</td> <td data-bbox="1989 193 2063 225">148点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 193 1518 225">イ</td> <td data-bbox="1487 193 1704 225">アナログ撮影</td> <td data-bbox="1989 236 2063 268">150点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 236 1518 268">ロ</td> <td data-bbox="1487 236 1704 268">デジタル撮影</td> <td></td> </tr> </table> <p>注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、所定点数に10点を加算する。</p>	3	造影剤使用撮影	148点	イ	アナログ撮影	150点	ロ	デジタル撮影	
3	造影剤使用撮影	148点										
イ	アナログ撮影	150点										
ロ	デジタル撮影											

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

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>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号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又はG004に掲げる点滴注射について、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>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>	<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、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋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>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>

<p>【新設】</p> <p>G 0 2 0 無菌製剤処理料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(新設)</p> <p>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</p>	<p>→</p> <p>G 0 0 5 - 3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点</p> <p>注 1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p>
--	--	---

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>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 100点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注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</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 100点</p> <p>注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</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 245点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 200点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 100点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 100点</p> <p>注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</p>

<p>【新設】</p>	<p>き30点を所定点数に加算する。</p>	<p>き45点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設) → H003 がん患者リハビリテーション料(1単位) 200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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、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。</p>
-------------	------------------------	---

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>I 0 0 0 齲蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>齲蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>16点</p> <p>歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>1 非侵襲性歯髄覆罩</p> <p>2 直接歯髄覆罩</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>う蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>18点</p> <p>歯髄保護処置（1歯につき）</p> <p>1 歯髄温存療法</p> <p>2 直接歯髄保護処置</p>

	3 間接歯髄覆罩	3 間接歯髄保護処置
【注の見直し】	注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げる齲蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I002-2 乳幼児齲蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)		
【名称の見直し】	乳幼児齲蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)	乳幼児う蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)
I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置		
【名称の見直し】	初期齲蝕小窩裂溝填塞処置	初期う蝕小窩裂溝填塞処置
I004 歯髄切断(1歯につき)		
【注の見直し】	注2 歯髄覆罩の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I005 抜髄(1歯につき)		
【注の見直し】	注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70	注1 区分番号I001の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、

	点、256点又は420点を算定する。		70点、256点又は420点を算定する。
【注の見直し】	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	→	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。
I007 根管貼薬処置(1歯1回につき)			
【点数の見直し】	1 単根管 14点 2 2根管 22点 3 3根管以上 28点	→	20点 22点 30点
I008 根管充填(1歯につき)			
【注の見直し】	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。	→	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。
I011 歯周基本治療			

【注の見直し】	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に38点を加算する。
【注の見直し】	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の30に相当する点数により算定する。	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療（1口腔につき）		
【項目の見直し】	1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点	300点
【注の見直し】	注2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回実	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、

	<p>施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>		<p>前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設)</p>	<p>I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置 (1 口腔につき 10点)</p> <p>注 1 区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置 (区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を除く。) を行った場合に、月 1 回に限り算定する。</p> <p>2 区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。</p> <p>3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>I 0 1 7 - 2 床副子調整 (1 口腔につき)</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点</p>		<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合 120点</p>

【注の見直し】

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床及び摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回に限り算定する。

I 0 2 3 心身医学療法

【点数の見直し】

1 入院中の患者

70点

150点

【新設】

(新設)

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置(1口腔につき) 80点

注 区分番号J016、J018、J031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現等のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

I 0 8 1 周辺装置加算

【削除】

- | | |
|---------------------|------|
| 1 エアタービン及びその周辺装置 | 200点 |
| 2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 | 50点 |

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

┌

→ (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076及びJ096に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合において</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合であって</p>

、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、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し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又は入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が深夜である手術を行った場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、それぞれ所定点数の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7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注7のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、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。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の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7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

【新設】

(新設)

J000-2 歯根分割搔爬術

260点

【新設】		(新設)	→	J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術	
				1 抜歯窩から行う場合	470点
				2 犬歯窩開さくにより行う場合	2,000点
J 0 1 3 口腔内消炎手術					
【点数の見直し】	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140点	→	120点	
【新設】		(新設)	→	J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点
J 0 1 7 舌腫瘍摘出術					
【点数の見直し】	1 粘液嚢胞摘出術	940点	→	1,220点	
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術					
【点数の見直し】	1 切除	11,700点	→	14,470点	
	2 亜全摘	32,900点		49,350点	
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術					
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの	8,590点	→	1 軟口蓋のみのもの	11,170点
	2 硬口蓋に及ぶもの	14,300点		2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点

	3 顎裂を伴うもの	14,900点		3 顎裂を伴うもの イ 片側 ロ 両側	19,360点 29,040点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	7,800点 12,200点 13,100点	→	10,140点 14,470点 17,030点	
J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	11,700点 19,700点	→	14,470点 25,610点	
J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術					
【点数の見直し】		12,800点	→	16,640点	
J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術					
【点数の見直し】		450点	→	560点	
J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）					

【点数の見直し】

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 掻爬
- 2 切除
- 3 全摘

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

4,490点 → 5,840点

18,700点 → 21,700点

39,600点 → 59,400点

4,520点
20,600点
32,400点

→

5,880点
21,700点
37,420点

7,660点 → 9,960点

12,100点 → 15,730点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

18,000点
24,800点

→

21,700点
28,940点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

20,000点 → 21,700点

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

- 1 耳下腺浅葉摘出術
- 2 耳下腺深葉摘出術

16,100点
18,400点

→

20,930点
23,920点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 全摘

19,000点
28,700点

→

21,700点
28,940点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

6,720点 → 8,740点

J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

【点数の見直し】

5 歯周組織再生誘導手術

イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）

630点

730点

【注の見直し】

注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

注1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

【注の追加】

（追加）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植

イ 簡単なもの

1,730点

1,780点

ロ 困難なもの

8,300点

10,790点

	2 同種骨移植（生体）	9,100点		12,870点
	3 同種骨移植（非生体）	9,900点		11,830点
J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,470点	→	4,510点
J 0 6 8 上顎骨折観血的手術				
【点数の見直し】		9,010点	→	11,710点
J 0 6 9 上顎骨形成術				
【点数の見直し】	1 単純な場合	12,500点	→	16,250点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600点		32,400点
J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術				
【点数の見直し】		8,930点	→	11,610点
J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術				

【点数の見直し】		18,000点	→	27,000点									
J 0 7 2 下顎骨折観血的手術													
【点数の見直し】	2 両側の場合	14,700点	→	19,110点									
【新設】		(新設)	→	<table border="1"> <tr> <td>J 0 7 2 - 2</td> <td>下顎関節突起骨折観血的手術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 片側</td> <td></td> <td>21,700点</td> </tr> <tr> <td>2 両側</td> <td></td> <td>36,170点</td> </tr> </table>	J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術		1 片側		21,700点	2 両側		36,170点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術												
1 片側		21,700点											
2 両側		36,170点											
J 0 7 4 顎骨内異物(挿入物)除去術													
【名称の見直し】	顎骨内異物(挿入物)除去術		→	顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術									
J 0 7 5 下顎骨形成術													
【点数の見直し】	2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	<table border="1"> <tr> <td>13,200点</td> <td>→</td> <td>17,160点</td> </tr> <tr> <td>18,500点</td> <td>→</td> <td>27,750点</td> </tr> </table>	13,200点	→	17,160点	18,500点	→	27,750点					
13,200点	→	17,160点											
18,500点	→	27,750点											
J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術													
【点数の見直し】		17,700点	→	26,550点									
J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術													
【点数の見直し】		14,100点	→	18,330点									

J 0 7 9 顎関節形成術

【点数の見直し】

21,600点 → 32,400点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

- 2 顎関節鏡下授動術
- 3 開放授動術

4,320点
13,500点

→

5,620点
17,550点

J 0 8 1 顎関節円板整位術

【点数の見直し】

- 1 顎関節鏡下円板整位術
- 2 開放円板整位術

12,600点
17,000点

→

14,470点
21,700点

J 0 8 5 デブリードマン

【注の追加】

(追加) →

注2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。

J 0 8 7 上顎洞根本手術

【名称の見直し】

上顎洞根本手術 → 上顎洞根治手術

J 0 8 9 分層植皮術

【点数の見直し】

- 1 25平方センチメートル未満 5,000点
 - 2 25平方センチメートル以上100平方センチメ
-
- 3,330点

	<ul style="list-style-type: none"> — トル未満 6,000点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点 4 200平方センチメートル以上 13,000点 		<ul style="list-style-type: none"> 4,590点 6,660点 20,150点
J 0 8 9 - 2 全層植皮術			
【点数の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点 4 200平方センチメートル以上 30,000点 	→	<ul style="list-style-type: none"> 21,700点 31,350点
J 0 9 0 皮膚移植術			
【名称の見直し】	皮膚移植術	→	皮膚移植術（生体・培養）
J 0 9 0 皮膚移植術			
【注の見直し】	注 1 同種皮膚移植術を行った場合に算定する。	→	注 1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
【新設】	（新設）	→	<ul style="list-style-type: none"> J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体） 1 200平方センチメートル未満 5,190点 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 6,920点 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 10,380点 4 1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 25,320点

J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,830点
3 100平方センチメートル以上 10,400点

8,800点
15,600点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術

【点数の見直し】

21,900点

32,850点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

【点数の見直し】

43,000点

64,500点

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

【点数の見直し】

49,200点

73,800点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】		10,700点	→	13,910点	
J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置					
【点数の見直し】		10,800点	→	16,640点	
J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術					
【点数の見直し】	1 頭、頸部動脈	36,700点	→	55,050点	
J 1 0 1 神経移植術					
【点数の見直し】		17,800点	→	18,090点	
J 1 0 2 交感神経節切除術					
【点数の見直し】		14,000点	→	18,200点	
【新設】		(新設)	→	J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術	
				1 広汎切除	21,700点
				2 単純切除	11,000点

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

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

【点数の見直し】

2 動的なもの 26,000点 → 39,000点

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

【削除】

1 エアタービン及びその周辺装置 200点
 2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点
 → (削除)

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第10部 麻酔 【通則の見直し】 【通則の見直し】 K000 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの） 【点数の見直し】 K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔 【点数の見直し】	2 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 38点 23点	2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 42点 30点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第11部 放射線治療		
L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【点数の見直し】	3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点	4,000点
L001 体外照射		
【点数の見直し】	2 コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射	
	イ 1回目 500点	250点
	ロ 2回目 150点	75点
	3 高エネルギー放射線治療	
	イ 1回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点	840点
	(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点	1,320点
	(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点	1,800点
	ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点	280点
	(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った	

【注の追加】

場合 410点
 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点

440点
 600点

(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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくは口の(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【点数の見直し】

2 腔内照射
 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点
 ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点
 ハ その他の場合 1,500点
 3 組織内照射
 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

10,000点
 500点
 5,000点
 23,000点

【注の見直し】	□ その他の場合 6,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点	→	19,000点 8,000点
	注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。		注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>M000-2 補綴物維持管理料(1</p>	<p>4 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合はこの限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ(前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。)を製作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ(前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。)を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>

装置につき)		
【名称の見直し】	補綴物維持管理料（1装置につき）	→ クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）
【注の見直し】	<p>注1 補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該保険医療機関単位で算定する。</p>	<p>注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、補綴物維持管理料は算定しない。</p>	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、算定しない。</p>
M001 歯冠形成（1歯につき）		
【注の見直し】	<p>注5 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。</p>	<p>注5 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。</p>
M001-2 齲蝕歯即時充填形成（1歯につき）		

【名称の見直し】	齲蝕歯即時充填形成（1歯につき）	→	う蝕歯即時充填形成（1歯につき）
【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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齲蝕歯即時充填形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。	→	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
【注の見直し】	注2 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M001-3 齲蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	齲蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	→	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）
【注の見直し】	注 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M003 印象採得	ホ 口蓋補綴、顎補綴	→	ホ 口蓋補綴、顎補綴

	(1) 印象採得が簡単なもの 143点 (2) 印象採得が困難なもの 265点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 400点		(1) 印象採得が困難なもの 220点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 400点
M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき) 【注の見直し】	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。	→	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。
M005 装着 【項目の見直し】	二 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が簡単なもの 100点 (2) 印象採得が困難なもの 200点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 300点	→	二 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が困難なもの 150点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 300点
M018 有床義歯 【点数の見直し】	1 局部義歯(1床につき)	→	

	イ 1 歯から 4 歯まで	540点	550点
	ロ 5 歯から 8 歯まで	665点	676点
	ハ 9 歯から 11 歯まで	890点	900点
	ニ 12 歯から 14 歯まで	1,300点	1,310点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,050点	2,060点
M 0 1 9 熱可塑性樹脂有床義歯			
【点数の見直し】	1 局部義歯 (1 床につき)		
	イ 1 歯から 4 歯まで	705点	670点
	ロ 5 歯から 8 歯まで	925点	900点
	ハ 9 歯から 11 歯まで	1,185点	1,120点
	ニ 12 歯から 14 歯まで	1,815点	1,750点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,850点	2,780点
M 0 2 2 フック、スパー (1 個につき)			
【点数の見直し】		85点	96点
M 0 2 3 バー (1 個につき)			
【点数の見直し】	1 鋳造バー	420点	430点
【注の見直し】	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に50点を加算する。ただし、		注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に60点を加算する。ただし、

	保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。		保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
M025 口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が簡単なもの 1,000点 2 印象採得が困難なもの 1,500点 3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点 	→	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が困難なもの 1,500点 2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点
M029 有床義歯修理（1床につき）			
【注の追加】		（追加） →	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。
M030 有床義歯床裏装			
【名称の見直し】	有床義歯床裏装	→	有床義歯内面適合法
M091 周辺装置加算	<ul style="list-style-type: none"> 1 エアターピン及びその周辺装置 200点 	→	（削除）

【削除】

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 N002 歯科矯正管理料 【点数の見直し】 【注の見直し】 【注の削除】	300点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過モデルによる歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。 注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定した月の翌月以後に算定する。	240点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過モデルによる歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。 (削除)

<p>【注の削除】</p>	<p>注3 同一の患者につき1月以内に歯科矯正管理料を算定すべき管理を2回以上行った場合においては、歯科矯正管理料は1回とし、第1回の管理を行ったときに算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。</p>
<p>N004 模型調製(1組につき)</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 1については、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回に限り算定する。</p>
<p>N007 咬合採得(1装置につき)</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 簡単なもの 100点 2 困難なもの 200点</p>	<p>70点 140点</p>

N 0 1 2 床装置 (1 装置につき)				
【点数の見直し】	2 複雑なもの	2,500点	→	2,000点
N 0 1 9 保定装置 (1 装置につき)				
【点数の見直し】	2 メタルリテーナー	6,800点	→	6,000点

項 目	現 行	改 正 案					
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>410点</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 550 1473 678" rowspan="2">1 2</td> <td data-bbox="1512 582 1646 606">組織診断料</td> <td data-bbox="1982 582 2060 606">500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1512 622 1646 646">細胞診断料</td> <td data-bbox="1982 622 2060 646">240点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	1 2	組織診断料	500点	細胞診断料	240点
1 2	組織診断料	500点					
	細胞診断料	240点					

【注の追加】

(追加)

注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製は別に算定できない。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合には、医科点数表の区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。）

【点数の見直し】

146点

150点

参考 1 医科診療報酬点数表（抄）

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 基本診療料		
第 2 部 入院料等		
通則		
【通則の見直し】	<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、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>
第 1 節 入院基本料		
A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1 日につき）		
【点数の見直し】	<p>4 15 対 1 入院基本料 954 点</p>	<p>934 点</p>
【注の見直し】	<p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料</p>	<p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料</p>

又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（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の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本

又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、57

料として、575点を算定できる。

5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7対1入院基本料又は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、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
イ 14日以内の期間 428点
（特別入院基本料については、300点）

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
イ 14日以内の期間 450点
（特別入院基本料等については、300点）

【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するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

【注の見直し】

注5 注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

注6 注5に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 入院時医学管理加算

ロ~リ (略)

ヌ~ル (略)

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

ワ 新生児入院医療管理加算

カ 看護配置加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ~ト (略)

ノ・オ (略)

ク~フ (略)

コ 退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

イ 総合入院体制加算

ロ~リ (略)

ヌ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

ル~ヲ (略)

ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

カ 看護配置加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ~ト (略)

ノ 強度行動障害入院医療管理加算

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ク 摂食障害入院医療管理加算

ヤ・マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

フ~ア (略)

サ 慢性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。)

キ 急性期病棟等退院調整加算(注5に規定

A 1 0 1 療養病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- テ 後期高齢者総合評価加算
- ア 後期高齢者退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

する特定入院基本料を算定するものを除く。）

- ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算

シ 総合評価加算

エ 呼吸ケアチーム加算

ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	入院基本料A （健康保険法第63条第2項第2号及び 高齢者医療確保法第64条第2項第2 号の療養（以下この表において「生 活療養」という。）を受ける場合に あっては、1,695点）	1,709点
2	入院基本料B （生活療養を受ける場合にあっては、 1,306点）	1,320点
3	入院基本料C	1,198点

1	療養病棟入院基本料1	
イ	入院基本料A （健康保険法第63条第2項第2号及び 高齢者医療確保法第64条第2項第2 号の療養（以下この表において「生 活療養」という。）を受ける場合に あっては、1,744点）	1,758点
ロ	入院基本料B （生活療養を受ける場合にあっては、 1,691点）	1,705点
ハ	入院基本料C	1,424点

- (生活療養を受ける場合にあっては、
1,184点)
- 4 入院基本料D 885点
(生活療養を受ける場合にあっては、
871点)
- 5 入院基本料E 750点
(生活療養を受ける場合にあっては、
736点)

- (生活療養を受ける場合にあっては、
1,410点)
- ニ 入院基本料D 1,369点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,355点)
- ホ 入院基本料E 1,342点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,328点)
- ヘ 入院基本料F 1,191点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,177点)
- ト 入院基本料G 934点
(生活療養を受ける場合にあっては、
920点)
- チ 入院基本料H 887点
(生活療養を受ける場合にあっては、
873点)
- リ 入院基本料I 785点
(生活療養を受ける場合にあっては、
771点)
- 2 療養病棟入院基本料2
- イ 入院基本料A 1,695点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,681点)
- ロ 入院基本料B 1,642点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,628点)
- ハ 入院基本料C 1,361点
(生活療養を受ける場合にあっては、
1,347点)

【注の見直し】

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除

ニ	入院基本料D （生活療養を受ける場合にあつては、 1,292点）	1,306点
ホ	入院基本料E （生活療養を受ける場合にあつては、 1,265点）	1,279点
ヘ	入院基本料F （生活療養を受ける場合にあつては、 1,114点）	1,128点
ト	入院基本料G （生活療養を受ける場合にあつては、 857点）	871点
チ	入院基本料H （生活療養を受ける場合にあつては、 810点）	824点
リ	入院基本料I （生活療養を受ける場合にあつては、 708点）	722点

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除

く。)について、当該患者の疾患、状態、A
D L等について別に厚生労働大臣が定める区
分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数
を算定する。ただし、注3のただし書に該当
する場合には、入院基本料Eを算定する。

く。)について、当該基準に係る区分及び当
該患者の疾患、状態、A D L等について別に
厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者
ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし
、注3のただし書に該当する場合には、当該
基準に係る区分に従い、それぞれ入院基本料
Iを算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性
期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か
ら転院した患者、介護保険法第8条第25項に
規定する介護老人保健施設（以下この表にお
いて「介護老人保健施設」という。）、老人
福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5
に規定する特別養護老人ホーム（以下この表
において「特別養護老人ホーム」という。）、
同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム
（以下この表において「軽費老人ホーム」と
いう。）、同法第29条第1項に規定する有料
老人ホーム（以下「有料老人ホーム」とい
う。）等若しくは自宅から入院した患者又は
当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医
療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患
者については、転院、入院又は転棟した日か
ら起算して14日を限度として、救急・在宅等
支援療養病床初期加算として、1日につき15
0点を所定点数に加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ~ワ (略)</p> <p>カ 退院調整加算</p> <p>コ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>→</p>	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ~ワ (略)</p> <p>カ 慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。)第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者については、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p>
<p>A105 専門病院入院基本料(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の一般病棟であっ</p>	<p>→</p>	<p>注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の一般病棟であっ</p>

て、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（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の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の追加】

（追加）

て、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

イ～ト (略)

チ・リ (略)

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

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

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

イ～ト (略)

チ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

エ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

ウ～オ（略）
 ク 退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。）

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
 マ 後期高齢者総合評価加算
 ケ 後期高齢者退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

ヤ～フ（略）
 コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）
 エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
 テ 新生児特定集中治療室退院調整加算
 ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

キ 呼吸ケアチーム加算
 コ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	7日以内の期間	810点
ロ	8日以上14日以内の期間	660点
ハ	15日以上30日以内の期間	490点
ニ	31日以上の期間	450点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	7日以内の期間	640点
ロ	8日以上14日以内の期間	480点
ハ	15日以上30日以内の期間	320点
ニ	31日以上の期間	280点

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	14日以内の期間	760点
ロ	15日以上30日以内の期間	590点
ハ	31日以上の期間	500点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	14日以内の期間	680点
ロ	15日以上30日以内の期間	510点
ハ	31日以上の期間	460点
3	有床診療所入院基本料 3	
イ	14日以内の期間	500点
ロ	15日以上30日以内の期間	370点

【注の追加】

(追加)

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厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 医師配置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診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に60点を加算する。

注4 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、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 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

【注の見直し】

注4 看護配置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

注5 看護配置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

【注の見直し】

局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	10点
ロ	看護配置加算2	15点
ハ	夜間看護配置加算1	30点
ニ	夜間看護配置加算2	50点

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

イ～ト （略）

チ～ヲ （略）

ワ～タ （略）

- レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- ソ 後期高齢者総合評価加算
- ツ 後期高齢者退院調整加算

局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	25点
ロ	看護配置加算2	10点
ハ	夜間看護配置加算1	80点
ニ	夜間看護配置加算2	30点

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト （略）

チ 特殊疾患入院施設管理加算

リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ヌ～カ （略）

ヨ 無菌治療室管理加算

タ 放射線治療病室管理加算

レ 重症皮膚潰瘍管理加算

ソ～ナ （略）

ム 急性期病棟等退院調整加算

ウ 総合評価加算

ヅ 後発医薬品使用体制加算

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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

【注の見直し】

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

イ～ル（略）

ヲ 退院調整加算

ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ル（略）

ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

第2節 入院基本料等加算

A 2 0 0 入院時医学管理加算（1日

につき)

【名称の見直し】

入院時医学管理加算（1日につき）

総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学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14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、総合入院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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

【項目の見直し】

- 1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点
- 2 協力型臨床研修病院 20点

- 1 基幹型 40点
- 2 協力型 20点

【注の見直し】

注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）であって、別に厚生労働大臣が定め

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、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

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

に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

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

【注の見直し】

<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	→	<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に</p>
---	---	--

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【項目の追加】

1	25対1 補助体制加算	355点
2	50対1 補助体制加算	185点
3	75対1 補助体制加算	130点
4	100対1 補助体制加算	105点

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減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。

【新設】

（新設）

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。

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	50対1 補助体制加算	255点
5	75対1 補助体制加算	180点
6	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。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）		
1	急性期看護補助体制加算 1	120点

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算
(1日につき)

【注の見直し】

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第14項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の患者及びその疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別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、所定点数に加算する。

2 急性期看護補助体制加算 2 80点

注 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護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、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別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、所定点数に加算する。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算
(1日につき)

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病床に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。))のうち、特殊疾患入院施設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、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。

注 重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所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。))のうち、特殊疾患入院施設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、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。

A 2 1 2 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)

【点数の見直し】

1 超重症児(者)入院診療加算

イ 6歳未満の場合 600点
ロ 6歳以上の場合 300点

800点
400点

【注の追加】

(追加)

注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、在宅重症児(者)受入加算として、1日

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【項目の見直し】

300点

につき200点を更に所定点数に加算する。

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 個室加算 | 300点 |
| 2 | 陰圧室加算 | 200点 |

【注の見直し】

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

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

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

500点

2,500点

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【点数の見直し】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)

【点数の見直し】

【新設】

300点 → 400点

400点 → 500点

(新設) → A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算(週1回)
200点

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 2 - 3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【項目の見直し】

【注の追加】

【注の追加】

A 2 3 8 退院調整加算

50点

（追加）

（追加）

- | | | |
|---|------------|-----|
| 1 | 医療安全対策加算 1 | 85点 |
| 2 | 医療安全対策加算 2 | 35点 |

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

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

【名称の見直し】

退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

【項目の見直し】

- 1 退院支援計画作成加算（入院中1回）
100点
- 2 退院加算（退院時1回）
 - イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
100点
 - ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合
300点

- 1 慢性期病棟等退院調整加算 1
 - イ 退院支援計画作成加算（入院中1回）
100点
 - ロ 退院加算（退院時1回）
 - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
140点
 - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合
340点
- 2 慢性期病棟等退院調整加算 2
 - イ 退院支援計画作成加算（入院中1回）
100点
 - ロ 退院加算（退院時1回）
 - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
100点
 - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合
300点

【注の見直し】

注1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大

注1 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、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、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1回に限り、所定点数に加算する。

臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等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、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画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、所定点数に加算する。

注2 退院加算は、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において、注1に掲げる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、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

1	急性期病棟等退院調整加算 1	140点
2	急性期病棟等退院調整加算 2	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中

【新設】

(新設)

の患者（介護保険法施行令（平成10年法律第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等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、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算
(退院時1回) 500点

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介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、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 3 8 - 2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B 0 0 5 - 2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料

【新設】

(新設)

()は、別に算定できない。

A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算
(入院初日) 1,000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が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入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。ただし、区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料()は、別に算定できない。

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(入院初日)

500点

(削除)

【削除】

注 別の保険医療機関(診療所に限る。)において区分番号B 0 1 6に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算
(入院中1回)

【名称の変更】

後期高齢者総合評価加算(入院中1回)

総合評価加算(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が、入院中の後期高齢者である患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価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、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

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が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの(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、総合評価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、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算
(退院時1回)

100点

(削除)

【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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中

の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者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。

【新設】

（新設）

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）
30点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

A 3 0 1 特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

1	7日以内の期間	8,760点
2	8日以上14日以内の期間	7,330点

1	特定集中治療室管理料 1	
イ	7日以内の期間	9,200点
ロ	8日以上14日以内の期間	7,700点

2	特定集中治療室管理料 2	
イ	特定集中治療室管理料	
(1)	7日以内の期間	9,200点
(2)	8日以上14日以内の期間	7,700点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	7日以内の期間	9,200点
(2)	8日以上60日以内の期間	7,890点

【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厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、14日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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【注の削除】

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数に所定点数の10分の5に相当する点数を加算する。

（削除）

【注の追加】

(追加)

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 7日以内の期間 1,500点

ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点

【注の見直し】

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)

ハ～チ (略)

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

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。)

ハ～チ (略)

医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

3,700点 → 4,500点

【注の見直し】

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

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

イ（略）

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

ハ～チ（略）

ハ～チ（略）

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

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厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日に

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、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並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

つき所定点数に50点を加算する。

注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区

腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

【注の見直し】

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

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

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、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Cl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、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

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ (略)

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

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

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・アンプル法・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、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・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルピック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV - 1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料

ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・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、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV - 1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料()

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの
マ 麻酔管理料()
区分番号 L 0 1 0 に掲げるもの

ことができる。

イ～ロ（略）

ハ 出血・凝固検査

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

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、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Cl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、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・アンプル法・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、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 HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

ことができる。

イ～ロ（略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・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、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

B001-5 手術後医学管理料(1日につき)

【注の見直し】

梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白(CRP)定性及びC反応性蛋白(CRP)定量

チ～ヌ (略)

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの(当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末

梅毒脂質抗原使用検査(定性)、抗ストレプトリジンO価(ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)、TPHA試験(定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原(定性、半定量)及びHCV抗体価(定性、定量)

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白(CRP)定性及びC反応性蛋白(CRP)

チ～ヌ (略)

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの(当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血

梢血液一般検査

二 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、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Cl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、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・アンプル法・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、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 HPO_4 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ（略）

液一般検査

二 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・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、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び HPO_4 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析
ホ～ヌ（略）

B005 - 2 地域連携診療計画管理
料

【注の見直し】

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

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

【注の見直し】

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

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

【注の追加】

（追加）

注3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同
指導料()又は区分番号B005に掲げる退
院時共同指導料2は別に算定できない。

注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退
院調整加算、区分番号A238-2に掲げる
急性期病棟等退院調整加算、区分番号A23
8-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加
算、区分番号B003に掲げる開放型病院共
同指導料()又は区分番号B005に掲げる
退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院
時指導料

【名称の見直し】

地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画退院時指導料()

【注の追加】

(追加)

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厚生局長等に届け出
た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が
、患者の同意を得た上で、注1に規定する診
療計画に基づいて、地域において当該患者の
退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護
サービス事業者等に当該患者に係る診療情報
を文書により提供した場合には、地域連携診
療計画退院計画加算として、所定点数に100
点を加算する。

【注の見直し】	注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料()の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料()の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	(追加)	→	注4 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。	→	注5 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。
【新設】	(新設)	→	<p>B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料() 300点</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厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、他の保険医療機関において区分番号B00</p>

【新設】

(新設)

5 - 3 に掲げる地域連携診療計画退院時指導料()を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

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

B005 - 6 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療

【新設】

(新設)

機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

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

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療

情報提供料()の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

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B 0 1 4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。

(削除)

【注の追加】

(追加)

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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

B 0 0 9 診療情報提供料()

【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

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

	<p>一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>		<p>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。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、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当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のもの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>→</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場</p>

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。

合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。

B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

【点数の見直し】

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

100点

1,100点

B 0 1 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

【名称の見直し】

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

退院時薬剤情報管理指導料

【点数の見直し】

100点

90点

【注の見直し】

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が

<p>B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>注 保険医療機関の保険医が、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。</p>	<p>200点</p>	<p>服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>（削除）</p>
--	--	-------------	--

D 0 0 7 血液化学検査

【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
- 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。

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9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 95点
- ロ 8項目又は9項目 104点
- ハ 10項目以上 123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。

D 0 0 8 内分泌学的検査

【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

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21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

D 0 0 9 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

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14までに掲げる検査を2項目以

	<p>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。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>		<p>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。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>
D014 自己抗体検査			
【注の見直し】	<p>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点を算定する。</p>	→	<p>注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			
	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 32点</p>	→	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 42点</p> <p>注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。</p>
D018 細菌培養同定検査			
【注の見直し】	<p>注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。</p>	→	<p>注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。</p>
D022 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）			
【注の新設】		(新設) →	<p>注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。</p>

D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

【項目の見直し】

6 H C V 核酸同定検査

360点

6 H C V 核酸同定検査、H P V 核酸同定検査

360点

注 H P V 核酸同定検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が A S C - U S と判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

D 0 2 5 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

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査（定量）、T P H A 試験（定量）、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原、H B s 抗体価、H B s 抗原精密測定、H B s 抗体価精密測定、H C V 抗体価精密測定及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）定量、血清補体価（C H₅₀

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

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、T P H A 試験、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原（定性、半定量）、H B s 抗体価（半定量）、H B s 抗原、H B s 抗体価、H C V 抗体価（定性、定量）及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）、血清補体価（C H₅₀）及

)及び免疫グロブリン
ヨ (略)

び免疫グロブリン
ヨ (略)

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厚生局長等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()及び検体検査管理加算())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()を算定した場合には、検体検査管理加算()又は検体検査管理加算()は算定せず、検体検査管理加算()を算定した場合には、検体検査管理加算()又は検体検査管理加算()は算定しない。

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

注3 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等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()、検体検査管理加算()及び検体検査管理加算())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、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ 検体検査管理加算()	40点
ロ 検体検査管理加算()	100点
ハ 検体検査管理加算()	300点
ニ 検体検査管理加算()	500点

D027 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

注2 区分番号D026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

注2 区分番号D026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、同注に掲げる点

第3節 生体検査料

【通則の追加】

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算()を算定した場合には、検体検査管理加算()又は検体検査管理加算()は算定せず、検体検査管理加算()を算定した場合には、検体検査管理加算()又は検体検査管理加算()は算定しない。

(追加)

数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

- 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。
- イ 呼吸機能検査等判断料
 - ロ 心臓カテーテル法による諸検査
 - ハ 心電図検査の注に掲げるもの
 - ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
 - ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ
 - ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
 - ト 深部体温計による深部体温測定
 - チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
 - リ 脳波検査の注2に掲げるもの
 - ヌ 脳波検査判断料
 - ル 神経・筋検査判断料

<p>【名称の見直し】 【項目の追加】</p>	<p>3 UCG イ～ハ（略）</p>	<p>3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 1,000点 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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<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>	<p>注1 2又は3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に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</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2 2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>【注の見直し】</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3 心臓超音波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>D239 筋電図検査 【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。</p>

【新設】		<p>(新設) → D 4 0 4 - 2 骨髓生検 730点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。</p>
【新設】		<p>(新設) → D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検</p> <p>1 併用法 5,000点</p> <p>2 単独法 3,000点</p> <p>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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>第3節 コンピューター断層撮影診療料</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ マルチスライス型の機器による場合 850点</p> <p>ロ イ以外の場合 660点</p>	<p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 CT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。</p>	<p>→</p>	<p>注1 CT撮影のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。</p>
<p>E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影) (一連につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点 2 1以外の場合 1,080点</p>	<p>→</p>	<p>1,330点 1,000点</p>

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>H001 脳血管疾患等リハビリテ-</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及び区分番号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>

ション料

【項目の見直し】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位) 100点

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)
 - イ □以外の場合 245点
 - ロ □廃用症候群の場合 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)
 - イ □以外の場合 200点
 - ロ □廃用症候群の場合 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料()(1単位)
 - イ □以外の場合 100点
 - ロ □廃用症候群の場合 100点

【注の見直し】

注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。

注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45点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

H007-2 がん患者リハビリテーション料 (1単位) 200点

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

る患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、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。

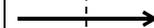
項 目	現 行	改 正 案						
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>第1節 病理標本作製料</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法） 病理組織標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>4 その他（1臓器につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【新設】</p>	<p>350点</p> <p>（追加）</p> <p>（新設）</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 638 1478 774">4</td> <td data-bbox="1512 670 1971 702">EGFRタンパク</td> <td data-bbox="1993 670 2060 702">690点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 710 1478 774">5</td> <td data-bbox="1512 710 1971 742">その他（1臓器につき）</td> <td data-bbox="1993 710 2060 742">400点</td> </tr> </table> <p>注2 5について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1,600点を加算する。</p> <p>N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p>	4	EGFRタンパク	690点	5	その他（1臓器につき）	400点
4	EGFRタンパク	690点						
5	その他（1臓器につき）	400点						

N 0 0 4 細胞診（1部位につき）

【項目の見直し】

- 1 婦人科材料
- 2 その他

150点
190点



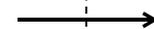
- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点

第2節 病理診断・判断料

N 0 0 6 病理診断料

【項目の見直し】

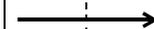
410点



- 1 組織診断料 500点
- 2 細胞診断料 240点

【注の削除】

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。



注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、

【注の追加】

(追加)

月1回に限り算定する。

注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)は別に算定できないものとする。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

N007 病理判断料

【点数の見直し】

146点

150点



3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1部 調剤報酬</p> <p>第1節 調剤技術料</p> <p>00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点</p>

0 1 調剤料

【項目の見直し】

- 1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点
 - ハ 22日分以上の場合 77点

- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 13点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 17点

【注の追加】

（追加）

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点
 - ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点
 - ニ 31日分以上の場合 89点

- 注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数
 - ロ 57日分以上の場合 270点

<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき） 190点</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 7日分以下の場合 190点 ロ 8日分以上28日分以下の場合 <ul style="list-style-type: none"> (1) 7日目以下の部分 190点 (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点 ハ 29日分以上の場合 400点
<p>【項目の削除】</p>	<p>5 一包化薬 89点</p> <p>注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p>	<p>（削除）</p>
<p>第2節 薬学管理料</p>		
<p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者（後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又は</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p>	<p>(追加)</p>	<p>その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</p>
<p>1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>
<p>1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>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 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p>	<p>→</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p>

【注の見直し】

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、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1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。
ロ 処方された薬剤について、直接患者又は

（削除）

その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

19 後期高齢者終末期相談支援料

200点

【削除】

注 保険薬局の保険薬剤師が、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（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限る。）に対

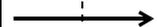
（削除）

第2部 算定制限

【削除】

して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、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。

前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。



(削除)

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>1 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者が老人福祉法（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、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、同法第8条</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費（ ）を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。</p>

第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは同法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）である場合に、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、利用者1人につき週3日（同一の利用者について、イ及びハ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利用者に対する場合を除く。）として算定する。

【注の追加】

（追加）

注10 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 イ及び八については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合

4,300円

ロ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合

3,800円

【注の見直し】

注10 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定

注12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定

施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合

施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合（二又はホに規定する利用者が指定訪問看護を受けている場合を除く。）

ニ 次に掲げる利用者が、他の2つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（ホに規定する利用者を除く。）

(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの

ホ 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

2 訪問看護管理療養費

【点数の見直し】

イ 月の初日の訪問の場合 7,050円
ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）
2,900円

イ 月の初日の訪問の場合 7,300円
ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）
2,950円

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

4 後期高齢者終末期相談支援療養費

【削除】

2,000円

注 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師が、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（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付を受ける者をいう。）である利用者（在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものに限る。）に対して、利用者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、利用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、利用者1人につき1回に限り算定する。

（削除）

5 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、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利用者及びその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、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を算定する。

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、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利用者及びその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所定額を算定する。

通則

【通則の削除】

3 第1号の4の規定にかかわらず、後期高齢者終末期相談支援療養費は、別に厚生労働大臣が定める日より算定できるものとする。

（削除）